

Estudio de seguimiento de niños con Trastornos del Aprendizaje

F. Monjas Martin; y cols

Albacete

RESUMEN

Existe poca claridad en relación con los Trastornos del Aprendizaje, concepto impreciso y mal definido desde el punto de vista clínico, que constituye un problema de grandes dimensiones sociales y que origina frecuentes demandas a los Servicios de Psiquiatría Infantil.

En este trabajo se estudia una población de 116 niños, de edades comprendidas entre 5 y 11 años, pertenecientes a los tres primeros cursos de la EGB, que fueron diagnosticados de Trastornos del Aprendizaje durante los años 1976 a 1980.

Se recogen primero un conjunto de datos que puedan proporcionar información sobre los diversos factores cuya influencia en la

etiología es generalmente aceptada. En segundo lugar, y durante el primer semestre del año 1986, cinco años después, como mínimo, de la fecha del diagnóstico, se realiza una entrevista familiar destinada a conocer la evolución de los niños y especialmente su situación actual (escolar, mental, socioprofesional), separando tres grupos: los que fueron tratados correctamente y se recuperaron, los que recibieron el mismo tratamiento y no llegaron a recuperarse y los niños que no fueron tratados.

La impresión final más importante es que, no obstante observar una elevada frecuencia de problemas perinatales en los antecedentes personales de estos niños, los Trastornos del Aprendizaje tienen poca entidad clínica, tienden a la recuperación espontánea y se deben entender desde un punto de vista evolutivo, definidos principalmente por el conjunto de las demandas (educacionales, sociales, familiares) que concluyen en una edad determinada.

F. Monjas; E. Serna; P. Toledo; I. Cuellar; J. Campayo; M.D. García; R. Abad.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Albacete.
Colaboración: Cátedra de Psiquiatría. Universidad de Murcia.

Palabras clave: Trastornos del Aprendizaje. Tratamiento. Evolución.

INTRODUCCIÓN

Lo Trastornos de Aprendizaje constituyen motivo de frecuentes demandas a los Servicios de Psiquiatría Infantil, incrementadas en los últimos años por razones como el nivel sociocultural alcanzado, los mayores índices de escolarización, la orientación y las exigencias de los programas educativos, las expectativas familiares en relación con el aprendizaje... etc. Se estima que afectan aproximadamente al 12% de la población infantil en edad escolar, cifra que da idea de las dimensiones de este problema, considerado desde el punto de vista social y educativo y que justifica la preocupación del MEC y la creación del dispositivo para la Educación Especial.

No obstante su elevada frecuencia y la posible repercusión sobre la salud mental futura del niño, el concepto de T. del Aprendizaje continúa siendo confuso, lo mismo si se revisa la literatura reciente como desde la práctica diaria, y se confunde o se mezcla con otros cuadros de la patología mental infantil (Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome de Hiperactividad, Trastornos por Déficit de Atención, Dislexia, Inadaptación Escolar, Trastornos de Conducta), lo que muchas veces viene determinado por la especialización y por el criterio de los diferentes profesionales (Neurólogos, Psicólogos, Psiquiatras, Pediatras, Pedagogos... etc.) que ven a estos niños.

Actualmente los T. del Aprendizaje se reconocen como una entidad bastante homogénea, en la que destaca la discrepancia entre el rendimiento escolar que se espera y el que se obtiene realmente y que es diferenciable de los cuadros antes señalados, aunque ellos comporten entre sus síntomas dificultades en el aprendizaje y retraso escolar.

Para nosotros el niño tipo con Trastornos del Aprendizaje es un escolar de los tres primeros cursos de la Educación General Básica, que tiene de seis a nueve años y que acude al Servicio aconsejado por los profesores porque su rendimiento es nulo o muy bajo en relación con la edad y se debe principal-

mente a dificultades en el lenguaje oral y a una notoria incapacidad para el aprendizaje de la lectoescritura, y en el que no aparecen deficiencia mental, daño cerebral objetivable, trastornos sensoriales ni alteraciones emocionales o afectivas capaces de justificar los síntomas.

MATERIAL

1. MUESTRA

De un total de 410 historias clínicas de nuestro archivo, correspondientes a niños que fueron vistos en los años 1976 a 1980 y diagnosticados de Trastornos del Aprendizaje, se seleccionaron previamente aquellos casos que podían ser incluidos con una mayor precisión en este diagnóstico, de acuerdo con la significación, bastante más delimitada y más restrictiva, que para nosotros tiene el concepto de Trastornos del Aprendizaje, tal como antes se quiso expresar. Separamos de esta manera 207 historias clínicas y citamos a los padres. Respondieron y fueron entrevistados 116.

2. METODOLOGÍA

Con los datos de la historia clínica y con los obtenidos en la entrevista se rellenó un cuestionario que nos parece adecuado en un doble sentido:

1.ª Proporciona información acerca de los diversos factores cuya influencia en la génesis de los Trastornos del Aprendizaje es generalmente aceptada (antecedentes familiares y personales, circunstancias sociales, ambiente familiar, alteraciones en el desarrollo... etc.). 2.ª Nos permite conocer la evolución de estos niños y especialmente su situación actual.

RESULTADOS

A continuación se reflejan algunos de los datos que nos han parecido de mayor importancia:

	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS
	116	Nº %	Nº%
Edad		89-76%	27-24%
		5-11 a.	6-10 a.
Procedencia			
Urbana	97-84%	74-63%	23-19%
Rural	19-16%	15-13%	4-3%
Clase Social			
Alta	12-10%		
Media	78-67%		
Media-Baja	26-22%		
Número de hermanos			
Más de cuatro	29		
Cuatro	30		
Menos de cuatro	57		

La edad que figura en el cuadro se refiere a la primera entrevista. La mayor parte de los niños se encontraban, en el momento del diagnóstico, en los cursos primero, segundo y tercero de la Enseñanza General Básica.

Dos hechos destacan a primera vista: 1.º El elevado porcentaje de niños (76%) en relación con las niñas (24%). 2.º La desproporción entre los niños que proceden del medio urbano (84%) y los que proceden del medio rural (16%). El primero podría deberse principalmente a un mayor interés y a un más alto nivel de expectativas familiares en cuanto al aprendizaje y al rendimiento intelectual de los niños. El segundo de los datos se relaciona en parte con la diferencia cultural que existe a favor del medio urbano, se trata fundamentalmente de un fenómeno sociológico general, aunque más propio (y más acusado) de provincias como la nuestra, de gran extensión geográfica y de enorme dispersión poblacional (las dos terceras partes residen en núcleos rurales muy diseminados), en las que se da un notable desequilibrio en todos los aspectos, y de manera especial en el sanitario, entre el área urbana de la capital y las zonas rurales.

Este desequilibrio se manifiesta en las diferencias de infraestructura sanitaria, en las dificultades de acceso a los servicios especializados, en las dificultades — igualmente graves — para la extensión y para la entrega de estos mismos servicios... etc.

Más interés, a los fines del presente trabajo, tienen los datos que se refieren a los antecedentes familiares (entre los 116 niños hemos encontrado antecedentes familiares en 83, lo que supone el 71,5%) y a los antecedentes personales:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Zurdería	45	38%
Enfermedades Mentales	34	29%
Trastornos de la Pronunciación	28	24%
Enfermedades Neurológicas	27	23%
Retraso Mental	16	13%

ANTECEDENTES PERSONALES

Problemas Perinatales	44	38%
Zurdería	13	11%
Convulsiones	5	4%
TCE	4	3%
Trastornos Sensoriales	3	2%
Inflamaciones Encefálicas	0	0%

Entre los antecedentes personales cabe señalar la elevada frecuencia de problemas perinatales, incluyendo aquí a todos los factores cuya influencia en la provocación de algún tipo de daño cerebral es aceptada, tales como: sufrimiento fetal, ictericia neonatorun, prematuridad, peso superior a 4500 gr., parto gemelar, vueltas de cordón, expulsión difícil y/o prolongada, fórceps, ventosa, reanimación, oxígeno, incubadora... etc.

Un estudio electroencefalográfico ha sido llevado a cabo en 68 niños y se han encontrado anomalías en 31, es decir, en el 45,5%. Estas anomalías consisten siempre en: inestabilidad, signos de disfunción, de inmadurez bioeléctrica, asimetrías, escasa o mala diferen-

ciación topográfica y predominio de ondas lentas.

El nivel de Inteligencia de los niños (en todos los casos la media de varias determinaciones) estaba incluido en alguno de los grupos siguientes:

C.I. entre 90 y 110	86	(74,5%)
C.I. superior a 110	18	(15,5%)
C.I. inferior a 90	12	(10,0%)

Las anomalías más importantes observadas en la **exploración psicológica**, presentes en la inmensa mayoría de los niños, eran: trastornos temporoespaciales, del esquema corporal, de la lateralidad y del lenguaje oral. El test de Bender, método que hemos empleado casi sistemáticamente, ha mostrado hallazgos patológicos (EMV inferior al menos en un año a la correspondiente a la edad cronológica) en 90 (84%) de los 107 niños que fueron sometidos a esta prueba.

De los 116 niños estudiados, 76 (66%) recibieron un tratamiento correcto (pedagogía terapéutica) en aulas de enseñanza especial de los colegios públicos o en centros privados. Cuarenta niños (34%) no fueron tratados. La duración del tratamiento osciló entre uno y dos cursos académicos para las aulas de educación especial y entre tres meses y cinco años para los centros privados.

De aquellos 76 niños que fueron tratados correctamente, se recuperaron 59 (77,6%) y no se recuperaron 17, lo que supone el 22,3%. Hablamos de que un niño se ha recuperado cuando en sucesivos controles psicológicos ha superado todas o la mayoría de las alteraciones que presentaban y/o se ajusta a las exigencias escolares y su aprendizaje es normal (aunque en el examen psicológico persistan algunas alteraciones).

Tratados	76	Recuperados	59	(76,6%)
A.E. Especial	18	A.E. Especial	13	(72,2%)
C. Privado	58	C. Privado	46	(79,3%)

Vemos pues que el porcentaje de niños que se recuperan es algo superior en los centros privados que en las aulas de enseñanza especial de los colegios estatales.

EVOLUCIÓN

En el primer semestre del año 1986, a los cinco años como mínimo de la fecha del diagnóstico, y teniendo entonces aquellos niños una edad que oscila entre los once y los veinte años, su situación, con los datos obtenidos en la entrevista hecha a los padres, es la que se señala a continuación.

Recuperados	Estudiante	Trabajan	Desocupados	Trat. psiquiátrico
59	47 (79,6%)	8 (13,5%)	1 (1,6%)	3 (5%)
No Recuperad.				
17	9 (52,9%)	5 (29,4%)	3 (17,6%)	0 (0%)
No Tratados				
40	29 (72,5%)	6 (15,0%)	5 (12,5%)	0 (0%)

Puede apreciarse, seguramente como detalles más significativos, la poca diferencia entre el grupo de niños recuperados y el de niños no tratados por lo que se refiere al número de los que continúan estudiando y al de los que trabajan, así como al hecho de que tres del primer grupo estén en tratamiento psiquiátrico, mientras que no lo está ninguno del grupo de los que quedaron sin tratamiento. Igualmente es destacable que el porcentaje de los que dejan los estudios y trabajan sea mas alto en el grupo de los niños tratados y no recuperados que en el grupo de los niños no tratados. También en el grupo de los niños que recibieron tratamiento y no se recuperaron es mayor el porcentaje de los que permanecen desocupados (sin estudiar y sin un trabajo).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

No se pretendía con este trabajo llegar a ninguna conclusión válida en un tema tan poco claro como es el de los Trastornos del Aprendizaje. sin embargo, nuestra experiencia y el análisis de los datos expuestos permite, al menos, aventurar algunas impresiones. Estas son:

1.^a La alta frecuencia de problemas obstétricos y de anomalías EEC, sugiere la existencia de relaciones entre probabilidad de daño cerebral perinatal y trastornos del aprendizaje.

2.^a Las alteraciones perceptivas y el retraso en la maduración visomotora son hallazgos prácticamente constantes en la exploración psicológica de los niños con trastornos del aprendizaje.

3.^a Lo señalado más arriba acaso deba obligar a un estudio neurológico y psiquiátrico de

entrada en los niños con problemas en el aprendizaje, tal como se ha venido haciendo y todavía es una práctica bastante común. No obstante, parece más lógico incluir este campo en las competencias de la pedagogía especializada y proceder a una inversión del procedimiento diagnóstico.

4.^a Parece posible sostener que los Trastornos del Aprendizaje, y las alteraciones en ellos subyacentes, tienden a regresar espontáneamente y que su influencia en el posterior rendimiento intelectual y en la integración laboral y social sea de muy poca consideración. El concepto de Trastorno del Aprendizaje vendría a definirse, más que por su propia entidad clínica, por las repercusiones sobre el progreso escolar en una edad determinada y, por tanto, por el conjunto de demandas (educacionales, sociales y familiares) que confluyen en esa misma edad.