

Diagnóstico y tratamiento de los retrasos en lectoescritura: Descripción psicométrica de un grupo de niños desde la práctica clínica.

Elena Huerta
Antonio Matamala



Mientras los grandes principios sobre el origen de los retrasos en la adquisición de la lengua escrita siguen siendo hoy objeto de múltiples debates entre investigadores de diversas procedencias teóricas, la escuela continúa sin resolver el reto de la alfabetización de la población infantil en un porcentaje de casos relativamente elevado. Esos niños, que sin duda requieren una dedicación altamente individualizada por parte de especialistas, acuden por iniciativa de sus padres o a instancias de la propia escuela a consultas privadas o a servicios de apoyo psicopedagógicos de diversa índole, pero la dinámica de este tipo de consultas (sobrecarga de trabajo, falta de presupuesto, etc.) no permite habitualmente realizar una tarea de caracterización, control y seguimiento de la población tratada. Ese es precisamente el objetivo de este artículo, donde, en base a un respetable número de expedientes clínicos, se ha realizado una caracterización diagnóstica y evolutiva de un grupo de niños con retraso lector, proponiendo vías de aproximación terapéutica.

INTRODUCCION

Los problemas en el aprendizaje de la lectoescritura en niños de capacidad intelectual normal y sin déficits sensoriales o importantes carencias pedagógicas, siempre van acompañados de deficiencias más o menos generalizadas en el lenguaje. Es decir, la falta de aprendizaje en relación con el lenguaje escrito es una consecuencia más, bien de un bajo desarrollo del lenguaje en general, o bien de insuficiencias lingüísticas específicas.

No obstante, *lingüístico* no es sinónimo de auditivo-verbal. Entre los niños con dificultades para la lectoescritura no sólo puede aparecer afectado el canal auditivo-vocal del lenguaje, sino también otros canales lingüísticos como el visual. Sus problemas también pueden manifestarse cuando deben descifrar, relacionar o integrar símbolos visuales, principalmente los nominables. De hecho, el procesamiento de la información en lectura parte de un primer paso en el que el sujeto descifra, relaciona e integra unos símbolos visuales que deben ser nombrados.

Las impresiones que vamos extrayendo de nuestro trabajo continuado con estos niños resultan concordantes con la hipótesis de Vellutino (1972 a 1982) acerca del origen de los trastornos del aprendizaje de la lectura. Factores no lingüísticos apenas tendrían importancia causal.

Aparte de que resulta imposible separar percepción de significado (Bruner 1957), la percepción visual o la percepción auditiva no encerrarían en sí mismas la explicación de la incapacidad para aprender o manejar posteriormente el lenguaje escrito.

El hecho de que los niños con retraso lector tengan también en muchas ocasiones déficits en otras áreas no lingüísticas (hecho que comparten con otros niños que presentan otras dificultades de aprendizaje), es únicamente una concomitancia, pero no una razón que explique su problema para decodificar el lenguaje escrito.

Incluso cuando nuestros niños de 6 a 7 años tienen problemas perceptivo-visuales, creemos que éstos no explican su incapacidad para aprender a leer. Siguiendo a Vellutino, su dificultad dependería, por una parte de su escasa destreza lingüística general, por otra de su carencia de conciencia metalingüística inicial. Estos niños «procesan ineficientemente la información ortográfica a causa de dificultades significativas para adquirir información verbal relevante que facilite la atención selectiva a los discriminadores críticos» (1980).

Los errores debidos a una mala percepción (discriminación) auditiva son, igualmente, muy escasos. Vellutino se explica estas equivocaciones por una dificultad para «codificar diferencias determinadas acústicamente... La codificación depende de procesos... tales como la disponibilidad de información relevante acerca de las propiedades del estímulo... En consecuencia el problema de la dislexia no se plantea a nivel perceptivo-auditivo, sino a nivel psicolingüístico». (Citado en Bravo, L. (1985).

La posición integradora de Luis Bravo Valdivieso (1985) respecto al retraso lector severo o dislexia nos parece concluyente: «Se puede pensar en la posibilidad de un esquema explicativo análogo al diseño factorial de la inteligencia, en el cual haya un elemento general o común para la totalidad del proceso, el cual esté unido a elementos específicos que expliquen las diferencias intragrupo...» (op. cit., p. 151). El elemento común «sería una deficiencia verbal la cual tendría una incidencia común —aunque de magnitud variable— en los diferentes tipos de dislexias y serviría para explicar un alto porcentaje de ellas. Junto a esta deficiencia lingüística «se darían-subgrupos de deficiencias... que no serían comunes a todos los disléxicos», y que configurarían subgrupos distintos. (op. cit., p. 152).

Nuestra propia experiencia con niños que presentan dificultades en la lectura y escritura nos confirma esta posición.

En el presente trabajo se relaciona el retraso lector con diferentes funciones psicológicas, aportándose evidencias de que los procesos lingüísticos constituyen

el factor más comúnmente alterado en estos niños y que los trastornos en lectoescritura no suponen un cuadro unitario.

A esta conclusión hemos llegado tras analizar la características personales de un buen número de niños con dificultades en lectoescritura que han recibido tratamiento de sus trastornos de aprendizaje en nuestro gabinete de psicodiagnóstico y recuperación infantil.

Para la elaboración de este trabajo elegimos un grupo de 130 niños homogéneo en cuanto a su procedencia sociocultural y capacidad intelectual. Sus edades están comprendidas entre los 5 años 6 meses y los 11 años 11 meses. Se le dividió en dos grandes grupos: «Pequeños» (de 1º y 2º de E.G.B.) y «Mayores» (de 3º a 6º de E.G.B.). El 68% son niños y el 33% niñas (proporción que de manera estable define el predominio de los varones en los trastornos de lectoescritura).

Todos y cada uno de los niños fue sometido a un estudio psicológico¹ inmediatamente antes de su tratamiento y a un control de su evolución en lectura y escritura realizado cada 6 meses².

La existencia del retraso en lectoescritura se determina por el criterio de los profesores y en relación a los resultados en nuestra batería de pruebas de lectoescritura.

Para no alargar innecesariamente esta exposición no reproduciremos los cuadros analíticos de los resultados en las variables estudiadas³, sino que referiremos directamente los comentarios más significativos y que permiten comprender mejor las características de nuestra muestra en relación a los déficits lingüísticos.

a) Pudimos constatar que el C.I. de los 130 niños de la muestra, tal como se define en la Escala WISC, presentaba una distribución normal, con valores promedio entre 99 y 105 puntos; pero el nivel alcanzado en la Escala Verbal respecto a la Ejecutiva era siempre menor en cualquiera de las edades estudiadas.

b) Es mayor el número de casos encontrados (18%) con discrepancia de 15 o más puntos en detrimento de la Escala Verbal respecto a la Ejecutiva.

c) El estudio comparativo de las puntuaciones parciales de los once subtests permitió confirmar que los resultados más bajos en estos niños con problemas en lectoescritura y en comparación a la población normal, correspondían a los de «Información», «Cifras» y «Clave», seguidos de «Vocabulario», lo que demuestra sus dificultades para retener a corto y largo plazo patrones simbólicos e información verbal, así como su lentitud para asociar símbolos visuales.

d) A pesar de su capacidad intelectual satisfactoria, aproximadamente el 28% de casos presentaba un retraso psicolingüístico global de más de un año (medido a través de la escala ITPA)⁴.

El examen comparativo de puntuaciones parciales en los diez subtests de la Escala puso de manifiesto que era constante en todas las edades estudiadas un bajo nivel en las habilidades de: «Recepción Visual» (o descifrado del significado de estímulos visuales nominables), «Integración Visual» (o «cierre» de estos mismos estímulos), «Expresión Verbal» (fluidez en la nominación) y «Memoria Auditiva» (memoria verbal inmediata).

e) De las historias clínicas de los niños se pudo comprobar que el 33% presentó retraso en el inicio de la locución y un 38% tuvo algún problema de articulación después de cumplir los cinco años.

f) Aproximadamente el 60% de estos niños presentaba problemas percepto-motrices (pruebas de ritmo de M. Stambak y de Piaget-Head) que nosotros consideramos consecuencia de los mismos problemas psicolingüísticos antes alu-

didados. Así, por ejemplo, aunque es incuestionable que la prueba de ritmo de M. Stambak exige una respuesta de integración motora, está muy saturada del factor de memoria inmediata auditiva y se basa en un estilo procesal claramente siniestro-hemisférico. También la prueba de Piaget-Head de orientación espacial, tiene un claro contenido lingüístico: implica formulación simbólica y verbalización interior.

g) Algo más del 40% de estos niños tiene problemas para organizar gráficamente sus percepciones en el espacio bidimensional.

Por último, y atendiendo a las características conductuales de estos niños con dificultades en lectoescritura cerca del 60% de los examinados presentaba como característica común comentada por los padres trastornos de atención o «distracción». El 47% de los padres entrevistados encontraban que sus hijos eran muy inquietos, no obstante, tras observar su conducta en la reeducación, sólo consideraríamos hiperactivos a un 16%.

Todo el grupo de niños recibió un tratamiento en lectoescritura de 12 horas mensuales aproximadamente; se utilizó como base principal de estimulación el Programa de Reeducación de dificultades en la Escritura, de E. Huerta y A. Matamala⁵ y un programa de desarrollo de estrategias de comprensión lectora⁶. Después de 6 y 12 meses de tratamiento, se les sometió a las mismas pruebas de control de evolución en lectoescritura. A continuación se exponen algunos de los resultados en la lectura oral y la escritura al dictado.

TABLA I
Proporción de errores sin rectificar sobre el total de palabras de los textos (Son porcentajes promedio)

	Inicio del tratamiento	A los 6 meses	A los 12 meses
1° (A) EGB	—	16%	4%
1° (B) EGB*	22%	4%	1%
2° EGB	15%	4%	3%
3° EGB	12%	5%	5%
4° EGB	8%	4%	3%
5° EGB	6%	4%	2%
6° EGB	5%	3%	—

En la Tabla II se especifica la proporción que suponen los errores ortográficos cometidos en los dictados, del total de palabras escritas.

TABLA II
Proporción de errores sobre el total de palabras de los dictados. (Son porcentajes promedio)

	Inicio del tratamiento	A los 6 meses	A los 12 meses
1° (A) EGB	—	68%	33%
1° (B) EGB*	84%	25%	8%
2° EGB	68%	21%	12%
3° EGB	36%	17%	11%
4° EGB	25%	13%	9%
5° EGB	17%	9%	7%
6° EGB	14%	6%	—

* Se trata de los niños de 1° que pudieron realizar las pruebas de lectoescritura; Los niños de 1° (A) carecían de todo conocimiento al respecto.

En estas tablas puede apreciarse la significativa reducción de errores conseguida a los 6 meses de tratamiento y que no puede ser atribuida sólo al tiempo transcurrido ya que de forma sistemática los niños que reciben 6 meses de tratamiento acaban con resultados mejores que los que comienzan aunque sean un curso mayores. Es decir, los niños de 1º, por ejemplo, después de seis meses de tratamiento están en mejor situación que los de segundo que iniciaron ese año la reeducación y éstos acabarán mejor que los de tercero, y así sucesivamente.

Sin embargo, la práctica nos venía demostrando que incluso niños que comenzaban su tratamiento con similares niveles de dificultad en la lectoescritura, al cabo de seis o doce meses habían evolucionado de muy distinta manera, aunque variables tales como reeducador, tiempo y modalidad de tratamiento permanecieran bastante constantes. Es evidente que unos niños muestran evoluciones muy positivas, mientras que otros van configurando el grupo de peor evolución, en el sentido de mayor persistencia de sus errores o dificultades.

¿Qué caracteriza a los niños de peor progreso? ¿Un mayor déficit atencional? ¿Mayor apatía o desinterés ante la reeducación? ¿Una capacidad intelectual menor? ¿Un déficit más severo de lenguaje?

La observación y el trato directo y continuado con estos niños nos hacen descartar las dos primeras hipótesis.

Para intentar respondernos a algunas de estas cuestiones, seleccionamos, del grupo general de 130 niños con retraso en lectoescritura, el subgrupo con retraso más severo y peor evolución en nuestro tratamiento (Grupo B o «bajo»); por otro lado, aislamos un subgrupo cuya evolución tras el tratamiento recibido había sido la mejor y cuya dificultad, en consecuencia, era menor (Grupo A o «alto»).

Para determinar qué sujetos iban a conformar ambos grupos se escogieron a los niños del grupo B (bajo) entre los que al cabo de seis meses de reeducación tenían el mayor número de errores en nuestra batería de pruebas de lectoescritura: en los tres aspectos de exactitud lectora, velocidad lectora y escritura al dictado (por debajo de Q_1 —cuartil 1— en los tres aspectos).

El grupo A (Alto) se formó con los niños que, en los tres aspectos, a los seis meses de tratamiento estaban por encima del Q_3 .

A los niños del grupo B también les denominamos «disléxicos», para diferenciarlos de los otros, cuyo retraso en lectoescritura, aunque evidente, era más fácilmente mejorable a través de un tratamiento especial.

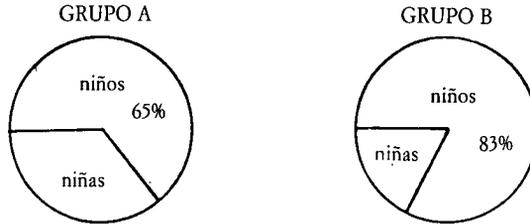
Los dos grupos se distribuyen así por su sexo y edad.

TABLA III

	GRUPO A (retraso simple en lectoescr.)		GRUPO B (retraso severo o «dislexia»)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Pequeños (1º, 2ºc.).....	10		16	
Mayores (de 3º a 5º).....	7		14	
TOTAL.....	17		30	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Pequeños	7	3	15	1
Mayores	4	3	10	4
Total	11	6	25	5
%	(65%)	(35%)	(83%)	(17%)

FIGURA 1

Porcentaje de niños y de niñas en cada uno de los grupos.



Es evidente la mayor proporción de varones entre los niños de peor evolución. Esto coincide con las conclusiones de Yule, W. (1983, 1984) sobre el predominio del sexo masculino en la dislexia el cual, junto con el retraso en el desarrollo del lenguaje y un pronóstico más pobre, diferencian a los disléxicos de los niños con retraso simple en el aprendizaje de la lectura.

En general, el número de niños del grupo A resultó ser más reducido. Dado que todos los niños (los 130) tenían importantes déficits en lectoescritura, fue difícil encontrar un grupo que coincidiera en la categoría 1 (la mejor) en los tres aspectos al mismo tiempo: exactitud en lectura y escritura y velocidad lectora. No obstante, no quisimos aumentar este número para evitar «acercar» demasiado las características de ambos subgrupos: A y B.

El grupo B está constituido por 30 niños de los 130, lo cual supone un 23% del grupo general. Personalmente sólo admitimos la denominación de «disléxicos» sobre un 20% aproximadamente de los niños que manifiestan dificultades o retraso en el lenguaje escrito.

COMPARACION DE LOS RESULTADOS DE AMBOS GRUPOS (A Y B) EN LAS PRUEBAS ADMINISTRADAS

Se compararon así los resultados en las distintas pruebas administradas, sometiéndose después a un análisis de varianza todas estas diferencias, con objeto de constatar si eran significativas a un determinado nivel de confianza.

Las diferencias halladas en los C.I. Global, Verbal y Ejecutivo, analizadas estadísticamente, no son significativas. En consecuencia, no podemos atribuir la más severa dificultad para el aprendizaje en la lectoescritura a un potencial intelectual menor. Tampoco pueden atribuirse a éste las diferencias encontradas en otras pruebas posteriormente analizadas.

El número total de casos con discrepancias entre las Escalas Verbal y Manipulativa no es mayor en el grupo B; es decir, no tiene relación con el grado más severo de trastorno en lectoescritura. Se da más bien el caso contrario: hay mayor número de niños con discrepancias significativas entre Cocientes, entre los niños del grupo A, tanto en pequeños como en mayores.

Entra dentro de lo posible que los niños «más discrepantes» aprendan algo mejor porque tienen la posibilidad de suplir una deficiencia determinada, en un área de funcionamiento psiconeurológico, con otra habilidad más desarrollada.

TABLA IV
Comparación grupos A y B según los resultados de la prueba WISC
Distribución del C.I. global de los niños del estudio, según la clasificación de niveles
intelectuales y C.I. promedios

	GRUPO A		TOTAL		GRUPO B	
	Pequeños	Mayores	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO B	GRUPO B
	N=10	N=7	Peq./May.	Peq./May.	Mayores	Pequeños
\bar{X} de Edad cronológica	7; 1	10; 6	8; 10	8; 6	9; 10	7; 2
C.I. Global: % de casos según nivel						
Muy superior	—	—	—	3%	7%	—
Superior	10%	43%	23%	3%	—	6%
Normal alta	30%	—	18%	23%	21%	25%
Normal media	60%	43%	53%	70%	71%	69%
Normal baja	—	14%	6%	—	—	—
PUNTUACIONES MEDIAS						
C.I. Global	109,3	110,57	109,93	105,04	105,21	104,87
C.I. Verbal	103,7	108	105,85	100,29	99,71	100,87
C.I. Ejecutivo	111,2	108,85	110,02	106,66	107,21	106,12

TABLA V
Porcentaje de casos con 15 o más puntos de diferencia entre el C.I. Verbal y el C.I. Ejecutivo

	GRUPO A	GRUPO B
% de casos con diferencia significativa en detrimento del:	N=17	N=30
C.I. Verbal	29%	23%
C.I. Ejecutivo	12%	—
% TOTAL de casos con discrepancia a favor de una u otra Escala	41%	23%

Entre los niños de «peor aprendizaje» habría mayor número de niños «homogéneos», que no pueden suplir tan fácilmente una deficiencia funcional.

Entre los «disléxicos» no hay ningún caso de discrepancia en detrimento de la Escala Ejecutiva: mientras que se da un 12% de casos en el grupo A. Es decir, los niños con más graves trastornos en lectoescritura no presentan déficits comparativos en relación a las tareas de la Escala Ejecutiva.

Hay tres subtests que diferencian de forma significativa a los niños de ambos grupos. Estos son Cifras, Información y Vocabulario. Entre los niños de menor edad, también es significativa la diferencia en el subtest de Aritmética. Las diferencias halladas son estadísticamente significativas al nivel de confianza del 90% al 95%. Todos estos subtests son verbales.

Las pruebas de Información y Vocabulario miden la capacidad de aprendizaje de un niño en relación con el ambiente cultural circundante; examinan las posibilidades de retener y reproducir conocimientos generales; suponen el manejo de símbolos verbales; hacen operar a la comprensión verbal, la memoria remota, la memoria asociativa, memoria de patrones simbólicos y selección de relaciones semánticas. Las deficiencias en estos aspectos, por consiguiente, tienen relación con las más graves dificultades en lectoescritura.

FIGURA 2
Puntitaciones estándar promedio en los subtests del WISC.

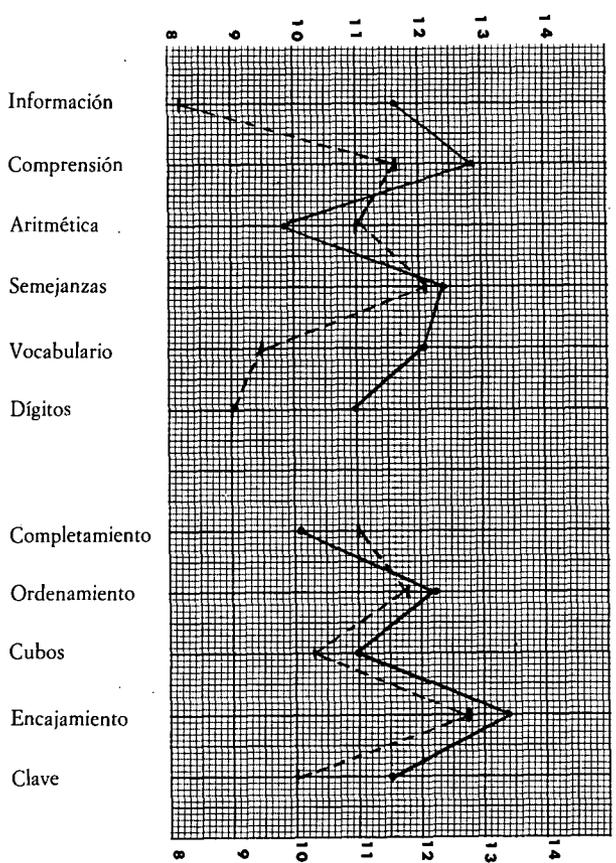
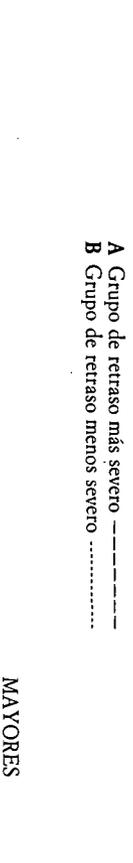
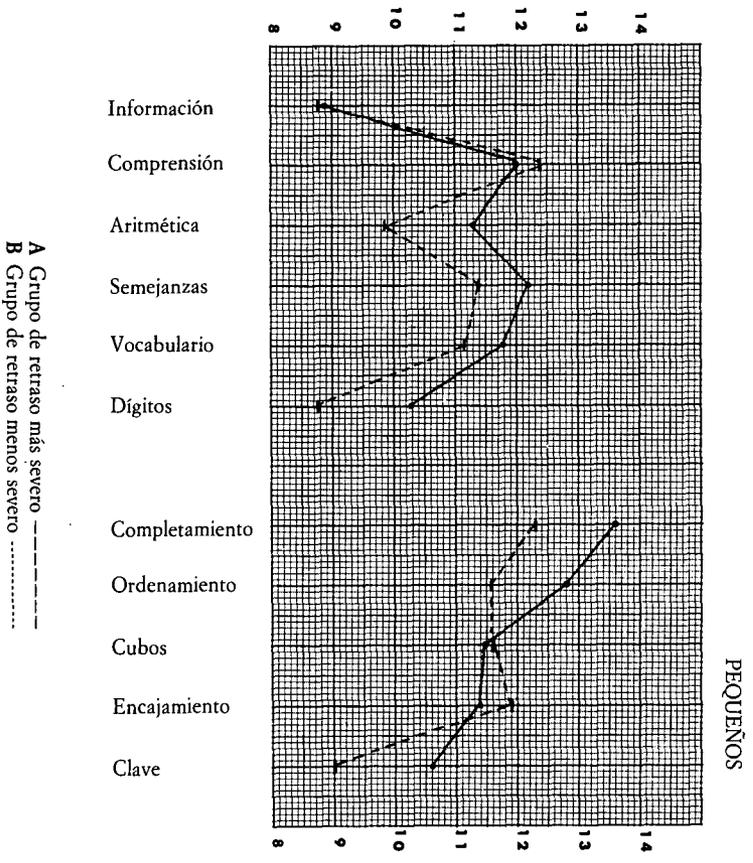


TABLA VI
Puntuaciones estándar promedio en los subtests del WISC

	GRUPO A		TOTAL		TOTAL	
	Pequeños	Mayores	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO B	
	N=10	N=7	Peq./May.	Peq./May.	Mayores	Pequeños
X de Edad cronológica	7; 1	10; 6	8; 10	8; 6	9; 10	7; 2
SUBTESTS VERBALES						
(Puntuaciones medias)						
Información	8,9	11,71	10,30	8,52	8,23	8,81
Comprensión	12	12,85	12,42	12,06	11,69	12,43
Aritmética	11,3	9,85	10,57	10,43	11	9,87
Semejanzas	12,2	12,43	12,31	11,79	12,15	11,43
Vocabulario	11,8	12,14	11,97	10,35	9,53	11,18
Cifras	10,3	11	10,65	8,87	9	8,75
SUBTESTS MANIPULATIVOS						
Completamiento	13,6	10,14	11,87	11,65	11	12,31
Ordenamiento	12,8	12,28	12,54	11,73	11,84	11,62
Cubos	11,5	11	11,25	10,96	10,31	11,62
Encajamiento	11,4	13,43	12,41	12,34	12,76	11,93
Clave	10,6	11,57	11,08	9,53	10,07	9

Después de Información, el siguiente subtest más bajo en el grupo B es Cifras. Recordamos aquí el significado diagnóstico de este test, en relación a la memoria auditiva inmediata y la atención. Es evidente que el fallo en la amplitud de memoria de los niños «disléxicos», significativamente más baja en relación a otros niños de escasa aptitud lectora y ortográfica, indica una cierta desorganización funcional, dado que Cifras supone capacidad de autocontrol para suspender o inhibir otros procesos de pensamiento irrelevantes mientras se atiende a una tarea.

La diferencia en el subtest de Aritmética (en detrimento del grupo B) es significativa solamente en lo que se refiere a los pequeños. El hecho de que esto no se repita en los mayores parece indicar una vez más que los déficits de aprendizaje son más inespecíficos en las primeras edades. Entre los niños de menor edad con retraso lector severo, se pueden dar también trastornos en otras áreas como el razonamiento aritmético.

La circunstancia de que los niños mayores (a partir de los 8 años) del Grupo B no tengan problemas en el subtest de «Aritmética» y obtengan una puntuación media más alta incluso que la del Grupo A, parece confirmar que la verdadera dislexia va configurándose como un cuadro aislado, con una idiosincrasia específica, que afecta con gran exclusividad al lenguaje escrito.

Uno y otro grupo, A y B, manifiestan un nivel equivalente en las estrategias cognitivas puestas en juego en la Escala Manipulativa. Estas funciones intelectivas no verbales, no tienen un peso específico en el retraso lector severo.

Esto tiene ciertas repercusiones de carácter psicopedagógico. En reeducación puede resultar bastante inútil, o cuando menos injustificado, trabajar con estos niños indiscriminadamente en aspectos relacionados con estas funciones. (Pongamos por ejemplo: ordenar historias, integrar partes de puzzles, buscar detalles que faltan en figuras, etc.)

TABLA VII
 B. 2 Comparación Grupos A y B según los resultados de la prueba ITPA
 Porcentaje de casos con retraso en la E.P.G. (Edad Psicolingüística Global) de la
 escala ITPA

	Grupo A	Grupo B
PEQUEÑOS (% de niños con 9 meses o más de retraso respecto a su edad cronológica).....	11%	27%
MAYORES (% de niños con 12 meses o más de retraso respecto a su edad cronológica).....	25%	50%

Tanto los pequeños como los mayores del Grupo B, presentan mayor número de problemas globales en las funciones psicolingüísticas de base, que los niños del Grupo A. Estos déficits generales del lenguaje son más numerosos entre los mayores.

La relación que existe entre el retraso lector severo y un déficit psicolingüístico general parece clara, sobre todo en los niños de 8 años en adelante.

TABLA VIII
 Puntuaciones medias en los subtests de la escala ITPA

	GRUPO A		GRUPO A		GRUPO B	
	Pequeños	Mayores	Peq./May.	Peq./May.	Mayores	Pequeños
	N=9	N=4	N=13	N=25	N=10	N=15
Edad cronológica	7; 1	10; 6	8; 10	8; 6	9; 10	7; 2
Edad psicolingüística	7; 0	9; 7	8; 4	7; 10	8; 6	7; 1
<i>Canal auditivo-verbal</i>						
Recepción auditiva	40,11	32	36,05	35,19	30,25	40,13
Asociación auditiva	36,66	36	36,33	35,62	36,25	35
Expresión verbal	36,33	33,75	35,04	35,92	31,25	34,6
<i>Canal visual</i>						
Recepción visual	33,55	30,75	32,15	33,53	32	35,06
Asociación visual	33,11	38,5	35,80	33,1	32,87	33,33
Expresión gestual	35,77	34,5	35,13	35,24	33,75	36,73
<i>Canal auditivo-verbal</i>						
Memoria auditiva	35,88	39,5	37,69	32,95	35,5	30,4
Cierre gramatical	43	32,25	37,62	36,28	33,37	39,2
<i>Canal visual</i>						
Memoria visual	35,77	33,25	34,51	34,65	37,37	31,93
Cierre visual	34,55	35,25	34,9	33,03	31,87	34,2

En relación a los subtests del ITPA sólo el de «Memoria auditiva» resulta significativamente más bajo en el Grupo B respecto al Grupo A, a nivel de confianza del 95%.

Parece bastante clara la relación de esta función psiconeurológica con la peor o mejor recuperación de las dificultades de lectoescritura. En el cuadro anterior puede observarse que es este subtest donde los niños del grupo A obtienen su resultado más alto en la Escala. Por otra parte, los niños del Grupo B obtienen en este subtest su resultado promedio más bajo, junto con «Expresión Verbal» (prueba que explora la capacidad de nominación y fluidez ideacional).

Es decir, muchos de los niños que mostraron una buena recuperación tras su reeducación fueron aquéllos que presentaron una buena memoria automática auditiva. La amplitud de memoria para el recuerdo de unos estímulos verbales presentados de forma seriada parece estar muy relacionada con la habilidad para la decodificación y recodificación fonológica que implica el hecho de leer o escribir.

TABLA IX
Porcentaje de casos con otros problemas de lenguaje

	PEQUEÑOS		MAYORES	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
Retraso comienzo locución	20%	37%	14%	21%
Problemas de articulación	20%	50%	14%	50%

El Grupo B reúne mayor número de casos con retraso en el comienzo de la locución o problemas de articulación posteriores a los 5 años, según lo que refieren los padres en la primera entrevista. Remitimos a las conclusiones de Yule, sobre los disléxicos, citadas anteriormente.

TABLA X
C.3 Comparación grupos A y B por sus resultados en pruebas perceptivo-espaciales y percepto-motrices
Predominio motriz lateral. Porcentaje de casos

	GRUPO A	GRUPO B
Diestros	69%	59%
Zurdos	6%	21%
Zurdos contrariados	6%	7%
Ambidextros	19%	14%

En relación a la predominancia motriz manual, sólo la zurdería parece estar relacionada a los más graves trastornos en lectoescritura. La situación de ambidextrismo no discrimina a los niños del Grupo A y B. Atendiendo a la edad, no se observan diferencias importantes, por lo cual evitamos extendernos en su comentario.

TABLA XI
Reproducción de estructuras rítmicas (Prueba de M. Stambak): porcentaje de casos-problema

	GRUPO A		GRUPO B	
	N	% casos	N	% casos
PEQUEÑOS	10	11%	16	53%
MAYORES	7	33%	14	64%
TOTAL EDAD	17	20%	30	59%

Tanto los pequeños como los mayores del Grupo B presentan más casos con dificultad en la reproducción de estructuras rítmicas, según el test de M. Stambak. Pero es entre los niños «disléxicos» de más edad donde puede observarse mayor número de déficits en este aspecto.

TABLA XII

Prueba de Piaget-Head (Orientación derecha-izquierda): porcentaje de casos-problema

	GRUPO A		GRUPO B	
	N	% casos	N	% casos
PEQUEÑOS	10	33%	16	80%
MAYORES	7	14%	14	64%
TOTAL EDAD	17	25%	30	72%

También los niños del Grupo B tienen mayor número de problemas en cuanto a la orientación espacial según las coordenadas derecha-izquierda. En este aspecto funcional, de características viso-espaciales, son sin embargo los «disléxicos» de menor edad los que cuentan con mayor porcentaje de casos-problema.

TABLA XIII

Resultados en la prueba de M. Frostig de organización perceptiva espacial (pequeños: 1º y 2º curso)

	\bar{X} de puntuaciones estándar	
	GRUPO A	GRUPO B
Coordinación óculo-manual	9,33	10,2
Discriminación figura-fondo	8,33	9,2
Constancia perceptiva	9	8,6
Percepción de la orientación	10,66	10,2
Trasposición espacial	12,33	10
COCIENTE PERCEPTIVO	100	98

Ya es suficientemente conocido que la percepción visual, tal como resulta examinada a través de la prueba de M. Frostig, no parece tener relación con los trastornos disléxicos. Nuestro trabajo ratifica esta conclusión. De las funciones perspectiva-visuales de la prueba Frostig ninguna discrimina en detrimento de los niños del Grupo B.

Sin embargo, los niños con retraso lector severo sí presentan mayor número de casos con déficit en la organización perceptivo-motriz del espacio, que otros niños con retraso simple en lectoescritura, como puede verse a continuación.

TABLA XIV

Prueba de N. Galifret (adaptación del Bender): porcentaje de casos-problema

	GRUPO A	GRUPO B
PEQUEÑOS	18%	60%
MAYORES	43%	57%

Esta prueba, frente a la de Frostig, no examina ya tanto la percepción visual en su sentido más puro, sino la organización motriz o capacidad para reproducir gráficamente lo percibido. El hecho de reproducir unas figuras geométricas conlleva un nuevo componente cognitivopráxico: el orden en que se han de copiar los componentes del modelo. Los niños con retraso lector severo no están incapacitados para la percepción visual, pero pueden presentar dificultades en integrar, trasladar o reconstruir lo que ven sin alterar el orden o la secuencia. Al

hemisferio izquierdo compete la ordenación y las construcciones secuenciales. Son las funciones de este último las que resultan más alteradas en el niño «disléxico»; ello explica su mal rendimiento en tests grafomotores, en los que entra a formar parte la secuencialidad, mientras que en pruebas perceptivas de reconocimiento no existen problemas.

TABLA XV
Porcentaje de casos con problemas psicomotrices

	GRUPO A	GRUPO B
PEQUEÑOS	30%	37%
MAYORES	43%	21%
TOTAL	35%	30%

Los niños con más grave retraso en lectoescritura no presentan más casos de retraso psicomotor, que los niños del Grupo A.

TABLA XVI
B. 4 Comparación grupos A y B según otras características

	GRUPO A		GRUPO B		GRUPO B	
	Pequeños	Mayores	Peq./May.	Peq./May.	Mayores	Pequeños
Repetición curso	40%	14%	29%	60%	43%	75%
Problemas perinatales	20%	14%	18%	20%	7%	31%
Antecedentes familiares	30%	29%	29%	33%	7%	56%
Problemas afectivos y de personalidad	30%	43%	35%	20%	14%	25%
Niños con claros síntomas de disfunción en conducta	20%	43%	29%	27%	7%	44%

Entre los niños mayores del Grupo B no se observan más casos con antecedentes perinatales y familiares, o con claros síntomas conductuales de disfunción. Sin embargo sí constatamos entre los pequeños del Grupo B más problemas en el embarazo, antecedentes familiares, EEG con ciertas alteraciones y casos de niños con manifiestos síntomas de disfunción comportamental. De nuevos vemos aquí cómo entre niños de menor edad aparecen con más frecuencia mezclados distintos síndromes.

Entre los niños del Grupo B no se dan más problemas de personalidad, conductuales o afectivos. Ratificamos así nuestra opinión personal sobre que los niños con más graves dificultades para la lectoescritura no presentan más problemáticas de este tipo que cualquier otro grupo de niños. Aparte de sus problemas evidentes de atención selectiva, creemos que no existe una «personalidad» que caracterice al niño con incapacidad para la lectoescritura. Cuando pensamos en algunos de nuestros «disléxicos» más recalcitrantes, recordamos a niños bastante sanos, alegres y afectivos, que reaccionan de forma ingenua y favorable ante el refuerzo positivo y que luchan denodadamente por superar la imagen, absurdamente desvalorizada de sí mismos, que a veces nos empeñamos en ofrecerles.

Otro aspecto en el que los niños del Grupo B sí superan a los del Grupo A es en el número de repeticiones de curso, contabilizadas hasta el momento en que el niño terminó su reeducación. Con ello queda patente la mayor problematización escolar en relación con el más grave retraso en lectoescritura.

CONCLUSIONES

Nadie pone en duda la importancia que tienen en el fracaso escolar las dificultades de lectoescritura, leves y graves. En relación a estas últimas, llámense abreviadamente «dislexia» o, de una manera más larga y menos comprometida, «retraso severo en lectoescritura», nuestra opinión es que deben ser consideradas como un *trastorno del lenguaje* de igual relevancia que otros. Ante un problema de dislalia, o una disfemia, no nos sentimos tentados a evadirnos achacando la culpa a una dispedagogía.

El fracaso escolar es algo tan importante para los niños que los sufren que carece de importancia la polémica sobre si debemos admitir que la causa es psico-neurológica (incapacidad del niño) o pedagógica (incapacidad nuestra). La discusión, como la de «galgos-podencos», puede contribuir a que no se logre la auténtica integración en la escuela a que tienen derecho estos niños con incapacidad para el lenguaje escrito.

Por nuestra parte, creemos compatible la opinión de que el niño sea «portador de déficits» importantes, con la creencia de que el remedio ha de provenir de un control óptimo de la situación enseñanza-aprendizaje.

Sugerimos que pueden ser tomados como *predictores de peor evolución en el tratamiento*:

1. El sexo masculino. Proporción de 4 a 1.
2. El retraso en el inicio de la locución y los problemas de articulación posteriores a los 5 años.
3. Los déficits globales de lenguaje (retrasos de 9 o más meses en las pruebas del ITPA), sobre todo en los niños que ya son mayores de 8 años.
4. Puntuaciones bajas en las pruebas de Información, Vocabulario, Cifras y Memoria Auditiva, es decir, escasa amplitud de memoria verbal, dificultad para retener patrones simbólicos y escasa información verbal.
5. Los retrasos en orientación espacial, según concepto de derecha-izquierda, reproducción de estructuras rítmicas y organización grafomotriz en el espacio bidimensional.
6. En los niños pequeños (6-7 años) una baja puntuación en Aritmética del WISC.

No existe clara diferencia entre niños de peor y mejor evolución en variables como:

- a) El C.I. global.
- b) Los problemas conductuales, caracteriales o afectivos.
- c) Las discrepancias entre las escalas del WISC.
- d) Los problemas de dominancia motriz lateral, motricidad gruesa o motricidad fina.
- e) La percepción visual, tal como resulta examinada en la prueba de M. Frostig.

Notas

(1) Este estudio comprende: Historia clínica y anamnesis, Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC), Test de Illinois de habilidades psicolingüísticas (ITPA), Test de percepción visual de M. Frostig, Test de Bender (adaptación de Santuci y Galifret), Test de orientación derecha-izquierda de Piaget-Head; prueba de ritmo de M. Stambak, prueba de predominio lateral y motricidad manual de N. Galifret, batería de lectoescritura de E. Huerta.

(2) Las pruebas que componen esta batería de lectura han sido elaboradas y baremadas por el Centro de Psicodiagnóstico y Recuperación Infantil, y constan de los siguientes aspectos:

Batería de lectoescritura

	LECTURA ORAL	COMPRESION LECTORA (LECTURA SILENCIOSA)	ESCRITURA
NIVEL I (1º EGB)	<ul style="list-style-type: none"> • lectura sílabas (25) • lectura palabras (30) • lectura 3 textos 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 frases verdadero/falso 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia (25 pal) • 3 dictados • Redacción (20 pal)
NIVEL II (2º EGB)	<ul style="list-style-type: none"> • lectura sílabas (25) • lectura palabras (50) • lectura 3 textos 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 frases verdadero/falso 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia (52 pal) • 4 dictados • Redacción (30 pal)
NIVEL III (3º EGB)	<ul style="list-style-type: none"> • lectura sílabas (25) • lectura palabras (50) • lectura 3 textos 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 frases verdadero/falso • Prueba comprensión lectora (respuesta a cuestionarios) • Prueba de comprensión lectora de «Cloze» 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia (52 pal) • 4 dictados • Redacción (50 pal)
NIVEL IV (4º/8º EGB)	<ul style="list-style-type: none"> • lectura sílabas • lectura palabras • lectura 3 textos 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 frases verdadero/falso • Prueba comprensión lectora (respuesta a cuestionarios) • Prueba de comprensión lectora de «Cloze» 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia (73 pal) • 4 dictados • Redacción (100 pal)

(3) Estos datos pertenecen a la ponencia «Trastorno específico de la lectoescritura. Enfoque psiconeurológico», presentada en el I Congreso sobre Fracaso Escolar, XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria. Zaragoza, 21-23 octubre 1985.

(4) Cuando iniciamos la realización del presente estudio no existía la adaptación española de S. Ballesteros y A. Cordero del Test ITPA, publicada por TEA. Utilizamos una traducción del test americano realizada por A. Coy en el Centro de Investigaciones Galton de Barcelona.

(5) El programa está publicado por Visor en su colección «Aprendizaje». Para el análisis de su contenido y metodología remitimos al Manual para el reeducador.

(6) Esta metodología, aún inédita, ha sido elaborada por los mismos autores y consta de una serie de textos a partir de los cuales se intenta desarrollar en el niño una serie de destrezas necesarias para la comprensión lectora.

Referencias

- BRavo VALDIVIESO, L.: (1985) *Dislexias y retraso lector. Enfoque neurológico*. Madrid, Santillana.
- FROSTIG, M. y MASLOW, Ph.: (1976) *Percepción visual y educación temprana* en Tarnopol, L. *Dificultades para el Aprendizaje*. Méjico, La Prensa Médica Mejicana.
- GLASSER, A. J. y ZIMMERMAN, I. L.: (1967) *Interpretación clínica de la escala de Inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid, Ediciones TEA 1972.
- JADOULE, A.: (1966) *Aprendizaje de la lectura y Dislexia*. Kapelusz.
- KIRK, S. A.; MCCARTHY, J. J. y KIRK, D.: (1986) *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*. ITPA. Adaptación española. Madrid TEA.
- OWEN, F. y col.: (1971) *Learning Disorders in Children: Sibling Studies*, Monographs of the Society for Research in Child Development, Serie núm. 144. Citado por S. Farnham Diggory en: *Dificultades de Aprendizaje*, 1978. Morata, 1980.
- ROSEN, C. L.: (1966) *Perceptual and Motor Skills*, citado por Masland, R. L. en *Dificultades para el Aprendizaje*.
- STAMBAK, M.; GALIFRET-GRANJON, N. y SANTUCCI, J.: (1963) del libro de R. Razzo: *Manual para el Examen Psicológico del Niño*. Primera Parte. Buenos Aires, Kapelusz.
- VELLUTINO, F. R.: (1979) *Dyslexia, theory research*. Cambridge, The MIT Press.
- VELLUTINO, F. R., y SCANLON, D.: (1982) *Verbal processing in poor and normal readers* en Brainers, J., y Pressley, M.: *Verbal processes in children*. Springer-Verlag.
- YULE, W.: (1973) «Differential prognosis of reading backwardness and specific reading retardation», *British Journal of Educ. Psychol.*, 43: 244-248.
- YULE, W., y col.: (1974) «Over and under achievement in reading distribution in the general population», *British Journal of Educational Psychol.*, 44: 1-12.

Diagnóstico y tratamiento de los retrasos en lectoescritura. E. Huerta y A. Matamala. CL&E, 1989, 3-4, pp. 113-128.

Resumen

El presente trabajo es una aportación más en la búsqueda de variables psicológicas discriminantes entre los niños con dificultades en lectoescritura, a través de la observación de características psicométricas y el control de evolución en su tratamiento.

Desde este enfoque se relaciona el retraso lector con diferentes funciones psicológicas, aportándose evidencias de que los procesos lingüísticos constituyen el factor más comúnmente alterado en estos niños y que los trastornos en lectoescrituras no suponen un cuadro unitario.

Algunas de estas variables distinguen al subgrupo de peor aprendizaje a pesar del tratamiento recibido. Se sugiere que estas variables pueden ser tomadas como predictores de evolución y como señal de la necesidad de continuar en la búsqueda de estrategia rehabilitadora.

Datos sobre los autores:

Elena Huerta y Antonio Matamala son psicólogos clínicos especializados en la reeducación de la lectoescritura. Trabajan en un gabinete privado y su «Programa de reeducación para dificultades en la escritura» es ampliamente conocido y utilizado en nuestro país.

Dirección:

Gabinete de Psicodiagnóstico y Recuperación Infantil. Divino Pastor 9. 28010 Madrid

© de todos los artículos. Deberá solicitarse por escrito autorización de CL&E y de los autores para el uso en forma de facsímil, fotocopia o cualquier otro medio de reproducción impresa. CL&E se reserva el derecho de interponer las acciones legales necesarias en aquellos casos en que se contravenga la ley de derechos de autor.