

# Objetivos específicos de la consulta de aprendizaje

E. Schlumberger, L. Suiro, A.S. Deborde

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CONSULTA DE APRENDIZAJE

**Resumen.** Objetivo. Describir la aportación de una consulta de aprendizaje a través de sus objetivos específicos. Desarrollo. El pronóstico del niño con trastorno específico de aprendizaje, disfásico, disléxico, discalculico, dispráxico, con síndrome disejecutivo o disatencional depende en parte de que los medios de reeducación y adaptación pedagógica estén puestos a disposición, financiados y explicados a la familia en los casos identificados como más graves. Esta es la meta de los 37 centros de referencia creados en los últimos cinco años en Francia. Este trabajo describe los objetivos de esta consulta, así como los modos concretos de compartir información útil sobre el niño. Conclusión. La evaluación interdisciplinaria que supone la consulta de aprendizaje permite una nueva dinámica alrededor del niño con trastorno de aprendizaje. [REV NEUROL 2008; 46 (Supl 1): S55-8]

**Palabras clave.** Centro de referencia. Coordinación. Neuropsicología del desarrollo. Niño. Trastorno de aprendizaje.

## INTRODUCCIÓN

En Francia se estima que entre el 10 y el 15% de los niños sufren fracaso escolar. De éstos, entre el 3 y el 5% presentan un trastorno de aprendizaje de lenguaje oral y/o escrito, que en un 1% de los casos se revela como grave [1]. Se deben añadir entre un 3 y un 5% de niños con trastornos de aprendizaje no verbal como discalculia, dispraxia visuoespacial, y trastorno ejecutivo y atencional, cuya frecuencia es difícil de calcular porque las definiciones varían de un equipo a otro, y faltan estudios epidemiológicos en Francia. Es bien conocido que estas patologías se solapan con frecuencia.

La toma de conciencia reciente de esta realidad ha llevado a la elaboración de un plan de acción ministerial en favor de los niños que tienen trastornos de aprendizaje del lenguaje oral o escrito [2], plan que incluye la creación de centros de referencia. Desde hace más de cinco años funcionan en el país 37 centros, siete de los cuales en la región parisina, que llevan a cabo diversas tareas. El nuevo dispositivo, instalado en hospitales universitarios, está en el punto de confluencia de diversos ámbitos: a) en el ámbito privado, porque la petición de consulta la hacen siempre los padres, y porque las conclusiones de la consulta repercuten sobre la actividad de un profesional que ejerce –en la mayoría de los casos en Francia– en la esfera privada; b) en el ámbito científico, con una exigencia de precisión en cuanto al diagnóstico del trastorno, y a la apertura de esta actividad centralizada hacia la investigación; c) en el ámbito social, porque el reconocimiento de ciertas dificultades y necesidades educativas da derecho a ayudas económicas de parte del seguro social y de entidades de compensación, y d) en el campo pedagógico, por la necesaria flexibilidad que se debe introducir en el ritmo de las exigencias escolares de estos niños.

La bibliografía contiene trabajos interesantes sobre la detección de los trastornos específicos de aprendizaje. Es mucho menos frecuente encontrar estudios sobre métodos y evaluación de

reeducación de estos trastornos. Sin embargo, es indispensable subrayar que de nada sirve la detección si no va seguida de una intervención eficaz.

La primera consulta llevada a cabo por un médico puede servir para confirmar el diagnóstico hecho sobre el niño y el programa de reeducación previsto; en este caso no hay necesidad de una segunda consulta. Pero en caso de patología grave o compleja, es necesario un estudio multidisciplinario llevado a cabo en el centro de referencia, y distintas consultas posteriores cuyos objetivos se describen en este trabajo.

Las reflexiones de este artículo nacen de la experiencia de los autores, recogida en la actividad del centro de referencia del hospital Raymond Poincaré de Garches, París. Este centro empezó hace cuatro años, en el seno del Departamento de Reeducación del Niño. Su actividad en cifras arroja el siguiente balance: 455 consultas en el año 2004, 756 en 2005, 999 en 2006 y 1.191 (210 de las cuales son evaluaciones multidisciplinarias) en 2007.

## PRIMERA CONSULTA

La lleva a cabo el médico a petición de los padres, apoyándose en los informes realizados por los profesionales del aprendizaje y de la educación que se ocupan del niño. Pone de relieve el motivo principal de alarma. A través de la anamnesis, reconstruye los hitos de desarrollo y la aparición del trastorno, con sus manifestaciones en el colegio y también en casa; asimismo, pone en evidencia los puntos preservados del desarrollo del niño. Este abordaje médico inicial nace con métodos parecidos a los de la neurología pediátrica.

El papel específico del neuropediatra en la consulta de aprendizaje ya se ha descrito [3]. Consiste en coordinar la evaluación de distintos profesionales tras la anamnesis y el examen clínico, de llevar a una síntesis y de guiar hacia las intervenciones apropiadas. Necesita siempre las observaciones escritas de los profesores, en las que deben aparecer detalladamente las dificultades que observan, y las estrategias anteriormente probadas. La evaluación de capacidades hecha por los reeducadores consta también por escrito, con los procedimientos de trabajo utilizados y la evolución observada.

La evaluación psicométrica tiene dos funciones en esta etapa: fundamentar la diferencia entre un retraso mental y un trastorno específico del aprendizaje, así como orientar el posible estudio neuropsicológico subsiguiente. La entrevista con el psicó-

Aceptado: 05.02.08.

Centre de Référence Troubles du Langage et des Apprentissages. Hôpital Raymond Poincaré. Garches, Francia.

Correspondencia: Dr. Emilie Schlumberger. Centre de Référence Troubles du Langage et des Apprentissages. Hôpital Raymond Poincaré. 104, Bd Raymond Poincaré. 92380 Garches (France). E-mail: emilie.schlumberger@rpc.aphp.fr

© 2008, REVISTA DE NEUROLOGÍA

logo permite, asimismo, evocar las dimensiones del funcionamiento afectivo, de las relaciones familiares y en el colegio. Los diagnósticos psicológicos elaborados con más frecuencia son el de trastorno por déficit de atención, ansiedad o depresión.

De este modo, la intervención del psiquiatra infantil y de los psicólogos aparece como indispensable, tanto para evaluar las consecuencias psicológicas de los trastornos de aprendizaje sobre el psiquismo, como para ayudar al diagnóstico diferencial con una patología psicológica o psiquiátrica. La experiencia demuestra que no es siempre fácil discernir en este punto, por la intrincación que existe entre estas dimensiones. El trastorno de aprendizaje en sí mismo constituye un elemento de sufrimiento para un niño que se desenvuelve casi todo el día en el colegio, lugar de su fracaso. Así, resulta habitual que en estos niños se observen sintomatologías ansiosas o depresivas, fobias escolares o sociales asociadas en ocasiones con otros trastornos, como trastornos de limpieza o alimentarios. Por el contrario, los trastornos psiquiátricos pueden ser la causa del trastorno de aprendizaje. Es el caso para los diagnósticos de psicosis (esquizofrenia) o de autismo infantil. El conjunto de la bibliografía constata en esta población una prevalencia más alta de trastorno por déficit de atención, de dificultad afectiva, de trastornos ansiosos, de fobia social y de ansiedad generalizada [4,5]. Se señalan también la frecuencia de los déficit graves del lenguaje y de la comunicación no diagnosticados en niños y adolescentes tratados por trastornos psiquiátricos [6].

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO

La consulta de seguimiento se propone a veces a la familia. Por ejemplo, después de un estudio multidisciplinario, o en caso de tratarse de un trastorno muy grave. La evaluación del niño supone de nuevo la aportación de los profesionales implicados.

Se intenta siempre recoger el punto de vista del sujeto, según su edad. Los padres que le acompañan manifiestan habitualmente una mejoría apreciable desde que se tomaron en cuenta sus dificultades. Observan progresos en las habilidades deficitarias, una motivación renovada para la tarea escolar, mejor humor o apetito. El alivio es a menudo importante.

Es una buena ocasión para asegurarse de que la información dada a la familia y al niño ha sido la adecuada: el alcance y las consecuencias deben explicarse para evitar falsas expectativas y también para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

La utilidad de la consulta depende del esfuerzo de todos por compartir información; el médico utiliza un cuestionario previamente contestado por el profesor del aula (Tabla) en el que se recoge su apreciación sobre los aprendizajes y sobre el comportamiento del niño, así como las relaciones que establece con los demás y su forma de desenvolverse ante nuevos objetivos, como pueden ser la complejidad progresiva de la tarea en matemáticas o la utilización funcional de la lectura.

Un punto en el que es importante el asesoramiento sistemático es el del reconocimiento en medio escolar de las dificultades de aprendizaje. Hay que averiguar que se realizan las reuniones oportunas con la debida periodicidad, que existe comunicación entre los reeducadores y los padres con los pedagogos, que los métodos y soportes se adaptan a las dificultades y posibilidades del niño, y que las competencias preservadas por el trastorno se siguen desarrollando.

Algunos niños presentan un trastorno especialmente grave. En un seguimiento realizado a lo largo de seis años [7], solamen-

**Tabla.** Cuestionario al profesor del aula para la consulta de seguimiento de un niño con trastorno de aprendizaje.

¿Cuánto tiempo hace que conoce al niño?		
¿Le plantea algún problema?	Sí	No
¿Cuál?		
Este niño está siendo seguido por un trastorno de aprendizaje		
¿Tiene contacto con los que le ayudan?	Sí	No
¿Recibe la información deseada?	Sí	No
¿Cuál le parece el principal problema del niño?		
¿Observa esfuerzos? ¿Progresos?		
¿Cuál le parece su principal punto fuerte?		
Trabajo en francés		
Matemáticas		
Deberes		
Otros		
Comportamiento		
En el aula		
En el recreo		
Con otros niños		
Con adultos		
¿Qué sugeriría para ayudar al niño a superar sus dificultades?		
¿Calificaría de grave el problema que presenta el niño?		
Observaciones		

te 3 de 58 niños con déficit grave de comprensión del lenguaje oral han evolucionado hacia la normalidad. Todos los demás han seguido manifestando una dificultad importante en el lenguaje oral. Sin embargo, el estado actual de la ciencia no permite asociar en la mayoría de los casos un pronóstico determinado a un tipo de disfasia, incluso después de un estudio cuidadoso [8]. Por lo tanto, será preciso volver a evaluar con periodicidad el tipo de reeducación y de ayuda pedagógica, especialmente durante la etapa de escuela primaria, para adaptarlas al paciente afectado.

Si el niño no progresa lo suficiente, hay que saber discernir la causa. Podría tratarse de un error diagnóstico (p. ej., el descubrimiento de una hipoacusia en un niño considerado como disfásico) o de un nivel intelectual límite. La existencia de una posible comorbilidad psiquiátrica –depresión o ansiedad– merece volver a ser evocada, en situación de escaso progreso después de un diagnóstico e inicio de reeducación esmerada. El cumplimiento del tratamiento reeducativo por parte de la familia, o del reeducador, también puede resultar insuficiente debido a una falta de explicación por parte de los profesionales, o a la escasa toma de conciencia de la gravedad de las consecuencias a largo plazo. La financiación de la reeducación, de los transportes, o la compensación de la inversión de tiempo para acompañar al niño merecen una atención particular para facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento.

En estos trastornos crónicos, la motivación del niño es también un valor importante que hay que preservar; este reto depende de una buena coordinación entre los padres, el colegio y la reeducación.

Finalmente, la insuficiencia de los progresos debe evocar una forma especialmente grave de trastorno de aprendizaje, obligando a un cambio de reeducador por otro más especializado, o al ingreso en una unidad de tratamiento intensivo, que combine, en el caso de disfasia o dislexia grave, logopedia diaria y pedagogía adecuada con un reducido número de alumnos. La experiencia de este tipo de unidades, en el seno de hospitales universitarios, es positiva [9].

Algunos elementos de apoyo familiar son una constante para los pediatras implicados; algunas familias necesitan recibir incluso consejos de sentido común (acostarse temprano y dormir las horas necesarias, restringir la televisión y el uso de la Play-Station, jugar con los niños a juegos de mesa, a rompecabezas, etc.).

Un niño cuya dificultad cognitiva es un freno para los aprendizajes concentra a menudo toda la atención familiar alrededor de los resultados escolares. Nos parece, sin embargo, fundamental volver a centrar el discurso alrededor del niño en una perspectiva más integral: cuando los procesos deficientes hayan sido identificados y se hayan empezado a tratar o perfilarse, cuando se empieza a vislumbrar una mejoría, los padres deberán volver a centrar la educación en una perspectiva más amplia. El conocimiento de las competencias naturales del niño parece indispensable. Desarrollar su capacidad de esfuerzo y reforzar algunos puntos sensibles a la educación, como la apertura a los demás, el espíritu de servicio o la responsabilidad en las tareas extraescolares, puede permitir al niño abrirse más. Asimismo, se debe favorecer su autonomía. Los padres entenderán que no se gana mucho invirtiendo todos los esfuerzos en un campo que siempre ofrecerá dificultades, como puede ser el lenguaje en un disfásico, o el dibujo en un dispráxico, manteniendo así en todos la consiguiente frustración.

La consulta de seguimiento puede ser interesante para ultimar la lista de exploraciones complementarias (p. ej., resonancia magnética cerebral), que al no resultar indispensables para orientar el tratamiento, no se han realizado siempre al inicio de la evaluación.

Al término final de estas evaluaciones, los organismos sociales que proporcionan ayudas financieras tienen pruebas posi-

tivas de que los subsidios pedidos para nuestros pacientes están bien empleados.

Los elementos que están en juego a través del seguimiento adaptado de un niño con un trastorno grave del aprendizaje son múltiples. La verdadera complicación de lo que parece al inicio un sencillo retraso de desarrollo en un campo aislado de los aprendizajes es una dificultad más global. Mazeau describió incluso la idiotización del niño dispráxico sin diagnóstico ni tratamiento [10]. Se han evocado más arriba las complicaciones psicológicas y la pérdida de autoestima que se asocian al fracaso escolar en niños inteligentes. Se vislumbran los sufrimientos de los niños y de las familias, y las complicaciones psicológicas si el diagnóstico se realiza tarde.

En positivo, lo que se está condicionando es el pronóstico de inserción social del paciente. Para el equipo, la colaboración multidisciplinaria entre reeducadores, profesores, psicólogos y médicos crea una dinámica de progresión. El hecho de coordinar este seguimiento en un centro experto ofrece la seguridad de que los medios necesarios para los niños más afectados, que no son la mayoría, no se diluirán en la masa de los que están con alguna dificultad escolar por otras razones, más pasajeras quizá, o más fáciles de superar.

También permite llevar a cabo una reflexión sobre los criterios de gravedad que obligan a una mayor vigilancia; sobre los exámenes complementarios realmente necesarios en función del perfil, así como una colaboración con estudios genéticos, de neuroimagen funcional, etc., y la contribución propia a la investigación sobre fisiología y patología del desarrollo cognitivo.

## CONCLUSIÓN

La creación de consulta para atender el trastorno de aprendizaje permite desarrollar objetivos específicos: introduce una novedad respecto a la consulta de neuropediatría, centrada a menudo en la búsqueda de la causa del trastorno. Supone una actividad interdisciplinaria, llevada en nuestro centro por el médico, que involucra a padres, reeducadores, psicólogos y pedagogos en torno al nuevo equilibrio del niño cuyo trastorno específico del aprendizaje ha sido diagnosticado y está tratado. Para cumplir con estos objetivos todavía queda tarea pendiente: es indispensable clarificar las clasificaciones y los circuitos optimizados de pacientes para conseguir los esperados estudios pronósticos y de evaluación de eficacia de reeducaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ringard J. À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique. Paris: Ministère de l'Éducation Nationale; 2000.
2. Ministère de l'Éducation Nationale et Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. 2001. URL: <http://www.sante.gouv.fr>. [10.01.2008].
3. Schlumberger E. Papel específico del neuropediatra en la consulta de dificultades del aprendizaje. *Rev Neurol* 2007; 44 (Supl 2): S13-7.
4. Goldston DB, Walsh A, Mayfield AE, Reboussin B, Sergent DS, Erkanli A, et al. Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid- to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 25-32.
5. Backer A, Neuhauser G. Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2003; 52: 329-37.
6. Giddan JJ, Milling L, Campbell NB. Unrecognized language and speech deficits in preadolescent psychiatric inpatients. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 85-92.
7. Clark A, O'Hare A, Watson J, Cohen W, Cowie H, Elton R, et al. Severe receptive language disorder in childhood—familial aspects and long-term outcomes: results from a Scottish study. *Arch Dis Child* 2007; 92: 614-9.
8. Stothard SE, Snowling MJ, Bishop DV, Chipchase BB, Kaplan CA. Language-impaired preschoolers: a follow-up into adolescence. *J Speech Lang Hear Res* 1998; 41: 407-18.
9. Coste-Zeitoun D, Pinton F, Barondiot C, Ducot B, Warszawski J, Billard C. Specific remedial therapy in a specialist unit: evaluation of 31 children with severe, specific language or reading disorders over one academic year. *Rev Neurol (Paris)* 2005; 161: 299-310.
10. Mazeau M. Neuropsychologie et troubles des apprentissages. Paris: Masson; 2005.

*SPECIFIC AIMS OF CONSULTATIONS FOR LEARNING DISORDERS*

**Summary.** Aim. *To describe the contribution made by consultations for learning disorders through their specific aims.* Development. *The prognosis of children with specific learning difficulties, suffering from dysphasia, dyslexia, dyscalculia, dyspraxia, dysexecutive or dysattentional syndrome, partly depends on whether the methods and materials required for their re-educational and pedagogical adaptation are financed, made available and explained to the child's family in the cases that have been classed as the severest. This is the goal of the 37 reference centres that have been set up in France in the last five years. This work describes the objectives of this consultation, as well as specific ways in which useful information about the child can be shared.* Conclusions. *Consultation for learning difficulties involves an interdisciplinary assessment that allows the case of a child with learning disorders to be placed within a new set of dynamics.* [REV NEUROL 2008; 46 (Supl 1): S55-8]  
**Key words.** *Child. Coordination. Developmental neuropsychology. Learning disorders. Reference centre.*