

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)



El adolescente y los problemas de aprendizaje

[Contenido](#)

(Consideraciones Especiales)
Dr. Gabriel Barrera Moncada

República de Venezuela

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Dirección Materno Infantil

23/10/2011

Contents

División de Atención del Niño y Adolescente
Dpto. Salud del Adolescente

UNICEF

OPS

OMS

Caracas, Agosto de 1994

Programa de atención Integral De Salud Para El Adolescente

Coordinación General

Dr. Eugenio arito M.
Director Materno Infantil,
Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social.

Dra. Irene Sáez García
Jefe de la División de Atención
al Niño y al Adolescente

D:/.../meister10.htm

2/240

Dirección Materno Infantil.

Asesor del Programa

Dra. Enriqueta Sileo
Jefe del Servicio de Adolescentes.
Hospital "J. M. de Los Ríos".

Comité Coordinador para la Edición de la Presente Publicación.

Sra. Beatríz de Barrera Moncada
Representante del autor.

Dra. Irene Sáez García
Jefe del Programa de Atención
Integral de Salud para el Adolescente.
Dirección Materno Infantil.

Dra. Daisy Olivera
Jefe de la Consulta de Medicina del Adolescente.
Instituto Nacional de Puericultura

23/10/2011

Contents

"Pastor Oropeza".

Dirección Materno Infantil

Asistente

Srta. Carmen Messuti

Asistente de la División de Atención al Niño y al Adolescente.

Apoyo Financiero para la Edición

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Apoyo Técnico para la Difusión

Organización Panamericana de la Salud.

Contenido

[Agradecimiento](#)

[Presentacion](#)

[Capitulo N° 1: La adolescencia: concepto y problematica general](#)

[Bibliografía](#)

[Capitulo N° 2: Caracterización psico-social del adolescente](#)

[Problematica actual en la practica medica](#)

[Una definicion psico-social del adolescente](#)

[Curva psico-evolutiva dinamica](#)

[Caracterizacion psicologica y problematica actual](#)

[Bibliografía](#)

[Capitulo N° 3: Dificultades escolares del adolescente](#)

[Importancia del tema](#)

[Fracaso escolar y deficit de rendimiento](#)

[Causas del fracaso o de las dificultades escolares](#)

[Inhabilidades específicas de aprendizaje](#)

[Bibliografía](#)

[Capitulo N° 4: Procedimiento practico de evaluacion de un problema escolar](#)

[Bibliografía](#)

[Capitulo N°5: Estandarizacion de tests rapidos de lectura y escritura para uso en el consultorio de adolescentes](#)

[Los Test: concepto, limitaciones y características.](#)

[Los déficits de lectura como problema educacional y social venezolano](#)

[Necesidad de un test de lecto-escritura para el Consultorio de adolescentes y objetivo del presente trabajo](#)

[Estructura de los test rápidos de lectura y escritura.](#)

[Aplicación de los Tests](#)

[Valoración](#)

[La estandarización de los tests](#)

[Discusión](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

[Apéndice](#)

[Capitulo N° 6: El deficit de lectura como problema psico-social](#)

[Disfuncion escolar del adolescente. Contribucion a su estudio](#)

[Bibiliografia](#)

[Anexos](#)

[Capitulo N° 7: Dislexia del desarrollo](#)

[Actualización y estudio de 20 casos con seguimiento](#)

[Importancia del tema](#)

[La complejidad fenomenológica de la lectura](#)

[El concepto](#)

[Objetivos](#)

[Actualización](#)

[Características de la dislexia](#)

[Material y métodos](#)

[Resultados y discusión](#)

[Clasificación de los casos](#)

[Diagnósticos definitivos](#)

[Diagnostico diferencial](#)

[Tratamiento](#)

[Guía diagnóstica y conducción psicológica por el pediatra](#)

[El actual y el gran problema colateral a las dislexias instituciones](#)

[La pobre capacidad en la lectura de los alumnos venezolanos en el contexto internacional](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

[Indice - Siguiente](#) ➤

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Agradecimiento

El Programa Nacional de Atención Integral de Salud para el Adolescente de Venezuela, agradece a la Sra. Beatríz de Barrera Moncada la anuencia otorgada para publicar material educativo inédito autoría del siempre presente Maestro Dr. Gabriel Barrera Moncada, y facilitarnos el ofrecer la oportunidad a los Médicos que laboran en el área de Salud del Adolescente de conocer y difundir parte de su extensa obra.

Agradecemos también el aporte fundamental del fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la apertura ofrecida por el Dr. Eugenio Brito, Director Materno Infantil. quien la autorizó como homenaje de la Dirección a su cargo para el Maestro Barrera Moncada.

Dra. Irene Sáez García

[Indice](#) - [Siguiente](#)➤

[Indice](#) - ◀ [Precedente](#) - [Siguiente](#)➤

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Presentacion

Es para la Dirección Materno Infantil un gran honor contribuir a la trascendencia de la figura del Dr. GABRIEL. BARRERA MONCADA, Médico venezolano, dedicado a la Salud Infantil durante muchos años, miembro del equipo de la División Materno Infantil del Niño, los años 1943-1945, y padre de los Estudios Psicológicos del Niño Pre-escolar y Adolescente venezolano.

Revisar la prolija actividad del Dr. BARRERA MONCADA en el campo de la Pediatría y Puericultura, nos coloca ante un personaje con perspectiva universal de esta ciencia, pues al lado de considerar los aspectos clínicos curativos propios de la edad infantil, enfoca elementos sanitarios, psicológicos, fisiológicos, administrativos y sociales de la niñez.

En su vasta obra, el niño y adolescente venezolano son estudiados con el esmero riguroso del exigente científico que permiten aportar al país los primeros patrones

23/10/2011

Contents

del Crecimiento y Desarrollo Infantil, pero también con alta contenido de sensibilidad humanística por su gran identificación con los estratos poblacionales más necesitados.

Además contribuye al acervo científico y cultural venezolano mediante la participación en múltiples concursos medicas con premios alcanzados, Jornadas y Congresos Nacionales e Internacionales, como ponente y finalmente como escritor literario, fotógrafo y pintor, rubrica su condición de artista.

Pasar por la vida y dejar una gran huella visible de esa presencia vital como persona, esposo, padre de familia, docente, maestro, investigador, artista y humanista, al parecer fue el norte que el Maestro Barrera Moncada trazó desde el mismo momento al dar el primer paso que inició esa huella, como símbolo para perdurar por los tiempos de los tiempos en la memoria de la Sociedad Venezolana.

Dr. Eugenio Brito M.
Director Materno Infantil

"No solo valen las verdades inéditas, sino los matices infinitos que pueden ofrecernos los que se conocen".

"...el libro, por humilde que sea, recoge lo que se ha visto en el espontáneo y vasto espectáculo de la naturaleza y en el pequeño mundo que crea la experimentación, guarda siempre un hilillo de vida que los años de inacción entre el polvo de los estantes... no llegan a extinguir".

Gregorio Marañón
A nuestro inolvidable Gabriel.
Beatriz de Barrera Moncada e hijos.

Gabriel Barrera Moncada

Nace en San Cristóbal, Estado Táchira, el 25 de Septiembre de 1915.

Padres: Gabriel Barrera Díaz y Herminia Moncada de Barrera Díaz.

Esposa: Beatriz Rodríguez de Barrera.

Hijos: Sol Beatríz y Gabriel.

Reside en Caracas.

Actividades de pre-grado universitario:

Externo en el Hospital "Los Andes" de Mérida (1936). Externo por Concurso de

23/10/2011

Contents

Oposición en el Hospital Vargas (1937). Interno por Concurso de Oposición del Hospital Vargas (1938). Practicante del Dispensario Venereológico de Calla (1937-1938). Practicante en el Instituto de Puericultura (1938). Residente del Hospital "J. M. de Los Ríos" (1938-1939).

GRADUACION:

Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela el 11 de Octubre de 1939.

ESTUDIOS DE POST-GRADO:

Higiene Materno Infantil. Harvard School of Public Health, Harvard University. Boston (1945). Desarrollo Psicológico del niño. Clinic of Child Development. Prof. Arnod Gesell. Yale University (1946). Pediatría Social, Institute International de l'Enfance, París (1950). Crecimiento y Desarrollo Infanto-Juvenil. "The Merrill-Palmer School". Detroit (junio-julio,1955). Psicopediatría, Neuro-Psychiatrie Institute. Universidad de California. Los Angeles (1966). Medical Care of the Adolescent. The Adolescent's Unit. Harvard Medical School. Boston (1967). "Planificación del aprendizaje" dictado por profesores de la Escuela de Educación de la U. C. V. Escuela

de Medicina "Luis Razetti". Caracas 1979.

LABOR PROFESIONAL:

Fundador- Director del Hospital de Niños "Maximiliano Iturbe", Coro. Estado Falcón (1939-1941). Médico Puericultor en la Unidad Sanitaria de Ciudad Bolívar (1941 - 1942). Médico Jefe de la Unidad Sanitaria de Barquisimelo (1943). Fundador del Colegio de Médicos del Estado Lara (1943). Médico Adjunto de la División Materno Infantil del Ministerio de S. A. S. (1943-1945). Médico Puericultor de la Unidad Sanitaria de Caracas (1946-1977). (Jubilado) Pediatra de Consulta en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales desde su fundación (1944) hasta el año de 1976. (Jubilado). Médico Pediatra del Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos" (1944-1957). Fundador y participante activo del "Servicio de Psico-Pediatria" en el Hospital Universitario de Caracas (1967-1984). Fundador del Servicio de "Atención Primaria del Adolescente" del Hospital Universitario de Caracas (1989) (Ad honorem).

EJERCICIO PRIVADO:

Pediatria y Puericultura (1940-1966) Psico-pediatrica y Medicina del Adolescente desde 1967 hasta la actualidad.

CARGOS AD-HONOREM:

Médico asesor y miembro del Comité Científico de AVEPANE (Asociación Venezolana de Padres de Niños Excepcionales). (1964-1988). Vicepresidente del Consejo Ejecutivo Central de la misma institución desde 1982 hasta la actualidad.

LABOR DOCENTE:

Profesor de Educación Artística en el Liceo "Cecilia Acosta" en Coro (1940- 1941). Docente ad-honorem en la Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Universidad Central de Venezuela en 1946. Continuó trabajando en la misma Cátedra en forma regular de acuerdo al escalafón siguiente: Instructor por Concurso (1947), Jefe de la Clínica (1953), Profesor Asociado (1962), Profesor Titular (1963) jefe de la Cátedra "B" por Concurso del mismo Departamento (1976 hasta 1983) (Jubilado). Después ha continuado hasta la actualidad dictando ad-honorem los Cursos de Psico-Pediatría en los Cursos de Post-grado de Pediatría, del mismo Departamento.

En la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades, U.C.V. Profesor a tiempo convencional en Psicología evolutiva y en el Seminario sobre "Problemas psicopatológicos del niño" (1960-1976). Profesor en los siguientes cursos: "Seminario

Nacional de Nutrición", Cali, Colombia. 1969. Organizado por el Instituto Interamericano del Niño. "Curso de Perfeccionamiento de Jueces de Menores", organizado por el Instituto Interamericano del Niño. Caracas 1971. Director-Profesor del I Curso en Venezuela sobre "El Adolescente y sus problemas médico-psico-sociales", Maracaibo, 1971. (S.V.P.P.) Profesor en la Cátedra de Psicología Evolutiva. Escuela de Psicología, Universidad Católica "Andres Bello" (1973 y 1974). Profesor en el "Curso Regional Latinoamericano sobre Planificación y Programación de Actividades de Juventud".1978. Programa de las Naciones Unidas.

TRABAJOS CIENTIFICOS PUBLICADOS:

Transfusión de Sangre en Clínica Infantil. Monografía. Tesis Doctoral. Editorial ABC. Caracas 1939. Experiencia en un Hospital de Niños en el interior de la República. II Congreso Venezolano del Niño. Memorias, 1941. Eritrodermia descamativa de Leiner, Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. VI:27, 1944. Primera Encuesta Sanitaria de la ciudad de Barquisimeto Memorias Primera Confe, de Médicos Jefes de Unidades Sanitarias. 1943. Control de Enfermedades transmisibles. Revi. Uní. Sanita. Vol VII: 11943. Mortalidad Infantil en Venezuela. Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. VI: 20, 1944. Mortalidad Infantil en Ciudad Bolívar. Revi. Uní. Sanita. Vol. VIII: lo, 11944. Principios Administrativos para un Servicio Matemo-Infantil. Arch. Vene. de Pue y

Pedí. Vol. VII:24, 1945.

Esquema práctico para el tratamiento y control de Sífilis Congénita. Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. VII:29, 1946. Los Servicios Médicos en los Centros Educativos del Pre-Escolar. Co-relato Venezolano al IX Congreso Panamericano del Niño. Caracas, 1948. Síndrome de Carencia. Co-relato Venezolano al IX Congreso de Pana. del Niño. Caracas 1948. Tratamiento enzimático de algunas parasitosis intestinales. Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. XVI: 49. 1953. Involución y cierre de la Fontanela en el lactante venezolano. II Jornadas Nacionales Pedí. Vol. II: 959. 1955. El Problema de la re-hospitalización. II Jornadas nacionales Pedí. Vol. II: 941. 1955. Alteraciones esqueléticas y de la maduración asea en el síndrome pluricarenal. IV Congreso Pana. y Sur Americano de Pedí. Caracas 1960. Desarrollo del niño venezolano. Estudio Longitudinal (Primeros tres años de edad). Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. XXII: 131. 1958. Incremento de la Psicología en las instituciones de protección materno - infantil. Cuaderno de Psico. Vol. 1:29, 1958. Las variables normativas del desarrollo psicológico. Revi. Sani. y Asís. Soci. Vol. XXX:13. 1965. El concepto bio-psico-social o humanístico de la pediatría. Acta Médica Vene. Vol. XII: 268. 1965. Test Bender-Gestalt en niños menores de 10 años. Estudio longitudinal. Conven, para el Avance para la Ciencia. 1961. Experiencia con nuevos métodos de evaluación del crecimiento. Archi. Vene. de Pue y Pedí. Vol. XXVI. N° 90. 1963. Alteraciones del

desarrollo mental en la endocrinopatía del niño. Estudio longitudinal en 70 casos. (1963-1969). Archi,

Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXIV, N°150. 1971. Diagnóstico precoz del retardo mental. Estudio prospectivo. Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXV: 47. 1972. Dificultades escolares del adolescente. Archi. Dominicanos de Pedí.. Vol 9:42.1973. Evaluación practica del desarrollo psicológico Adaptación al niño venezolano de la Escala de Denver, Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXVI: 87.1973. Desarrollo psico-intelectual del nido prematuro. Peso de nacimiento medio de 1.464 grs. Estudio retrospectivo, Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XLIV. N° 1 y 2:17-51. **1981.Desarrollo mental de niños con Infección Chagásica crónica. Archi. Ve. Pedí. Vol. 50 (3-4): 106. 1987.**

CO-AUTOR EN TRABAJOS DE INVESTIGACION PUBLICADOS:

Síndromes policarenciales en la infancia. Estudio de 110 casos. I Joma. Naci. de Pedí. Vol. IV. tip. Grafolit. 1943. Tratamiento emocional del niño hospitalizado. II Jorn. Nacio. de Pedí. Vol. II 1955. Kwashiorkor in Venezuela. VIII International Congress of Pediatrics. Summary. Copenhagen. 1956. Eritroblastosis fetal y exanguinotransfusión. Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol.XXII: 405.1959. Tubolopatías en el niño. Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXII: 77-79. 1960. Nuevo método gráfico

de apreciación del crecimiento. VI Joma. Nacionales de Pediatría. Resúmenes. Mérida, 1961. Disgenesia gonadal (Síndrome de Turner). Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXVI. 86,1963. Bocio familiar no endémico. Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXVI: 86. 1963. Higiene Mental Infanto-Juvenil. Ponencia V.II Congreso Nacional de Pediatría. Monografía publicada por el M. S. A. S.1964. Lipodistrofia generalizada. Archi. Vene. de Pue. y Pedí. Vol. XXXIX: 47. 1966.

LIBROS CIENTIFICOS:

"La Edad Pre-Escolar". "Aparecen los resultados de la aplicación por primera vez en Venezuela de tests mentales (Método de Gesell) a niños de edad pro-escolar y también por primera vez las mediciones somatométricas y de constantes fisiológicas". Ricardo Archila. Diccionario Biográfico de Médicos Venezolanos. Vol. II Letra B. Caracas 1985. la. Edición. Imprenta Nacional.1954. La Edad Pre-escolar. Comprensión Bio-Psico-Social y educativa. 3a. Edición Salvat Editores 1984. Neuro-Psiquismo del Neonato Venezolano. Edil. Grafos, Caracas 1964. Desarrollo Psicológico del Niño Venezolano (0-6) años. Estudio Longitudinal, tipificación para Venezuela de las Escalas de Gesell. Editora Venegráfica, C.A. Caracas 1967. Estudios sobre alteraciones del crecimiento y del desarrollo psicológico del Síndrome Pluricarencial. Seguimiento en Somatometría, maduración ósea (con la colaboración

de la Dra Idel Pyle de Westen. Reserve University) y desarrollo psicológico. Editorial Grafos. 1963. Crecimiento y desarrollo psicológico del niño venezolano. Talleres Tip. Miguel A. García e hijo. la Edición. 1981. Igual título: 2da. Edición. 1984.

PSICOPEDIATRIA: problemas psicológicos del niño en la práctica diaria. Prólogo de los Profs. Julius B. Richmond M.D., John D. MacArthur, Profesor of Health Policy and Management. Director, División of Health Policy Research and Education. Harvard University, Boston, y George Tarjan M.D. Professor of Psychiatry. University of California. Los Angeles. Salvat Editores. S.A. Barcelona, España.1987.

CO-AUTOR DE LIBROS CIENTIFICOS:

UNICEF, Selección de temas presentados a la Conferencia Latinoamericana sobre la Infancia y Juventud. Capitulo: El niño menor de 6 años en Latinoamérica. Talleres de Edimex, México. D. F. 1966. Tratado de pediatría, 2 Vols. Director Profesor Julio Menighello. Capitulo: Desnutrición Proteicocalórica del lactante mayor y del pro-escolar. la. Edición. Enter - Médica. Edil. Buenos Aires, 1972. Igual título en la 2a Edición. 1977. Tratado de Pediatría. J. Menighello, E. Fanta, J. Macaya y H. Soriano. 3a Edición. Capítulos: El examen psicológico en la práctica pediátrica y El adolescente como paciente pediátrico. Publi. Técnicas Mediterraneo. Santiago, Chile. 1985. El adolescente y sus problemas en la práctica. Monte Avila Editores.

Caracas, 1987. El adolescente y sus problemas en la práctica. 2a Edición. Monte Avila Editores. Caracas 1987. AVEPANE. I Jorn. Internacionales sobre retardo mental. Ponencia. Ontogenia del niño latinoamericano. Factores del desarrollo mental. Lit. y Tip. La Bodoniana. Caracas. 1978. Retardo Mental. Un volumen. Editado por AVEPANE. Capitulo: Actualidad y Práctica de los aspectos psicosociales perinatales. Imprenta Universitaria U.C.V. Caracas. 1985. Compendio de Puericultura y Pediatría. Enrique Pérez Guanipa (coordinador). Capitulo: Puericultura del Adolescente. Imprenta de la U.C.V. Caracas 1988.

PELICULAS CIENTIFICAS:

"Desarrollo mental del niño. Metodica de Gesell" 16 mm. en colores con comentarios. 1.500 pies. II Jornada. Nacio. de Pedí. Valencia, 1954. Psicodiagnóstico en primera y segunda infancia. III Jornadas Nacionales de Pediatría. Maracaibo, 1956. Exanguinotransfusión. Congreso Panamericano y Suramericano de Pediatría. Curacas, 1960. Neuro-psiquismo del recién nacido, 450 pies, en colores y comentarios. VI Jornadas Nacionales de Pedí. Mérida, 1961. El psiquismo en la desnutrición severa (Kwashiorkor). 16 mm. 550 pies, en colores y comentarios. Congresos Panamericanos de Pediatría. 1960, exhibida también en las siguientes instituciones: Academia Nacional de Medicina (1964), Departamento de Pediatría de

23/10/2011

Contents

la Universidad de San Carlos, Lima (1965), Hospital "Roberto del Río", Santiago, Chile (1965), Departamento de Pediatría de la Universidad de Río de Janeiro (1965). Con locución en inglés en el Pediatrics Department. Universidad de California, L. A., y en el "Children's Hospital", Southern California University, Los Angeles (1966). "Children's Hospital" Harvard University, y en el Massachusetts Institute of Technology (Nutrition Department), Boston 1967.

PREMIOS EN CONCURSOS CIENTIFICOS:

Primer premio en el Concurso Nacional de Pediatría patrocinado por Nestlé y conferido por un jurado nombrado por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Trabajo: "La edad pro-escolar: primeras investigaciones bio-psico-sociales en Venezuela". Diploma, 1951 "Premio Vargas". Bi-anual Oficial (de acuerdo al Artículo 19 de la Ley Orgánica correspondiente) de la Academia Nacional de Medicina. Trabajo: "La desnutrición como problema del desarrollo del niño venezolano" Medalla de Oro y diploma 1962. Premio Nacional de Pediatra "Pastor Oropeza" conferido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Trabajo: "Neuro-Psiquismo del Neonato Venezolano". Medalla de Oro y Diploma. 1964. Primer premio en el Concurso "Mery Beracasa" entre los trabajos científicos que concurren a las I Jornadas Nacionales de AVEPANE. Trabajo: "Diagnóstico precoz

del retardo mental. Estudio longitudinal". Diploma 1969. Tercer premio entre los trabajos que concurren a las XX Jornadas Nacionales de Pediatría. Trabajo: "Desarrollo psico intelectual del recién nacido prematuro. Primeras investigaciones en Venezuela". Diploma 1980. Premio bi-anual en el Concurso sobre Higiene Mental "Dr. Alberto Mateo Alonson. Trabajo: Psicopediatría: "Problemas psicológicos del niño en la práctica diaria". Conferido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Medalla de oro y Diploma. 1986.

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS:

Unicamente se mencionan cuando ha asistido como ponente:

Nacionales:

Il Congreso Nacional de Pediatría. Ponencia V. Primer Congreso Venezolano de Medicina Interna. Ponencia 2. 1974. V Congreso Venezolano de Salud Pública. Ponencia Salud Materno-infantil y Bienestar Familiar. (La Salud del adolescente). Caracas, 1976.

Internacionales:

Congresos Panamericanos de Pediatría. Ponencia: "El adolescente: problemas psicosociales" Bogotá, 1970. World Child Welfare Congress: "Parents and preschool child", Bruselas, 1958. "Symposium on Brain Research and Human Development". UNESCO, Paris, 1968. Conferencia sobre la Infancia y la Juventud en el Desarrollo Nacional. Ponencia: "Estudio bio-psico-social del pro-escolar latinoamericano". UNICEF, Santiago, Chile, 1965. Congresos Panamericanos de Pediatría. Ponencias: "Diagnóstico precoz de los trastornos neuro-psicológicos" y "Escolaridad en el Adolescente", Caracas, 1987.

DISTINCIONES Y HONORES:

Mención de Honor al Premio Anual sobre Actividades Científicas. Federación Médica Venezolana, 1956. Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, 1964. Miembro Honorario del Colegio de Psicólogos de Venezuela, 1962. Médico Honorario a perpetuidad del Hospital de Niños "I. M. de los Ríos", 1962. Presidente de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (1965-1967). Miembro Honorario del VII Congreso Nacional de Ciencias Médicas, 1967. Las XXI Jornadas Nacionales de Pediatría llevaron su nombre. Con este motivo: Placa de reconocimiento de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, San Cristóbal, 1981. Placa de reconocimiento como Padrino de la Promoción de Post-

Grado en Pediatría 1980-1982. Hospital Universitario. Placa de reconocimiento como Padrino de la Promoción del Curso de Post-Grado en Pediatría del Hospital Universitario 1982-1984. Placa - Homenaje de todo el personal Docente y de Investigación del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas, 1985. Asesor Honorario de la Asociación Nacional para el Pre-escolar (Organización Mondiale Pour L'Education Précolaire). 1982.

CONDECORACIONES:

Orden "Andrés Bello" en Primera Clase y Banda de Honor. 1982. Orden "Francisco de Miranda" en Primera Clase, 1985. Honor al Mérito en el Trabajo, 1987.

ACTIVIDADES CULTURALES:

Primer Premio en el Concurso Literario "Gaceta Universitaria". Trabajo: "Importancia de la Universidad de Los Andes en el desenvolvimiento cultural de Venezuela". Diploma. Publicado en "Gaceta Universitaria", abril de 1936. Mérida (diploma). Accesit en el Salón de Arte Fotográfico, Colegio de Médicos del Distrito Federal. Diploma. 1961. Primer Premio en el Salón de Arte Fotográfico del Colegio de Médicos del Dto. Federal. Diploma. 1962. Primer Premio en el Salón de Arte Pictórico de las

23/10/2011

Contents

XX Jornadas Nacionales de Pediatría. Puerto La Cruz, 1980. Diploma. "El Arte Pictórico y la Pediatría en Venezuela", Monografía. Congresos Panamericanos de Pediatría. 1987.

Desde hace muchos años ha venido estructurando una exigente colección privada de pintura de los principales autores venezolanos de este siglo y también de artistas extranjeros (Impresionistas y post-impresionistas) representados todos en el Musco Jeu de Paume (hoy Museo Dorsay) o en el de Arte Moderno. París.

SOCIEDADES CIENTIFICAS A LAS CUALES PERTENECE:

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Miembro de las siguientes Sociedades de Pediatría: Colombia, Cuba, Chile y Argentina y de la American Academy of Pediatrics, U. S. A.

ACTUALIZACION HASTA 31 - 12 - 1992.

PUBLICACIONES:

"50 años de acción de la Primera Cátedra Regular de Pediatría en Venezuela". Monografía. Talleres Gráficos M. A. García e hijo. Caracas, 1990.

Como Co-Autor:

Tratado de Pediatría. Pro F. J. Meneghello y Cols. 4a. Edición. Edt. Mediterránea. Santiago. 1991.

Volúmen I. Capitulo: "La Evaluación Psicológica sucinta por el pediatra".

Volúmen II. Capítulo: "El Pediatra en la atención del adolescente".

ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR:

Invitado especial a los Congresos IX Latinoamericano y XVII Panamericano de Pediatría. La Asunción (Paraguay). Octubre de 1991.

Participación y desarrollo de los temas:

"Características morfológicas y psicológicas del adolescente" y "Atención del adolescente en la práctica pediátrica".

Conferencia: "La disminución psico-social del niño". Cátedra de Pediatría del Prof. Germán Falke. Universidad de Buenos Aires. Noviembre de 1991.

HONORES:

23/10/2011

Contents

Elegido Miembro Correspondiente Nacional de la Academia de Medicina del Táchira. Sept. 17 de 1991. Trabajo de incorporación: "El recién nacido y sus nuevas capacidades neuropsíquicas". Noviembre 14 de 1991. (Diploma).

Colocación de la Placa con su nombre en el Servicio de Psicopediatría del Hospital Universitario de Caracas, develada el 9 de Junio de 1992.

Electo Presidente Honorario del Capitulo "Medicina del Adolescente" de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Marzo de 1992.

Nombrado "Invitado de Honor" por la Academia Nacional de Medicina. Octubre 13, de 1992.

ACTIVIDADES CULTURALES

Conferencia: "**La ciudad Universitaria y sus obras de arte**". Leída en la Academia Nacional de Medicina y publicada en la Gaceta Médica de Caracas. N° 3, agosto-septiembre de 1991.

Conferencia: "**Del impresionismo al abstraccionismo**" Hospital Universitario de Caracas.

Conferencia: "**Escultura contemporánea**". Academia nacional de Medicina. Junio de 1993.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES:

Fundador y Director del Servicio de Atención al Adolescente del Hospital Universitatrio de Caracas. 1989.

El Maestro Barrera Moncada permanece activo en actividades docentes y profesionales hasta el día de su fallecimiento, que ocurre repentinamente, en Caracas, el día 4 de Marzo de 1994.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Capítulo N° 1: La adolescencia: concepto y problemática general

[Bibliografía](#)

EL CONCEPTO DE LA ADOLESCENCIA EN EL MUNDO ACTUAL

Aunque así es definida tradicionalmente, la adolescencia no puede explicarse tan sólo como una faceta cronológica comprendida entre los 10 y 20 años de edad, puesto que tal encuadre apenas da una idea vaga y hasta esconde el verdadero significado de esta etapa fundamental en el desarrollo del ser humano y, sobre todo, involucra desatención del polifacetismo de sus propias características, y del papel y proyección que tal etapa tiene en la sociedad mundial actual, tan trascendente como para constituir el gran desafío universal a los adultos de nuestros días.

No quiere decir lo anterior que el hecho fenomenológico de la adolescencia sea

diferente al presentado a través de toda la historia de la humanidad, pero lo que pasa con la adolescencia de hoy es que en ella sobresalen ciertos rasgos y se hacen aparentes y hasta turbulentos algunos de sus aspectos, como consecuencia de los grandes cambios sociológicos y culturales de la actualidad.

Antropológicamente, la adolescencia es un periodo vital muy determinado, en cuanto a duración y otras características, por las diversas culturas y sociedades: pero como proceso continuo del transcurrir humano, nada falta en este periodo que no contenga el hombre mismo en su línea ascendente del desarrollo, pero con algunos rasgos muy resultantes y muy típicos como para hacer una definición pormenorizada de esta etapa, que será útil y necesaria en todo lo relacionado con su atención y cuidado.

Por tanto, se podrá dar una definición biológica, como una etapa de hipertrofia orgánica y funcional; o también, psicológica, como una época de fisonomía conductual dependiente de expansiones tensionales endógenas y exógenas; o bien, una definición sociológica como el periodo de vida del individuo durante el cual la sociedad donde se desenvuelve deja de considerarlo como niño, porque con su madurez alcanzará la función de adulto en plenitud.

En una visión más amplia, y en el mundo presente de "culturas prósperas" o de "subculturas deficientes", de "países desarrollados" o de "en vías de desarrollo", la adolescencia tiene un significado más profundo, pues involucra la realización del paso de una determinada "unidad generacional" entre dos ámbitos sociales de muy distinta contextura: el del núcleo familiar protegido, cerrado, pequeño y en mucho afectivo, y el de la sociedad total, abierto en mucho desequilibrio y hasta amenazador y enigmático. El fenómeno juvenil de hoy no puede entenderse sin tomar en cuenta la estructura sociocultural total en donde el adolescente se desenvuelve; sus tensiones emergen del choque entre los ajustes complicados, y a veces dolorosos para adecuar la autonomía de la personalidad a los ámbitos saturados de tecnología, de cientificismo, de angustia competitiva, de decadencia de valores espirituales y morales o bien a las estructuras deficitarias, frustrantes, en donde el joven casi nada recibe; estructuras quizá incomprensibles para él, que lo inducen a tomar una posición violenta y negativa, con múltiples expresiones desconcertantes para las comunidades.

Pero desde el punto de vista práctico y del profesional que tiene tareas de cuidado y atención de sujetos que atraviesan tal etapa, debe implantarse una definición de aplicación corriente y enfoque integral, diciendo que *es el período del desarrollo del ser humano durante el cual se realizan una serie de cambios o de integraciones bio-*

psico-sociales suficientes y necesarios como para que el niño se transforme y asuma el papel del adulto integrado a la sociedad; esto es, que él niño se haga hombre y la niña se vuelva mujer.

Diversas ciencias se han ocupado del estudio de la adolescencia: la Efebología, en lo concerniente a la adolescencia de los varones; la Hebelogía (de Hebe = la diosa griega de la juventud), en lo referente a la adolescencia femenina; y últimamente ha aparecido un neologismo aceptado por la Academia de la Lengua Española que es la Nianiscología (del vocablo griego neanisco = el que tiene un nuevo aliento), o ciencia que tiene por fin el estudio integral de la adolescencia. Es más adecuado porque, en verdad, lo que caracteriza a la adolescencia es una nueva manera de sentir y ver la vida, "una nueva cenestesia", como un autor ha dicho, en respuestas a los grandes cambios y estímulos percibidos en esta época. La palabra adolescencia (del latín adolescere = crecer) poco encuadra a la comprensión total de esta etapa humana, pues no sólo el crecimiento físico la tipifica.

Los cambios que suceden durante la adolescencia son parecidos y hasta tipificables para el grupo en general, pero tendrán infinitas variaciones y diversas expresiones en cada individuo, de acuerdo a como se entrelacen con su núcleo primigenio los diversos factores socio-culturales que le circunden, de tal manera que desde ya

podrían establecerse dos premisas generales de gran aplicación práctica:

1. No hay dos adolescentes iguales, *sino personas adolescentes, cada una diferente* en la manera de reaccionar y de adaptarse a sus individuales transformaciones, con múltiples expresiones, tanto orgánicas como psicológicas y sociales, y simultáneamente, diversidad de formas de alcanzar su próxima meta de adulto; y
2. Lo esencial de cada adolescente es culminar el objetivo del desarrollo humano y dar término a la posesión de una integridad individual, como para que actúe en función positiva para la sociedad en donde radica. El médico y cualquier otro profesional que tenga oportunidad de conducir adolescentes podrá contribuir en mucho a la realización de este objetivo.

Bibliografía

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA: simposio sobre "Problemas de la adolescencia en Colombia". Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, tomo XXVII, números 2,3y4, 1973.

GALLAGHER, J. R.: Medical Care of the adolescent, second edition, Appleton-Céntury

Crafts, New York, 1966,489 pp.

HAMMER, S. L.: "El cuidado pediátrico de los pacientes en la adolescencia", Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, tomo XXVII, N° 6, 1972.

"Medicina de AdolescClínicasentes", Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Vol. 1, 1980, Interamericana, México, 1980.

MEIKS, L. T. GREEN, M. Editores: "Symposium on adolescence", Pedía Clinics of N. Ame, Vol. 7, N° 1, 1960.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL: Anuario de epidemiología y estadística vital, tomo I, II, y III. Caracas 1977 y 1978.

PEDRAZA, H. y CAMACHO GAMBA, J.: "Encuesta sobre la introducción del estudio del adolescente dentro de los programas de educación media en 7 universidades colombianas", Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura. Tømo XXVIII, N° 2. 1973

RAYMOND, M., MASSE, N. y MANCIAUX, M.: Pediatrie Sociale, Flammarion Medicine Sciences. Paris, 1972, 699 pp.

23/10/2011

Contents

"SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE" Newsletter, años 1968 a 1972, Los Angeles, California.

UNICEF. La infancia y la juventud en el desarrollo nacional en Latinoamérica, publicado por UNICEF, Gráfica Panamericana, México, 1966.149 pp.

WILLIAMS, M.: "A clinic for adolescents: Survey of 750 Patients", Medical J. of Australia, August 15, 1959.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N° 2: Caracterización psico-social del adolescente

[Problematica actual en la practica medica](#)

[Una definicion psico-social del adolescente](#)

[Curva psico-evolutiva dinamica](#)

[Caracterizacion psicologica y problematica actual](#)

[Bibliografía](#)

Problematica actual en la practica medica

Es difícil relucir originalidad y ofrecer algo muy sustantivo sobre un tema del que se ha hablado mucho y del que, a su vez, folia demasiado por conocer y estudiar, puesto que casi toda la bibliografía, tan abundante en los últimos años, se refiere a investigaciones predominantemente empíricas, emanadas de "testigos" adultos que se concentran desde el exterior sobre planteamientos psicológicos descriptivos en cuanto a la caracterización del adolescente, pero que no han penetrado en las comprobaciones rigurosas de las vivencias legítimas del adolescente, de su sentir y de las interpretaciones que éste mismo puede tener durante su crisis evolutiva.

Una definicion psico-social del adolescente

En términos culturales, y como punto de partida, se debe establecer una definición psico-social, y sobre todo funcional, de la adolescencia, como una edad, en conexión o complementaria de otras, con cualidades, relaciones, y actividades propias; como una etapa preparatoria en el llampo cósmico o social del individuo, durante la cual, a través de procesos internos, de adecuaciones conductuales y hasta de esforzados mecanismos «homostáticos», llega a alcanzar aquellos atributos esenciales del adulto, tales como los siguientes:

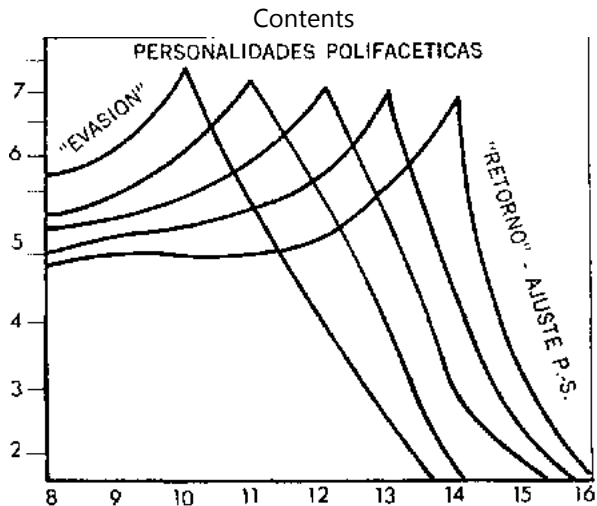
- a. Adquisición cabal de su propio conocimiento (identidad personal, cristalización del yo);
- b. Maduración integral de la sexualidad y capacidad productora;
- c. Precisión de las adecuadas relaciones entre el hombre y la sociedad
- d. Preparación para orientarse y decidir su misión dentro de la comunidad.

Se nos ha ocurrido que se podría esquematizar la curva evolutiva de la psicología del adolescente, asimilándola gráficamente a las conocidas curvas del crecimiento físico durante el brote puberal (Fig. 1) como una línea en forma de meseta, transcurriendo en el "tiempo social" de los 10 a los 20 años de edad, con una rama ascendente que representa los procesos psico-sociales que apartan violentamente al individuo de los moldes típicos de las edades precedentes (pro-escolar y escolar),

o sea una primera fase de auto-alienación, llamadas algunas veces "de evasión" o de psico-dinamismo por lo que el individuo trata de alejarse de las identificaciones y de los conceptos de la época en que era niño; en segundo lugar, una rama horizontal con diversos salientes que recuerdan las múltiples variables individuales de personalidades polifacéticas, cambiantes, inestables y sobre todo transitorias; y por último, una rama descendente, o "fase de retorno", en la que los mecanismos homeostáticos de ajuste psíquico deben llevar al adolescente al encuentro adecuado y a su incorporación útil y positiva del "hombre social" adulto.

Curva psico-evolutiva dinamica

Fig. 1.- Representación esquemática y gráfica de la evolución normal de los procesos psico-sociales de la adolescencia.



Este esquema previo conduce a las siguientes aplicaciones en la práctica:

- Todos los individuos, durante la época de su adolescencia, presentan con mayor o menor esta crisis del desarrollo, o sea que será normal que presenten

"problemas" de conducta, intensos unas veces y otras poco severos, frente a los cuales la labor del profesional se concentrará en la discriminación de su significado.

- b. Habrá una variedad infinita de modos de reaccionar de acuerdo a sus componentes endógenos y exógenos y, por tanto, cada adolescente es una personalidad prural y diferente en cuanto a su "patrón" psicológico.
- c. El perfil psicológico es completamente transitorio durante el tiempo en que la adolescencia transcurre, y dentro de ésta, es cambiante y socio-emocionalmente inestable, y los profesionales no deben caer en el error habitual de los padres, de evaluar al adolescente con la medida del adulto y, a veces, peor, con las miras y actitudes de la niñez que ya no existe. Es decir, se debe pensar inicialmente que el adolescente es una persona psico-socialmente en cambio y transformación, que dejó de ser, que no es todavía, pero que será.
- d. Los tipos de problemas y la intensidad de los mismos dependerán de la clase de personalidad que haya estructurado en las etapas precedentes (pro-escolar y escolar) tal o cual adolescente, y también de las condiciones ambientales que se hayan ofrecido durante esta etapa crítica.

Caracterización psicológica y problemática actual

El fenómeno psicológico de la adolescencia tiene diversidad de elementos expresivos e interacciones, y hasta de interpretaciones, pero de manera esquemática pueden considerarse tres grandes aspectos: 1) búsqueda de la propia identidad; 2) cambios intelectuales y emocionales; y 3) incremento de la sexualidad.

1. Búsqueda de la identidad del "yo"

El "esfuerzo por descubrir el yo", como decía Spranger, es una necesidad que ya viene de manera tenue y difusa desde la niñez; es una fuerza inmanente que induce al adolescente a estructurar su propia existencia y, lo que suele olvidarse, que también conduce a una reestructuración semejante del medio familiar y social donde se desenvuelve. Importa destacar que la identidad del yo, tiene por finalidad la creación de un sentido de unidad de la personalidad, para que los demás reconozcan al individuo como un "hecho histórico irreversible", como dice Erikson. Este concepto de reorientación de si mismo, y de la conciencia social, sin posibles regresiones, es quizás la clave para la comprensión de casi toda la problemática psicológica del adolescente.

Diversos procesos internos, conscientes e inconscientes, condicionan la búsqueda de la propia identidad, pero en cuanto a su aplicación práctica, pueden considerarse

los siguientes:

1.1. Afán introspectivo

El deslumbramiento sorpresivo ante lo que está pasando en si mismo, coincidiendo con las súbitas transformaciones biológicas del brote puberal y el sentir de nuevas fuerzas y una manera distinta del ser existencial, una nueva "cenestesia", como un autor ha dicho, trae como consecuencia un afán intenso de preguntarse y de detenerse a pensar sobre sí mismo, a examinarse sobre sus posibilidades, sobre sus nuevas sensaciones, sobre sus actitudes y como corolario, a compararse y a interrogarse con respecto a otros individuos y a otros sexos. Las expresiones de esta autoreflexión son diversos modos de conducta úpicos del adolescente, los cuales cuando son algo intensos, pueden formar parte de cualquier cuadro patológico, pero que casi siempre son motivos de preocupación de los padres o representantes del adolescente.

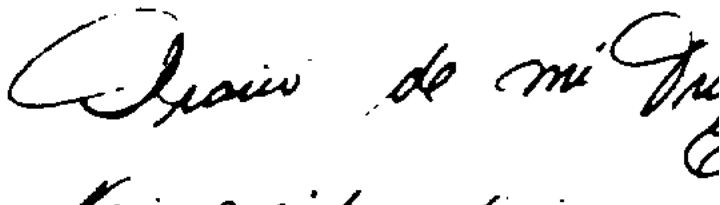
Diversos motivos de consulta no son mas que el lenguaje de este afán introspectivo y de ese deseo constante de "hacerse sentir" a toda costa por los adultos que lo rodean; tales como, por ejemplo: ensimismamiento o autorreflexión, lo cual se manifiesta por la actitud pensativa, taciturna, poco comunicativa y casi hermética

tan frecuente en el adolescente, dando la impresión de tener intensas preocupaciones o de estar obsesionado por problemas muy difíciles: "viven como alelados", "como en la luna", dicen los padres a los profesores ante esta especie de trance en que suelen caer, tratando como de aislarse del medio ambiente. Los pintores de adolescentes de todos los tiempos, hábiles en la captación de rasgos psicológicos y los autorretratos de los propios adolescentes son buen testimonio de esta típica característica (Fig. 4).

Esfuerzo por apariencia extravagante o por acciones resaltantes, que se manifiesta por uso de adornos en vestidos, exageración de modas, de cabellos o de peinados; por anhelo de locomoción, de "estar en marcha", o de "lanzarse a buscar algo". uso y abuso de vehiculos veloces y ruidosos ("el síndrome de la motocicleta"), participación en "movimientos del momento", ya en desfiles, en paradas o en desórdenes. Rechazo firme a todas las identificaciones infantiles, por medio de constante empeño de que nadie los confunda con un niño, rechazando los juegos infantiles y aún a sus antiguos compañeros, que se han que dado en el brote puberal, por considerarlos "muy infantiles", c irritación extremada frente a los adultos que se burlan de sus apariencias o de sus "expresiones" de adultos, o cada vez que no son tomados en serio. *Omnipotencia alternando con expresiones de inseguridad y miedo*, temor fácil a enfermarse o a morir alternando con alardes de

fuerza, de vigor (son frecuentes los cursos de atletismo, de kárate, de "kung-fu" o de "Charles Atlas", etc.); es un deseo de sobresalir, de imponerse, pero también, simultáneamente, un miedo a dejar de ser o a no sentir completa capacidad para llegar a ser.

Fig. 2.- Los "diarios" de los adolescentes, encontrados con sorpresa por los padres y muchas veces llevados al profesional como motivo de consulta, constituyen expresión de su ensimismamiento y magnífica fuente para conocer sus problemas socioafectivos. Por ejemplo, esta parte de una página de un "diario": " Propiedad privada. Diario de mi triste vida. Esther. Mi querido diario quiero contarte toda mi vida ya que no tengo a quien contárselo. El día que yo nací sé que todo estaba tan oscuro que mi suerte es negra... Yo creo y no es complejo que mi mamá nunca me quiso... y mi mamá cuando yo era pequeña le daba mas cariño a la mayor..."



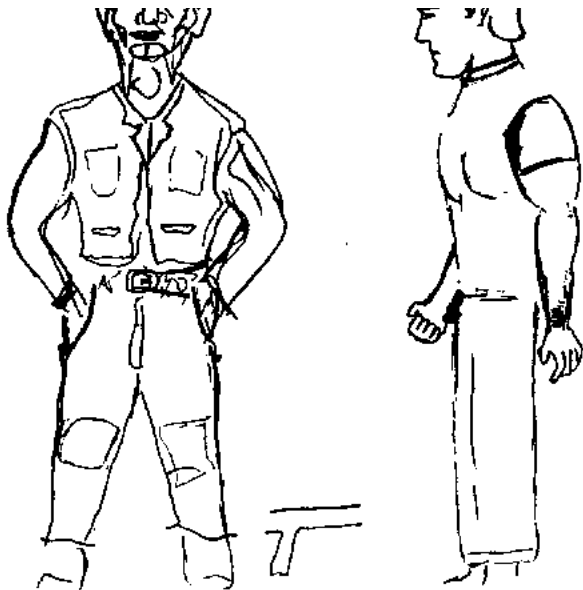
propiedad
privada

no, cuando meo que
toda mi vida y
a que me contaba
E! sea que yo usi
todo estaba tan me
susto es negra
De lo poco que me
estaba muy pequeña

yo creo q no es complej
 'manía nunca me guijo
 mucho como los de
 mamá cuando yo era
 debe más salir a

Fig. 3.- La autoconcentración y la actitud taciturna, suspicaz y pensativa, alternando con muestras de omnipotencia, tan típica de los adolescentes, se expresan muy bien en sus propios autorretratos.





1.2. Asimilación de conceptos propios

El adolescente desarrolla una capacidad crítica que sujeta a revisión todos los valores aceptados antes, casi por sumisión, durante la niñez. Basándose en su autopercepción actual y en componentes intrapsíquicos, trata de ejercitar un juicio más exigente del mundo y de hacer una nueva interpretación de su ideal y de la manera como es visto por su familia y por la sociedad en donde vive. Las manifestaciones y actitudes inconformistas, el espíritu de contradicción constante a todo lo expresado por los adultos, constituyen signos de estos nuevos conceptos.

1.3. Necesidad de nuevas identificaciones

En la época de la niñez, las identificaciones se dirigen hacia otros miembros de la familia o hacia otras personas, pero ahora, al enfrentar su nueva capacidad crítica a la estructura social que lo rodea, el adolescente tiende a implicar en su propia vida los ideales, los conceptos, las actitudes de otros individuos o de grupos de ideología «significativos» para él; trata de integrar diversas y nuevas ideotidades, respecto a vocación, formas de vida, costumbres, sexo, religión, aria, ideario social o político, que muy poco tengan que ver con las de la niñez, en una especie de identidad global.

Los jóvenes, en medio de su confusión e inestabilidad, buscan afanosamente a alguien y a algo a quien ser "fieles"; es una selección acompañada de actitudes desconcertantes, desde la devoción inestable hasta la perversidad...; fieles a "héroes" o a personas o a grupos que simbolicen o representen los valores, las metas o los ideales con los cuales ellos se sienten unidos, pueden ser practicantes del nihilismo o defensores de las corrientes perversas o costumbristas, o, al contrario, de la exactitud técnica, de la investigación, de un código de justicia «nuevo», de una reciente forma de «veracidad» artística y social.

Al adolescente le es fácil abrazar las diversas causas, no porque sean creadas por él, ni porque las sienta, sino por el mero espíritu de lucha; de aquí que fácilmente se incorpore a las causas que se oponen al régimen establecido. Algunas veces sus valores pueden concordar con la del círculo de adultos con quienes se relaciona, y en este caso es conformista; pero casi siempre rechaza las identificaciones con la sociedad de adultos y sus expresiones también pueden constituir síntomas o motivos de consultas; rechazo a los padres, a los patrones familiares ("es como una cárcel", acostumbran decir al referirse a su hogar) o sociales, y adhesión a grupos o a "pandillas" con quienes se sienten "fieles".

En su proceso de autoidentificación, el adolescente de hoy tiene diversas

dificultades, como las siguientes:

- a. En el orden mundial, existe una extremada abundancia de modelos inadecuados y hasta perjudiciales, tales los odios discriminatorios, el trasfondo dudoso de las guerras, el orgullo vano de las naciones más poderosas junto con su injusto y hasta vil tratamiento de los pueblos más débiles, la amenaza de la destrucción total y el envilecimiento moral junto con la hipertrofia de la ambición y de la prostitución del dinero dentro de todos los sistemas políticos actuales. La inversión de los valores espirituales y morales, la turbia sinceridad de los líderes y otras condiciones más no ofrecen buenas fuentes de inspiración al adolescente y, en cambio, a éste se le pide que sea el depositario y la semilla de un mundo mejor y más justo;
- b. En nuestros países latinoamericanos, estas dificultades se hacen mas intensas, puesto que los patrones familiares de predominio patriarcal se encuentran muy deteriorados, tanto por la habitual ausencia de responsabilidad y de educación como por la falta, en muchas ocasiones, de la propia realización de los padres; y, sobre todo, por las presiones que en ese deterioro ejercen las inadecuadas condiciones socio-económicas y culturales: explosión demográfica, analfabetismo, abandono, ilegitimidad, impropia condición de vivienda, de alimentación, de medios de educación de recreación, etc., cuya alta frecuencia,

en unión de los déficits espirituales y morales, constituyen un gran complejo carencial polifacético, culpable principal de las desviaciones de nuestros adolescentes. En nuestros países latinoamericanos los jóvenes se tornan delictivos o se autodestruyen por carencias materiales y frustración de ideales, y, en cambio, en los países desarrollados se suicidas por abundante material (grupo etario de consumidores prósperos) o por verse impotentes ante la capacidad de conquista de sus dirigentes palíticos. En los países desarrollados es frecuente que los adolescentes tengan oportunidades de placeres costosos o bien posiciones dentro de sus "boreaux políltcos", pero carecen de orientación, de apoyo o de comunicaciones afectuosas con sus padres o demás adultos.

- c. Por otra parte los medios de comunicación social tienen gran culpabilidad cuando preferentemente divulgan y hasta enaltecen los modelos negativos para una buena autorealización del adolescente. Es habitual que una mala publicidad (prensa, radio, televisión) explote su sensibilidad exaltando el bandolerismo, la violencia, el sexo, la atracción de dinero fácil, la glorificación del héroe barato, las fantasías sádicas o el terror; por ejemplo: es más fácil que se destaque el pirata del aire, el último secuestro, el escándalo de un artista o las extravagancias de cualquier personaje frívolo (ya que tal material "vende" más), que la labor meritoria de un historiador, de un científico, de un educador, de un conservacionista o de un obrero que se ha superado. Ni qué

decir de los trucos publicitarios comerciales en donde se rotulan de "juveniles" hasta los producidos más seniles, o de sexy a las manufacturas más neutras, pero que conmueven no sólo la cabeza de los adolescentes sino hasta la de los viejos. En una encuesta realizada hace poco tiempo por Fedecámaras, de los programas emitidos por las tres televisoras comer po por Fedecámaras, de los programas emitidos por las tres televisoras comerciales venezolanas, en semanas tomadas al azar, el 70% de los lemas se referian a asuntos completamente negativos para la juventud (riñas, homicidios, robos, estafas, atracos, lesiones, violaciones y otros delitos). En la misma encuesta se encontró mayor frecuencia de negatividad entre las películas cinematográficas.

1.4. Necesidad de independencia

Es otra consecuencia del proceso de autoafirmación y es un acontecimiento imprescindible para la conquista de la madurez social y de las demás posibilidades como hombre de su tiempo. Para la construcción de su propio mundo social, a los adolescente les estorba y hasta les repugna su medio ambiente familiar, casi siempre señalados por ellos como "un campo de concentración" o "una cárcel". Las expresiones del deseo de independencia y las acciones tomadas por los jóvenes son muchas veces motivo de consulta de los padres, los cuales pretenden continuar

erróneamente con las restricciones, la vigilancia y hasta la sobreprotección de la época de la niñez; los padres aceptan verbalmente esta necesidad de independencia, pero casi siempre la rechazan, ya inconscientemente o ya directamente, cada vez que se presenta la ocasión.

Problemática actual

Las necesidades de independencia del joven implican en gran parte que éste reemplace a la generación anterior, o sea que se resuelva el antiguo conflicto intergeneracional, entre los jóvenes deseosos de independizarse y la generación anterior tratando de cerrarles el paso, conflicto que era más suave en épocas pasadas, debido principalmente a la menor población y al paso gradual de la posición económica o del trabajo de padres a hijos; pero hoy, en nuestras sociedades, se ha hecho más intenso, debido principalmente a las siguientes circunstancias:

- a. Mayor duración del proceso educacional, en virtud de las exigencias de preparación tecnológica, cada vez mayores, frente al panorama competitivo de las próximas generaciones.
- b. Como corolario, la juventud ha expandido el pasivo económico de la

generación más vieja, ya que los gastos de sostenimiento y de educación son mayores; a su vez, los jóvenes se encuentran muy limitados económicamente, por lo menos entre las clases de pobre condición. Hay que recordar que en nuestros países latinoamericanos la educación media y superior es costeadada por los padres en un alto porcentaje.

- c. Falta de trabajo "significativo" para los adolescentes, de incentivos que de alguna manera cubran sus requerimientos, tanto de actividad productiva como de cierto apoyo económico; las transformaciones sociales presentes están haciendo difícil a los jóvenes realizarse en el trabajo. En los países desarrollados las posibilidades de trabajo arrancan casi desde el fin de la escolaridad (13 a 15 años de edad), con búsqueda de identidad y de papel social, aunque es dudoso que en algunos países exista libre elección para los empleos; en cambio, en nuestros países subdesarrollados el trabajo precoz de los muchachos (generalmente de hogares en donde falta el padre) obedece a la necesidad de hacer frente a los requerimientos vitales.
- d. incremento de situaciones de peligrosidad fuera del recinto familiar para la vida física y espiritual de los jóvenes, tales como violencia, agresiones, secuestros, pandillas o "comunidades" antisociales, movimientos políticos o pseudoreligiosos, etc., los cuales atemorizan a la vieja generación para las oportunidades de independencia

- e. Emocionalmente, la actual generación de adultos se encuentra muy insegura, pues ya no siente que su contribución laboral o intelectual es factor necesario y de autopreservación; en efecto, la automatización y otras perspectivas poco claras de la humanidad han creado tal incertidumbre; a su vez, también se muestran inseguros como padres y como continuadores de la especie, y esta inseguridad es transmitida a las nuevas generaciones. El dinamismo de la juventud se forma en la convicción de una vida futura plena, en las que todas las cosas de magnitud se traten de alcanzar, pero tal cosa será muy difícil en el tiempo presente, cuando las sociedades han dejado de ofrecer metas avasallantes.
- f. Cierta resentimiento y ambivalencia por parte de los padres, ante el deseo de los jóvenes de ponerse fuera del alcance de aquellos; así como también puede ser conflictual el recrudescimiento de la fase edípica, el cual, de acuerdo a la literatura psicoanalítica, es de frecuente aparición durante la adolescencia, pero quizás dependiendo en mucho de la estructura y del "funcionamiento" emocional que haya tenido y que tenga la familia.

2. Camblos intelectuales y emocionales

Los cambios intelectuales son relativos, ya que no involucran al potencial de

ineligencia que el adolescente traiga consigo; sin embargo, se ha descrito una "fase negativa" o de ligera depresión intelectual, propia del comienzo de la adolescencia, expresada por alejamiento, distracción inexplicable en las actividades escolares ("vive como en la luna" suelen decir sus profesores y padres), indiferencia y olvido de promesas de tareas, acompañados de cierta apatía ante los acontecimientos que son síntomas y motivo de consulta al médico.

Después de iniciada la adolescencia, el proceso de expansión intelectual se hace muy aparente, se instala con gran fuerza el juicio crítico y el interés de explicar a fondo los hechos; hay una agudización del trabajo mental subjetivo, una especie de obsesión por la verdad, una ebullición de la fantasía frente a la insatisfacción de la realidad, surgiendo una lucha interna entre la "ambición y la angustia" (como decía uno de los estudiosos de la adolescencia), que lo llevan a la negación de lo existente o a la crítica agria de lo establecido, a la rebeldía sistemática o a la revolución que puede aflorar con elementos o actitudes destructivas; pero, de otro lado, el adolescente también tiende hacia la voluntad de acertar, hacia la necesidad de situarse y de ajustarse al medio circundante, hacia un deseo sincero de crear, de vivir, y de ser útil a sí mismo y al mundo.

Este momento de expansión intelectual es la llamada "fase dialéctica" del

adolescente, caracterizada por la tendencia a la discusión, cargada a veces de violencia, a llevar a la disputa cualquier lema, aún desconocido para ξ , tratando de ser contundente y definitivo en sus conclusiones, aunque él mismo reconozca que está construido sobre bases falsas, pero que defenderá y hará valer con más rigor, si se trata de adultos hacia los cuales, en épocas anteriores, concedía autoridad, como sus padres u otras personas de valía intelectual.

El campo de la imaginación también se desarrolla extraordinariamente, como para crear tantasías fáciles, con ebullición de imágenes en torno a temas de la vida diaria, de personas o del mundo, en general. Sueños lúcidos o "soñar despierto" son modalidades propias del adolescente.

La hiperemotividad o preponderancia del sentimiento es otra novedad psicológica del adolescente, con reacciones exageradas a los estímulos, con expresiones típicas llamativas para los padres, como crisis de risa espasmódica, suspiros detonantes, inestabilidad del humor (llanto o risa fácil), abatimiento a la menor contrariedad, timidez exagerado, ruborización por las cosas del sexo, paso brusco de actitudes de ternura a las de odio exasperado.

3. Incremento de la sexualidad

La búsqueda de la identidad sexual llega al extremo durante la adolescencia. La realización en cada adolescente de su papel sexual en sí mismo y en relación con la sociedad es favorecida por las condiciones de carácter orgánico peculiares a cada sexo (plenitud fisiológica, desarrollo de caracteres sexuales) y por la necesidad de relación tierna y sentimental con otros, especialmente con los de otro sexo.

Las expresiones del incremento sexual pueden ser motivo de consulta al médico, tales como el autoerotismo (mezcla de amor y amistad en atmósfera sexual), el creciente interés afectivo hacia sensaciones especiales (olores, perfumes), las confidencias cuchicheadas, el baile o la música en todo momento, el pudor excesivo, el deseo de comunicación y hasta "las intimidades" con personas de igual o de otro sexo (hoy se nombra el "síndrome del teléfono" a las largas horas que pasan los jóvenes usando este aparato en interminables conversaciones vacías, salpicadas de sorprendentes y variados matices emocionales), el coqueteo exagerado la tendencia al flirteo y a la experimentación sexual, ya en forma de fantasía verbal o activamente consigo mismo, con personas del mismo o distinto sexo; entre estas experiencias es conocida la frecuencia de la masturbación, especialmente en los varones.

Bibliografía

BALSER, B. H.: Psicoterapia del adolescente, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1960, 238 pp.

DEBESSE, M.: Cómo estudiar a los adolescentes, Edt. Nova. Buenos Aires, 1961, 154 pp.

DEBESSE, M.: La adolescencia. Vergara Edt. Barcelona, 1956, 165 pp.

DENNEY, R. y colaboradores: La revolución de la juventud en el mundo. Edt. Paidós, Buenos Aires, 1969, 269 pp.

Dividendo Voluntario para la Comunidad: "La delincuencia de los jóvenes adultos", XXIV Asamblea Anual de Fedecámaras, Maracay, 1970.

ERIKSON, E. H. y colaboradores: La juventud en el mundo moderno, Edil. Paidós, Buenos Aires, 1969, 251 pp.

GALLAGHER, J. R. y HARRIS, H. I.: Problemas emocionales de los adolescentes, Edil. Paidós, Buenos Aires, 1966 244 pp.

GESELL, A., ILLG, F.L. y BATES AMES, L.: "El adolescente de 10 a 16 años" en Psicología Evolutiva, por A. Gesell, Edit Paidós, Buenos Aires, 1958

23/10/2011

Contents

HENDERSON, A. S. y colaboradores: "L'application de l'epidemiologie a la Psychiatrie de l'adolescent", *Confrontations Psychiatriques*, Edit. Specia, N° 7, Paris, 1971

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Anuario de Epidemiologia y Estadística Vital, años 1969, 1970 y 1971, Caracas, 1972.

NOGUERA, Carlos y ESCALONA, Esther M.: Algunas caracteriticas del adolescente caraqueño, Escuela de Psicología, U.C.V., 1979, 189 pp.

PONCE, A.: Ambición y angustia de los adolescentes, Edil. H. Matera, Buenos Aires, 1963, 339 pp.

SCHONFELD, W.A.: "La psychiatrie de l'adolescent, un defi pour taus les psychiatres", Confrontation Psychiatrique, Edit por Socie. Parisienne d'Expansion Chimique, N° 7,1971.

STATON, T. E.: Dynamics of Adolescent Adjustment, Mac Millan Co., New York, 1963, 532 pp.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Capitulo N° 3: Dificultades escolares del adolescente

[Importancia del tema](#)

[Fracaso escolar y deficit de rendimiento](#)

[Causas del fracaso o de las dificultades escolares](#)

[Inhabilidades especificas de aprendizaje](#)

[Bibliografía](#)

La escolaridad es un aspecto imponente de la historia clínica de cualquier adolescente; es un problema que no puede ignorar nadie que trate de los aspectos físicos o emocionales de la adolescencia.

GALLACHER y HARRIS

Para el adolescente, la actuación en la escuela, liceo o colegio es trascendente: constituye casi toda su motivación diaria, o su trabajo, como lo es el oficio o profesión para el adulto. Es el campo donde el adolescente siente y le preocupa su éxito o fracaso, su aceptación o su rechazo, su poder físico o espiritual, su felicidad o su desdicha; todo, dentro de la relatividad de su propia apreciación.

Importancia del tema

El profesional, ya Médico o educador, debe tener adecuado conocimiento de los factores causales y de las diversas formas de las dificultades escolares y hasta poseer un cierto método que le permita valorar la magnitud de estos problemas, a fin de hacer una orientación debida, por los siguientes motivos:

1. Por la gran frecuencia; casi puede decirse que constituyen un 25% del total de consultas del adolescente, y un 50% entre todos los problemas de tipo orgánico.
2. Porque muchas veces los fracasos escolares están condicionados o asociados a factores orgánicos. por ejemplo: enfermedades crónicas como asma, epilepsia,

diabetes, reumatismo, defecto físico, o las infecciones o alteraciones del sistema nervioso, ya ostensibles o ligeras, pueden ser la causa de retraso escolar.

3. A veces el motivo de consulta, concentrado en el fracaso escolar, puede conducir al descubrimiento de un desorden orgánico o emocional de cierta intensidad; por ejemplo: un retraso escotar puede depender de una depresión psíquica y, a su vez, ésta puede estar condicionada por un defecto físico
4. Los padres pueden dar exagerada importancia a lo que para ellos es "fracaso escolar" o "fracaso en los estudios", o "pereza", "flojera" o "torpeza mental", cuando en realidad puede et profesional establecer que no hay tal, sino una inadecuada valoración de la madurez o capacidad del alumno en relación con el excesivo pe dimento académico de "tareas" escolares, o también en relación con lo que se considera como "meta" educacional ideal, la cual, como se verá adelante, es completamente relativa y hasta arbitraria a veces, si se toma en cuenta la amplia gama de diferencias individuales y la diversidad de "ideas" de los padres y de los educadores.
5. Los padres generalmente recurren en primera línea al medico para preguntar sobre esta clase de problemas, por lo menos en lo que toca a una orientación preliminar.

Las dificultades del adolescente en sus estudios se pueden esquematizar en tres grandes grupos: a) fracaso escolar o déficit de rendimiento; b) inhabilidades específicas de aprendizaje; y e) fobia escolar u otras alteraciones socio-emocionales

Fracaso escolar y deficit de rendimiento

Concepto de "fracaso escolar"

Es muy relativo y a veces contradictorio y arbitrario, pues no hay medida absoluta, objetiva y fácil para establecer con precisión lo que se entiende por "éxito escolar" y los términos variarán considerablemente de acuerdo con las diferencias individuales, los múltiples criterios de los educadores o de los padres, o también, de la filosofía y metas del sistema educacional vigente, o sea, de lo que este sistema quiera construir o sacar del alumno que toma a su cuidado.

Generalmente, se habla de "fracaso escolar" cuando el alumno no logra dominar los programas asignados a cada grado o año escolar de acuerdo con la edad cronológica; también se habla de fracasos parciales, en una o varias materias de estudio y de retraso en uno o más años, en relacion con sus pares cronológicos. Pero si se entiende al concepto integral de la educación, podría ser mucho más

fracasado un adolescente cuando no haya logrado un buen ajuste socioemocional, a pesar de que la adquisición de conocimientos o la promoción para un grado superior haya sido sobresaliente. Es, pues, mejor hablar de diversas dificultades de la actuación escolar (aprendizaje, rendimiento parcial o total, adecuación social, emocional, creativa, artística, deportiva, etc.).

En resumen: el "fracaso escolar". antes que una demarcación o un rótulo absoluto, es una *gradación de dificultades de la escolaridad en diversos aspectos variables con cada adolescente, que* deben ser analizados y valorados por el profesional, lo más objetivamente posible, para orientar su corrección. Por ejemplo, lo que es verdadero fracaso para un adolescente puede carecer de significación para otro; lo que algunos padres podrían considerar como retraso grave o pobre rendimiento, puede ser normal en relación con una inadecuada ubicación de "grado" o de "año". etc.

El fracaso de la educación actual

Desde hace más de 50 años se vienen ensayando diversos sistemas educacionales cada vez mas "modernos", "diferenciados", "progresivos" y últimamente hasta "mecanizados", pero parece que todos ellos han fracasado en todas las naciones, pues todavía se ha logrado conseguir el desiderátum de un mundo adulto con

ajustes suficientes para el mantenimiento de una vida mejor, de una conciencia social armónica, equilibrada y profundamente humana. No es el sitio de discriminar críticas a tales sistemas, pero si acepta que un sistema educacional debe atender más a la formación integral de la personalidad que a la "enseñanza" de "materias" de acuerdo con "programas", se puede pensar desde ya que habrá diferentes cambios de "éxitos" o de "fracasos", unos más importantes que otros, de acuerdo con los diversos aspectos que se quieran evaluar en cada persona.

En relación con la educación del adolescente, muy bien queda lo anotado por Senn: "El objetivo de una sociedad no debe ser el desarrollar un sistema educacional que sea seguro en el sentido de prevenir las dificultades que ha heredado el adolescente, sino, mejor todavía, tratar de establecer las óptimas oportunidades para el propio desenvolvimiento de cada adolescente como ser humano, no sólo en el sentido de aprendizaje, sino por medio de reorganización saludable y total de su personalidad. La aplicación de una educación ideal ayudará al joven a adquirir experiencias que le provean oportunidades para explotar sus nuevos poderes y diferenciarse a través de metas maduras; de tal manera que pueda por medio de una organización socioemocional alcanzar la madurez de los años adultos, realista, creadora y lista para el bienestar social".

Causas del fracaso o de las dificultades escolares

I. Factores endogenos

1. Diferencias individuales e inmadurez

Las adquisiciones que se obtienen por el aprendizaje, lógicamente, no escapan a los grandes principios del desarrollo humano, especialmente a la de la "variabilidad normativa". Si se llevan los valores o medidas de las adquisiciones de una población estudiantil a una gráfica de frecuencia, se obtendrá la familiar "curva de campana" o de expansión binomial, en la que casi la totalidad se agrupa alrededor de una media, y otros grupos más pequeños se irán por encima o por debajo de aquella, la cual nos conduce al establecimiento de diferencias individuales de rendimiento; por ejemplo: edades o niveles de lectura, de matemática, de lenguaje, de ciencias sociales, etc.; tales niveles dependen, entre otros factores, de las diferentes edades en las cuales se establece "la listeza» o sazón de madurez específica para tal o cual adquisición.

De tal manera que ahora puede comprenderse que muchos casos intelectualmente normales, considerados por los padres o maestros como fracasos en estudios (en

algunas o en todas las asignaturas), en realidad no son tales, sino jóvenes que rinden un patrón diferente, quizás un poco inferior al de la mayoría de su grupo, pero que de todas maneras lo hace inferior conforme a su propia modalidad o capacidad, y en este caso lo importante es descubrirlo y saberlo orientar, dándole al adolescente la explicación adecuada, junto con la reafirmación de confianza en sí mismo.

2. Las dificultades de lectura y escritura

Uno de los tipos de adquisiciones que tiene más amplitud en cuanto a diferencias individuales es el de la lectura y escritura, y la dificultad en el dominio de éstas, principalmente la primera, es una de las causas más frecuentes del fracaso en los estudios del adolescente, con la desventaja de que casi siempre pasa inadvertida por éste o por sus padres, o por SUS profesores. Respecto a tales dificultades hay que tener en cuenta lo siguiente:

- a. El aprendizaje y dominio de la lectura, aun entre sujetos normales y de igual equipo intelectual, no se adquiere con igual ritmo y velocidad; hay autores como Beck, Olson y Hughes, los dos últimos del "Child Development Laboratories" de la Universidad de Michigan, que describen *diferentes patrones*

en la adquisición de la lectura, escritura, lenguaje, aritmética, ortografía, etc., entre grupos de escolares completamente normales; en materia de lectura habrá grupos con diferentes rótulos; lectores "rápidos" o "fáciles", "intermedios" y "lentos" dentro de ellas también la comprensión, retención e interpretación pueden ser variables.

- b. En la actualidad ciertos factores socioculturales, como el cine, la radio o la televisión, obstaculizan o desfavorecen la práctica de la lectura de los escolares y adolescentes.
- c. El joven que lee lentamente pierde motivación, gusto y, por tanto, cada vez leerá menos, le será más difícil y tendrá menos deseos de cumplir con los "trabajos" o "investigaciones" escolares que requieran lectura, y fácilmente fracasará, lo que lo conducirá a sentirse cada vez más frustrado y de inferioridad con respecto a sus compañeros, en un círculo vicioso cada vez más negativo para que se interese por la lectura y, por tanto, le impedirá progresar en ésta.
- d. Este último tipo de resentimiento lo conducirá a alteraciones de conducta diversas, ya con expresiones de agresividad, de hostilidad o de molestia constante, o al contrario, con actitudes de aislamiento o depresión.
- e. Parece increíble, pero tenemos por propia experiencia muchos casos de alumnos de 1º y 2º y hasta de 3er año de educación secundaria considerados

fracasados, en los cuales se comprobó con sorpresa que tal fracaso dependía casi exclusivamente de su mala capacidad para la lectura, asociada frecuentemente a dificultades en la escritura. La figura I es demostrativa de uno de estos casos.

- f. Hay que saber diferenciar a este "lector lento, o lector poco entrenado, del adolescente que ¡padece de dislexia; en este último caso como se verá más adelante, se presentaran otras características clínico-psicológicas.

3. Retardo mental

En su conducta general el adolescente con retardo mental se hace más ostensible por el recrudecimiento de las manifestaciones de desajuste social tan propias del individuo retardado y no por las dificultades de aprendizaje, ya que éstas casi siempre han sido descubiertas desde los años previos de kindergarten o escuela. Esto quiera decir que cuando el adolescente tiene fracaso escolar por déficit mental, éste es de grado moderado o muy ligero puesto que las formas severas de retardo mental ya tienen que haber dado fracasos intensos antes; o dicho de otro modo: un adolescente que para el momento de la consulta esté rindiendo más o menos en un curso o "año educacional" de acuerdo con su edad cronológica, seguramente no padece de retardo hasta que se demuestre lo contrario.

El adolescente con retardo mental poco intenso suele presentar datos cl. retraso, en su desarrollo durante las etapas precedentes, como retardo motor, del lenguaje, de la formación de hábitos y referencia de dificultades escolares o de "repetidor" de uno o más años lectivos. Entrevistando al joven de este tipo y observando la escritura y contenido de su lenguaje, las formas inflantiloides de su razonamiento y las actitudes y respuestas a diversas preguntas, junto con algún complemento exploratorio práctico de nivel mental se podrá fácilmente establecer el diagnóstico o, por lo menos, sospecharlo para hacer la referencia al especialista

Fig. 1 Ejemplo de dificultades escolares por retardo en la adquisición de la lectura y escritura Nivel de lectura 8-9 años. Edad cronológica: 14 años. Nivel mental normal. (c 1. 108)

Los combrados se perseraron en la laboroso
digestion, se habion dejado caer sobre
sillas pero estaban dormidos y meside
por los excelentes voces de los compañeros.
elegancia de uno elocuente corteza

ENRIQUE A. S.- EDAD: 14 AÑ

Es importante a veces establecer el nivel mental o cociente intelectual (C.I.) de un adolescente que ocupe la posición "normal inferior" (C.I. entre 70 a 90), puesto que en este caso no podrá seguir una carrera de finos requerimientos intelectuales, pero, de otra parte, se desenvolverá muy bien, y hay que animarlo a tal, en otras

profesiones como mecánica, industria, relaciones públicas, comercio, arte, etc.; además hay que recordar que la medida del nivel mental es muy relativa y que el aprendizaje depende también de otros factores (motivación, aptitudes, diversos potenciales intelectuales) imposibles de descubrir por los test mentales. Muchas veces un joven con C.I. en los límites interiores normales tiene éxito posterior en cierta carrera que haya escogido para su vida adulta

4. Déficits de concentración y de los mecanismos de organización intersensorial.

Como es sabido, los procesos de aprendizaje no solo requieren que el individuo posca inteligencia, sino que ponga en actividad una serie de mecanismos de carácter intelectual y neurointegrativos tales como la percepción (visual, kinestésica, táctil espacial, auditiva), la atención, concentración, retención, etc.; los cuales, a su vez, dependerán en su rendimiento del ritmo del nivel de madurez y de intensidad volitiva que vayan adquiriendo en cada individuo; y de otra parte, en mucho también dependientes de elementos emocionales endógenos o ambientales que actúen sobre el sujeto.

El comienzo de la etapa adolescente está caracterizado por un gran déficit de atención, por un descenso en el interés, por un abandono de las tareas escolares

que antes realizaba con gran cuidado, por una indiferencia y frialdad por los temas preferidos en épocas anteriores, por olvido e incumplimiento de encargos a su responsabilidad, de tal manera que son frecuentes las expresiones, tanto de los profesores como de los padres, refiriéndose al adolescente, tales como: "ahora frecuentemente vive como alelado, como en la luna", etc;; por esto un psicólogo calificaba esta época como el "cretinismo temporal" y Carlota Bühler como de "fase negativa" entre los 12 y 14 años para las muchachas y entre 14 y 16 años para los varones.

La concentración sufre también el impacto de la crisis emocional inherente a la época del adolescente, pero también suele deteriorarse por diversos motivos: falta de motivación, enfermedades orgánicas o psicosomáticas, conflictos emocionales, disminución de estímulos sensoriales, etc... En un estudio de Kerdel Vegas y Uribe Barrios se encontró que en un 40% de alumnos de 12 a 23 años de edad había déficit de concentración debido a factores emocionales y pedagógicos.

5. Enfermedades o alteraciones orgánicas

Un gran número de enfermedades o condiciones orgánicas pueden ser causa de dificultades en el rendimiento escolar, tales como las siguientes:

- a. desnutrición o hambre crónica, tan frecuente en los jóvenes pertenecientes a zonas de bajas condiciones socioeconómicas (también deben tomarse en cuenta las secuelas de desnutrición severa sufrida durante los primeros años de edad);
- b. desórdenes sensoriales; defectos de audición o de visión;
- c. desórdenes del lenguaje: disritmia, espasmo de la fonación, déficits de interpretación y discriminación auditiva;
- d. enfermedades crónicas: lesiones cerebrales, defectos físicos, asma, epilepsia, alteraciones endocrinas;
- e. otras: torpeza motriz (developmental clumsiness), disfunción cerebral mínima, alteraciones del dominio lateral.

II. Factores exogenos

1. Ambiente y relaciones intrafamiliares

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la influencia del ambiente familiar y de las condiciones socioeconómicas y culturales, así como de las relaciones intrafamiliares del joven, sobre el éxito o el fracaso educacional. Claro está que, como se dijo antes, habrá diferencias constitucionales, aun entre individuos de una

misma familia, en cuanto a capacidad de aprendizaje, pero las diversas investigaciones al respecto han puesto de manifiesto que lo que más interviene en el fracaso escolar es el inadecuado clima emocional que haya tenido y tenga el hogar y las relaciones intrafamiliares distorsionadas (entre los padres, entre padres e hijos o entre propios hijos).

Es decir, lo más importante para un buen rendimiento escolar es una serie de circunstancias de adecuación psicológica entre padres e hijos, tales como: métodos de crianza en etapas anteriores, antecedentes experienciales del hijo dentro del hogar y con SUS padres, apropiado estímulo y actitudes de los padres frente al fracaso o, en general, frente al proceso educacional. A este respecto son muy interesantes los resultados de un estudio mencionado por Wall y realizado por la "National Foundation for Educational Research", en Inglaterra, en el que se evidencia una correlación positiva de rendimiento entre los test de lenguaje, lectura y de inteligencia y el grado de interés y estímulo de los padres en grandes grupos escolares, sin que importaran las tres clases sociales en que se dividieron los alumnos en estudio.

En sus relaciones con sus padres, en el adolescente se operan bruscos cambios que pueden dar lugar a circunstancias sociemocionales que alteren el rendimiento

escolar, tales como las siguientes:

- a. A veces la carga afectiva entre los padres y el joven es transferida a otras personas, especialmente a los maestros o profesores, y entonces el adolescente trata de identificarse con uno de ellos y a toda costa trata de agradarlo o complacerlo, surgiendo como consecuencia cierta rivalidad o envidia de parte de los padres, quienes reaccionan acentuando el "regañó" constante o la represión, o bien sobrecargando de actividades extracurriculares al joven, obstaculizando los esfuerzos o "tareas" reglamentarias, y entonces este, abrumado, no podrá dar frente a tantas circunstancias.
- b. La rebeldía de un adolescente por encontrarse contrariado en su casa, frustrada en sus esfuerzos por independizarse, que tiene un padre demasiado estricto, que no solo le obstaculiza aquellos esfuerzos sino que lo critica y regaña constantemente, que trata de que el hijo ocupe una posición o que tenga un éxito educacional que él nunca pudo llegar a alcanzar, sin darle ninguna clase de aplauso. Muy seguramente este joven también se rebelará contra sus profesores y tratará de todas maneras de provocarlos o molestarlos, ya que para tal joven el colegio y los profesores simbolizan el lazo fuerte y estricto autoritario del padre.
- c. El rompimiento de la adecuada interrelación entre el adolescente y los padres,

sobre todo del muchacho con el padre, es una de las situaciones más traumatizantes del adolescente y que produce con más frecuencia fracaso educacional u otros problemas de conducta, entre otros, las fugas del hogar, la adhesión a pandillas o "militancias" de "partidos" o "patotas", y hasta de autoagresión (tendencia a los accidentes, al suicidio); expresiones como las siguientes, muy frecuentemente, las hemos oído provenientes de muchachos con esta clase de problemas: "mi papá nunca habla conmigo", "siempre está ocupado, se encierra en su habitación o en su biblioteca", "nunca lo veo". "el siempre tiene la razón", "vive para sus negocios, para su trabajo", etc. Este resentimiento, hasta cierto odio del adolescente hacia el padre, se hace más evidente cuando el muchacho presenta signos de recrudescimiento de la fase edípica y no se ha "destetado" psicológicamente de la madre.

- d. A veces la demasiada solicitud y sobreprotección de la madre, especialmente para el varón, chocan al adolescente que, por contrariar a aquella, por dar "muestras de hombre", declina toda actividad escolar, evade salir o estar acompañado de la madre, le disgusta que los demás compañeros lo vean con su madre y, por el contrario, se empeña en pasar el tiempo en actividades extrascolares con grupos de jóvenes mayores, fugas corlas fuera de la casa o fiestas. Estos jóvenes a su vez temen las responsabilidades exigidas por el papel de hombres, quieren independizarse de su madre y sienten que no pueden; en

su interés, hacen de la apatía una virtud y el hecho de no ambicionar nada o de no sentir la importancia de nada es un signo de hombría. Jaime de 16 años nos decía: "odio que mi mamá me esté esperando en la ventana cada vez que regreso a casa solo o con mis amigos, que me lleve al colegio o al cine, o que me busque cuando voy a la escuela o a la esquina cercana a mi casa; no me deja respirar"; este joven hizo un cambio de rendimiento escolar favorable, espectacular cuando fue enviado a un colegio (internado) de educación secundaria, previa aceptación por él, muy lejos de la residencia de su familia.

- e. El éxito del estudio depende de una buena inierrelación entre alumno y profesor; a veces los profesores, al enfrentarse al adolescente con su conducta tormentosa, son desafiados en sus sentimientos y madurez de adultos y responden con incomodidad, resentimiento, hostilidad y rigidez para el adolescente; casi siempre este tipo de respuesta no es otra cosa que expresión de sus propios conflictos de años anteriores que no han sido resueltos, de su propio desajuste en cuanto a independencia, a profesión no alcanzada, a su sentido de autoridad o a sus necesidades emocionales. Por tanto, no llegan a tener un equilibrio emocional y capacidad de comprensión para el joven. Frecuentemente, los profesores considerados unánimemente por un curso como "malos", "odiosos", "fu", "indeseables", etc., son de este tipo. Otras veces, hay profesores que se muestran simpáticos y tolerantes con unos

adolescentes y represivos, hostiles, nada estimulantes o irrazonables con otros.

Hay que recordar también que las necesidades de estímulo de cada persona son variables y que el adolescente es sumamente susceptible en este sentido.

Abundan directivos de colegios o profesores que asignan "tareas" o "trabajos" y que no tienen el más ligero aplauso para el joven que dio muestras de esfuerzo para realizarlos, o que los hizo buenos. Por el contrario, solamente critican amargamente y "cantaletan" los pequeños defectos.

2. Causas socioemocionales

El surgimiento de nuevos e intensos sentimientos propios de la etapa adolescente ponen a éste en desconcierto y le provocan pensamientos e ideas contusas que lo conturban y le pueden producir dificultades de concentración, déficits de racionalización, de interpretación o de memoria que le bloquean el trabajo escolar. Los padres suelen consultar porque sus hijos están permanentemente "alelados", "viven como en la luna", son "flojos", "perezosos", "viven continuamente distraídos", "no quieren hacer nada", y los regañan a fin de que trabajen con mayor empeño. Los maestros también llenen iguales expresiones.

Otras veces pueden presentarse reactivaciones de los conflictos ocurridos en las primeras etapas de su desarrollo. Por ejemplo, ciertas circunstancias como el ajuste de las viejas a las nuevas dependencias, las demandas a nuevas realidades, el dilema frente a ciertas decisiones pueden estimular una reacción de patrones que yacen ocultos desde los primeros años de edad. Terman, denominaba a la edad preescolar "primera adolescencia" y es frecuente que tal reactivación la presenten adolescentes que hayan tenido en su historia dificultades de ajustes al inicio del Kindergarten, o de la escuela y luego ahora, cuando comienza la educación secundaria; mucho más cuando lo hacen en internados o en un nuevo colegio.

En caso de muerte de un padre o hasta de un familiar o amigo íntimo, el bajo rendimiento surge como consecuencia de un gran desconsuelo, de su profundo pesar; éste puede ser exagerado por el adolescente debido al surgimiento de cierto sentido de culpa, al condenarse él mismo como causante, al pensar erróneamente que los conflictos anteriores que hayan podido surgir entre él y sus padres han hecho a éstos más susceptibles a la enfermedad o a la muerte. Al adolescente le es difícil creer que no es culpable, y que el no hubiera podido hacer algo para evitarlo; y, entonces, pueden aparecer tendencias a la penitencia, tanto en pensamiento como en acción, que interfieren en su aprendizaje y de tal manera prolongan su pesar exagerado.

Algunos adolescents se vuelven incapaces de éxito porque se sienten como presos de un destino inexorable al fracaso. Casi siempre han tenido pérdidas de gran valor efectivo en épocas anteriores, o bien amores apasionados de adolescents no correspondidos, o se obsesionan con que basta desear una cosa buena para que inexorablemente los predestine a no alcanzarla. Estos casos pueden expresarse por una profunda apatía, falta de interés, indiferencia al estudio y a toda actividad educacional y hasta recreativa.

Un síndrome neto de depresión puede ser causa de mal rendimiento escolar; por ejemplo, entre 6000 historias clínicas de escolares y adolescents, Nissen encontró más de 100 casos de síndrome depresivo, más frecuente entre los varones y caracterizado entre los adolescents por los siguientes síntomas cardinales: tristeza, sentimientos de inferioridad y de opresión, intentos de suicidio, tendencia sistemática a aislarse, a hipocondría y a llanto fácil, cefaleas frecuentes y déficits de concentración y retención

Por último, podrían agregarse aquellos casos en donde hay una limitada actividad física, como parálisis de miembros o locales, defectos ortopédicos, enfermedades congénitas o metabólicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes juvenil, etc.) que provocan bioqueo del aprendizaje debido a una profunda y constante

preocupación, y de igual manera, los sentimientos de inferioridad suscitados por las situaciones de privación sociocultural y económica.

3. Inasistencia escolar

Lo más frecuente es que ésta sea debido a enfermedad, ya u repetición o en forma crónica. La anemia, la desnutrición, las crisis asmáticas, alérgicas, amigdalares y los accedieseis son los más frecuentes. Otras veces, enfermedades ligeras transitorias son excusas del adolescente para prolongar las inasistencias. Lo que importa no es tanto la enfermedad sino la actitud de los adultos frente a la enfermedad y al interés del adolescente por su colegio; si el adolescente carece de éste o tiene problema emocional, se sentirá más enfermo y tratará de que la falsa enfermedad excuse su falta de responsabilidad; y si los padres no adoptan una actitud de firmeza ante el show o la teatralidad, junto con un "acompañamiento" cuado, surgirá el detrimento de la actuación escolar. También las fugas a repetición forman parte de los problemas de desajuste del joven con su familia.

4. Inapropiado aprovechamiento del tiempo libre

A voces los padres o el propio adolescente propician exceso de actividades

recreativas, sobre todo cuando pertenecen a círculos sociales muy "movidos", y entonces no solo se provocan las pérdidas de tiempo por cada evento, sino que el ansia por el acercamiento de éste conturban muchos días previos y las "recuelas" placenteras perturbarán muchos días posteriores. Generalmente los padres no propician la asistencia de los jóvenes a acontecimientos de tipo instructivo sino que estimulan o crean sólo actividades frívolas.

5. Factores pedagógicos

Es poco frecuente que una institución docente, ya pública o privada, defraude completamente en cuanto a la competencia de la enseñanza o del profesorado; sin embargo, puede haber excepciones. Cuando por lo menos la mitad de una clase o grado fracasa en determinada asignatura o "va mal", muy seguramente hay falla pedagógica.

También pueden ser pedagogía inapropiada aquellos casos que fracasan debido a una inadecuada ubicación de grado o de año de estudio por falla de conocimientos fundamentales para el rendimiento del grado en que han sido colocados; es frecuente encontrar estos problemas cuando los alumnos pasan del 6° de primaria al 1er año de secundaria o del 3er año al 4to año de secundaria, en que hay

diferencias considerables en contenido de materias, en formas de estudio, horarios, etc., de un grado a otro.

El factor de inmadurez de conocimientos previos para la actuación en determinado curso es frecuente encontrarlo; en este caso no hay correlación entre el grado de madurez o de preparación y la edad cronológica o el grado educacional en donde trabaja el adolescente. Esto es lo que algunos educadores llaman fracasos por "fallas o errores administrativos" en que un alumno no ha alcanzado el "equipo" suficiente para rendir en determinado curso. En todos los países son frecuentes estas fallas de preparación previa; para tener una idea de tal frecuencia sería suficiente mencionar los datos de una reciente encuesta realizada por el Ministerio de Educación de Venezuela entre 14.911 estudiantes de 6° grado de educación primaria, en los que se encontraron resultados desconsoladores en cuanto a aprendizaje o dominio de las operaciones fundamentales de la aritmética con los siguientes datos: solamente alcanzaron un dominio de aprendizaje el 52%, 45%, 41% y 36% del total, para las operaciones de suma, multiplicación, división y resta, respectivamente. Los alumnos de esta encuesta pertenecían a diferentes estratos sociales y a diversas escuelas. Por tanto, más de la mitad de los alumnos llegan a primer año de secundaria sin el dominio de las operaciones fundamentales de aritmética.

6. Factores socioeconómicos ("privación sociocultural")

Muchos estudios han demostrado los mayores déficits de rendimiento y altos índices de fracasos y deserción escolar en los alumnos de clases socioeconómicas bajas, en relación con los alumnos adquieren en el "mundo" familiar o social de deficientes estratos sociales; todo esto sumado a los déficits en los aspectos orgánicos, como desnutrición, inadecuada vivienda, etc.

III. Factores mixtos: interrelacion endogeno-exogena

Muchas combinaciones pueden reunirse entre factores diversos provocadores de fracasos; por ejemplo: adolescentes afectados por serios problemas emocionales intrafamiliares que encuentran profesores que simbolizan una rigidez e incomprensión igual a la de los padres, que no estimulan sino que son indiferentes o hasta critican sistemáticamente. La angustia provocada por los exámenes, o por miedo del adolescente a perder la aprobación o afecto de los padres o profesores, es otro ejemplo de la intervención mixta de los factores.

También puede ser frecuente la mezcla de problemas orgánicos y emocionales. La gran preocupación de una condición o anomalía física o enfermedad crónica puede

condicionar fracaso. Hemos tenido varios casos cuyo motivo principal de consulta es el déficit en el estudio, y en el fondo se ha encontrado una gran preocupación, casi obsesiva, del joven por su "problema" de crecimiento; concretamente con la angustia de quedarse con más baja estatura que los demás de su grupo, de sentirse burlado o en situación de interioridad. Casi siempre, se ha tratado de casos con brote puberal retardado, pero dentro de la amplitud normativa.

Inhabilidades específicas de aprendizaje

Muy someramente se incluyen aquí diversas condiciones cuyo diagnóstico y tratamiento son de la incumbencia del especialista, pero de cuyas características más salientes conviene tomar nota a fin de hacer la referencia adecuada, tales como la dislexia, la discalculia y el síndrome de Gerstmann.

La dislexia de evolución o inhabilidad específica para el aprendizaje de lectura, como su nombre lo indica, es una condición entre personas mentalmente normales, de componente genético, en la cual hay imposibilidad de interpretar la palabra escrita y que casi siempre va acompañada de alteraciones del lenguaje y de la escritura. Los signos más resaltantes son:

- a. datos de dificultades o retrasos del lenguaje o para la lectura entre familiares ascendientes;
- b. mayor frecuencia en varones;
- c. dificultad para la lectura y generalmente pasan varios años sin que lleguen a adquirirla, pero se diferencia del "lector lento" (slow learner de los autores de habla inglesa) en que el disléxico es incapaz de percibir el significado de la relación de los símbolos escritos, de correlacionar y sintetizar el complejo significado de las palabras; por ejemplo: hace la lectura de "sol" por los, "pata" por bata, etc. (figuras 2 y 3).
- d. asociación o dificultades presentes de lenguaje, generalmente dislalias o defectos de pronunciación;
- e. Alteraciones del dominio lateral (discriminación incierta, zurdería, ambidextrismo, discordancia de predominio visual-manual);
- f. desórdenes de percepción visual, manual, kinestésica, auditiva y de precisión motriz y también de la función gestáltica viso-motora, con las consiguientes dificultades de la producción gráfica.
- g. alteración emocional asociada: ansiedad, sentimientos de culpa temen o rehusan leer por miedo a ser burlados, aspereza de carácter, frecuencia de bravatas fáciles, agresividad con sujetos menores de su edad, erratismo, rudeza con sus padres; y

- h. alteraciones o disgrafía en la escritura: ésta es muy confusa, demasiado irregular; o bien cometen los mismos errores de interpretación simbólica que asumen en la lectura. (fig. 3).

Fig. 2.-Ejemplo típico de errores de escritora (cambios de letras principalmente de un joven afectado de dislexia

A lo mucho tiempo fue a lo
un muchacho campesino pero
que le decía quieres ver lo
quieres ver como tan grues
como gusan los valles es
y como e vista la historia
parajes.

DIEGO B. - Edad: 13 años 6º gr

Fig. 3.- Tanto esta como la figura 35 pertenecen a casos de dislexia de evolución, con alteraciones serias de la escritura, en adolescentes intelectualmente Condales.

el sol es una estrella
 como que los humanos de me.
 da oña para des cubrirlo. el
 estrella mas proxima a
 ellas toda en...



La discalculia está caracterizada por trasposición de números, dificultades de diferenciar los términos del producto, dificultad para la retención de las tablas de suma y multiplicación, también para recordar los símbolos de las operaciones y para colocar las cifras correctamente.

Es sumamente raro el **síndrome de Gerstmann**, el cual consiste en desorientación derecha-izquierda, agnosia digital, disgrafía y discalculia, pero puede ser motivo de fracaso escolar.

Fobia Escolar

La fobia escolar es poco frecuente y está caracterizada por la resistencia del joven a asistir al instituto educacional sin motivo real; tal resistencia trata de ser justificada por el adolescente aduciendo diversas causas falsas como "odio a un profesor",

"odio al ambiente", "miedo a que le castiguen", "se la tienen dedicada"; o bien trata de no asistir por los motivos más insignificantes como un falso dolor o queja: "me siento mal", "me siento mareado", etc.. Otras veces adoptan "expresiones" somáticas o psicósomáticas de repetición como: cefaleas, vómitos, náuseas, dolores regionales inexplicables, diarreas frecuentes, crisis de asma, "erupciones", "prurito", etc., casi siempre coincidiendo con los momentos o días en que tienen que asistir al colegio y dejando de existir tales quejas en los días libres o en épocas de vacaciones.

El "miedo de ir al colegio" es propiamente miedo del joven de separarse de su casa, o más específicamente de separarse de sus padres (generalmente de la madre), de tal manera que la fobia escolar es un síndrome de ansiedad, es una intensa necesidad por parte de madre e hijo o hija de reunirse físicamente, ya que la madre muchas veces coopera para que el joven debido al mínimo "motivo" deje de asistir al colegio. También casi siempre se encuentra en los antecedentes una relación sobreprotectora de cualquiera de los padres.

En la adolescencia, la fobia es poco frecuente, casi siempre va asociada a alteraciones psicopatológicas severas y hasta algunos autores la consideran como un síntoma prodrómico de una esquizofrenia; por tanto, cuando se sospeche, debe ser referida al especialista (psiquiatría, clínica de higiene mental o cualquier otra

institución adecuada).

Bibliografía

BRUECKENER, L. J. y BOND, G. L: Diagnóstico y tratamiento de las dificultades en el aprendizaje. Ediciones Rialp, S. A., Madrid, 1941, 509 pp.

CANNON, I. P. y COMPOTON, C.: "Disfunción escolar en el adolescente". Clinic. Pedí, N. Ame., Vol. 1:81.1980

Dirección de Planeamiento del Ministerio de Educación: "Revelan técnicos de educación mayoría de alumnos de 6° grado no saben bien las cuatro operaciones", por E. Pérez Peñuela, El Universal, febrero 11, 1971.

GALLAGHER, J. R. and HARRIS, H. I.: Emotional Problems of the Adolescents, 2nd Edit Oxford University Press Inc., New York, 1964, 210 pp.

GARRAD, S. D.: "Mental Retardation in Adolescente", Pedi Clin. of N. Ame., Vol. 7, N° 1, 1960

KERDEL, V., O y URIBE B....., C. L.: Algunas consideraciones sobre la concentración en el adolescente, 1971. (por publicarse).

KINSBOURNE, M.: "School Problems", Pediatrics, Vol. 52 N° 5. November, 1973.

Ministerio de Educación de Venezuela: Análisis estadístico, Dirección de Planeamiento, 1970, 96 pp.

NISSEN, G.: "La depresión en el escolar", Sandorama, N° 6, 1974.

SENN, M J. E "Some Learning Problems in Adolescente", Pedi. Clin. of N. Ame.7: 115124. February, 1960.

SHAYWITZ, E. S. y SHAYWITZ, M. A. "Diagnosis and manegement of attention déficit disorder" (ADD), Pedí. Cli. N. Ame. Vol. 31, N° 2: 429. 1984.

SHIRLEY, H. F.: Pediatric Psichiairy, Harvard University Press, Cambridge, 1963. Pedi, N. Ame. Vol 1: 81 1980, 196 pp.

WALL, W. D., SCHONELL, F. J. y OLSON, W. C.: El fracaso escolar. Edil. Paidós, Buenos Aires, 1970, 326 pp.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N° 4: Procedimiento practico de evaluacion de un problema escolar

[Bibliografía](#)

Examen físico

Además de las especificaciones propias del examen físico de todo adolescente ya detalladas en otro capítulo, es conveniente revisar los siguientes aspectos:

1. Estado de crecimiento y madurez funcional.
2. Defectos físicos o enfermedad crónica.
3. Funcionamiento sucinto de visión (Escala de Sneller) y de audición con pruebas sencillas y rápidas.
4. Búsqueda de "signos blandos" en la exploración neurológicas.

Evaluación mental breve

Algunos datos de sus antecedentes como los de retardo en las adquisiciones psicoevolutivas de la primera edad, pueden ser orientadas para pensar en un retardo mental leve. (Es muy difícil que un alumno llegue a 4° o 5° grado con un retardo mental de cierta consideración). Algunas preguntas fundamentales pueden obviar esta duda; como las siguientes: ¿A qué edad dió los primeros pasos?, ¿a qué edad expresó sus primeras palabras?, ¿a que edad fue a primer grado?, ¿este jóven ha repetido grados escolares?.

10 años

1. Dime dos razones o motivos por los cuales un alumno no debe hacer ruido en la clase

2. Dime dos motivos por las cuales a los adultos les gusta más tener automóvil que bicicleta

11 años

1. Qué entiendes por reposar o por obediencia?
2. Dime: ¿En que se parecen estas palabras: Culebra - vaca - pájaro?

12 años

1. Dime ¿qué tiene de disparate o de loco la siguiente frase? "En un antiguo cementerio se ha encontrado una calavera pequeña que se cree que es la de Cristóbal Colón cuando era niño"
2. Dime ¿qué entiendes por "valeutía" o por "caridad"?

13 años

1. Fíjate bien: ¿qué entiendes por la palabra "constancia" o por la palabra "valentía"?
2. Dime: ¿qué diferencia existe entre las palabras "pobreza" y "miseria" o entre "pereza" y "ociosidad"?

Evaluación de conocimientos escolares elementales

Algunos informes de educadores latinoamericanos y de acuerdo a una detenida investigación del autor, próxima a publicarse, se ha demostrado que alrededor del 60 al 70 % del bajo rendimiento escolar en mayores de 10 años de edad depende de una insuficiente preparación académica para poder actuar adecuadamente en el grado escolar al que cada alumno asiste; déficit de preparación o de insuficiente aprendizaje casi específicamente lectura, manejo de números y escritura. Por esto propiciamos que frente a todo caso de pobre rendimiento escolar se hagan las pruebas rápidas (de un minuto de duración cada una) de lectura y escritura expuestas a continuación.

Prueba rápida de lectura

1. Disponer de un texto hecho con letras de tamaño corriente y mucho más práctica tener a la mano (fotocopia) del texto que se transcribe al final (éste está construido con palabras sencillas a base de letras que tienen el mismo tamaño al que se usa en los libros de las materias para 4°, 5°, 6° y 7° grado escolar de educación básica). Al final de cada renglón de este texto se señala el número de palabras leídas.

2. Invitar al joven a que lea el texto en voz alia, previamente fijarse en el reloj (con demarcación de segundos), para tomar el tiempo de lectura durante un minuto.
3. Anotar o retener hasta cual palabra del mencionado texto llegó el alumno al término de un minuto.
4. Conocer el número de palabras (leídas usando las cifras de la columna de la extrema derecha del texto. Por ejemplo: si el alumno leyó hasta "tres metros de largo"; "largo" es la última, lo que quiere decir que leyó 92 palabras o sea 87 que contiene el anterior renglón, más 5 palabras del renglón siguiente.

Valoración: Llevar el número de palabras leídas al baremo anotado en la gráfica del final ya dicha. Así: de acuerdo al ejemplo anterior de 92 palabras en un minuto, correspondería un nivel de lectura de 10 años. Si este nivel es de 1 año o más interior a la edad cronológica del sujeto, muy seguramente la causa principal (a no ser que se encuentren otras de mayor peso), del bajo rendimiento, es la falla en lectura. Es lógico pensar que los déficits en lectura van irremediabilmente a provocar falla en el aprendizaje de todas las materias curriculares.

Prueba rápida de escritura

1. Suministrar lápiz y papel; de preferencia sin rayas. (puede usarse del récipe del medico)
2. Usar reloj con segundero y dictarle al sujeto las frases que se presentan en la gráfica ya dicha; este dictado debe suspenderse al término de un minuto.
3. Conocer el número de letras que el sujeto ha escrito durante un minuto. Esto es fácil haciendo uso de la gráfica ya mencionada en donde en la sección "Dicado para la prueba de escritura", el número de letras escritas esta señalado por los números o cifras colocados entre paréntesis; por ejemplo: si el sujeto ha escrito hasta "rodeado de", quiere decir que ha escrito 82 letras en un minuto.
4. Valoración: el número de letras escritas en un minuto, llevarlo al baremo guía expuesto en la gráfica. De acuerdo al ejemplo anterior, el número de letras 82, equivaldría a un nivel de lectura de 12 años. Si el nivel de lectura es de un año o más, inferior a la edad cronológica del sujeto, se considera como déficit en lectura de cierta consideración. Nuestra experiencia nos ha enseñado que los déficits en escritura son poco frecuentes, si se compara con el gran volúmen y la importancia que tienen las fallas de lectura.

Otras pruebas simples: rápidamente se le pone al joven (en un récipe), cantidades de 2, 3, 4, 5 o más para que las lea, y ver entonces hasta donde es capaz de llegar a leerla correctamente y sin dudas. También, de acuerdo a la edad, se puede poner al

sujeto, una resta o una división por dos o más cifras.

PRUEBAS RAPIDAS DE LECTURA Y ESCRITURA (Duración: 1 minuto cada prueba)

TEXTO PARA LEER*	N° de Palabras
Los miembros de la Sociedad Venezolana de Actividades Submarinas que realizaron la parte principal de la expedición de rescate de piezas del navío "San Pedro Alcántara", buque insignia de la armada de don Pablo Morillo,	35
hundido junto a la isla de Coche hace ciento cincuenta años, fueron frustrados	48
por motivos de que en ese sitio las aguas son muy turbias y tienen una	63
profundidad de veinte y dos metros. Pero como premio a su esfuerzo,	75
encontraron en un sitio cercano denominado los "Bajos de Cuspe" un cañón	87
de tres metros de largo y dos anclas que pesaron dos toneladas, pertenecientes	100

a un buque posiblemente más viejo que el "San Pedro Alcántara". La isla de	114
Coche tiene una superficie de sesenta kilómetros cuadrados y se encuentra	125
situada entre la isla de Margarita y las costas de Venezuela frente a una parte	140
que tiene la forma como de una lengua de tierra dirigida hacia el mar, la cual se	157
llama Península de Araya. En esta península se encuentran unas minas de sal	170
común o sea la substancia que se emplea en las comidas diarias	182

(*) Para sujetos menores de 9 años de edad, usar un texto de letras un poco más grande.

DICTADO PARA LA PRUEBA DE ESCRITURA

ERA UNA VEZ UN HOMBRECITO VESTIDO DE BLANCO QUE TENIA UN PERRO (51) ()**

MUY BONITO (60) CERCA DE UN LAGO (73) RODEADO DE HERMOSOS (90) ARBOLES CUYAS AGUAS (107) ERAN TAN (114) TRANQUILAS QUE (127) PARECÍA UN (136) INMENSO ESPEJO (149) EN DONDE SE REFLEJABA (167) TODO EL PAISAJE (180).

() Los números entre paréntesis indican el número de letras.**

BAREMOS GUIAS PARA VALORAR LOS RESULTADOS

LECTURA		ESCRITURA	
Números de PALABRAS leídas en un minuto	Niveles de lectura en años de edad	Número de LETRAS en un minuto	Niveles de escritura años de edad
45 a 59	7 1/2-8	30 a 40	7 1/2-8
60 a 70	8 1/2	41 a 46	8 1/2
71 a 80	9	47 a 54	9
81 a 100	10	55 a 64	10
101 a 116	11	65 a 75	11
117 a 30	12	76 a 86	12

131 a 1 40	13	87 a 98	13
141 a 154	14	99 a 115	14
155 o más	15 y más	116 o más	15 y más

Valoración general e integración

Haciendo la integración de todos los detalles antes dichos, se puede llegar a una conclusión de muy cercana seguridad, la cual puede ser de dos tipos:

Dificultades menores, las cuales constituyen alrededor del 80 a 90 % de frecuencia, tales como las siguientes:

- 1. Falsas dificultades: por errores de interpretación de los padres por demasiada exigencia, la que también puede suscitarse de parte de los profesores.**
- 2. Déficits de conocimientos: suficientes para actuar en el grado escolar que cursa el alumno. Este es el problema más frecuentemente encontrado; y entre ellos, la falla en lectura o en adiestramiento en manejo de números es lo que prevalece. Por ejemplo: un joven que curse 7° u 8° año de educación básica, que alcance un nivel de lectura de 3° o 4° grado escolar elemental, de ninguna**

manera puede tener un buen rendimiento.

- 3. Formas leves o sospechosas de retardo mental.**
- 4. Enfermedades orgánicas crónicas: como hipotiroidismo juvenil, desnutrición, asma pertinaz, incapacidades físicas, epilepsia, etc. También algunas psicósomáticas, como: disfunción cerebral mínima, hiperquinesia, déficit de atención, etc.**
- 5. Inadecuadas actitudes o condiciones del ambiente; como: atmósfera familiar turbulenta o de incomprensión para el adolescente, mala disposición del tiempo libre (actualmente los adolescentes abusan en el número de horas para la T V, y esto implica folia de tiempo para leer o para cumplir con las tareas educativas), exceso de actividades extraescolares (simultáneamente gimnasia, aprendizaje de música, ballet y otras manualidades), maestros rígidos que no estimulan los esfuerzos del alumno, inasistencia frecuente por la menor causa o bien, exceso de actividades sociales.**
- 6. Desajustes soeioemocionales leves de tipo reactivo; tales como gran angustia por turbulencia del hogar, apatía por el estudio, rebeldía sisimática, hostilidad hacia el plantel, rasgos depresivos, etc.**

Actuación práctica del médico

Las dificultades menores que son tan frecuentes pueden y deben ser tratadas por el pediatra o aún por el medico general con cierta preparación al respecto; de acuerdo a los hallazgos encontrados de la manera siguiente:

- 1. Si hay déficit de conocimientos para actuar en el grado al que asiste el alumno, éste debe recibir refuerzo pedagógico en las asignaturas en que tal cosa oeuara. En la práctica y en lugares donde no se disponga de técnicos especializados (que en mayor parte de los casos tampoco se necesitan), nos ha dado buen resultado, recomendar a los padres que un maestro o profesor vecino (para comodidad), le suministre al alumno clases especiales fuera de las horas escolares ordinarias (puede ser una hora, dos o tres veces por semana), en las asignaturas en las que el alumno falla. Cuando hay falla de lectura, este procedimiento es imprescindible.**
- 2. Si el alumno está ubicado en un grado escolar superior para su edad o para su grado de madurez académica, se debe explicar a los padres que es más ventajoso, repetir un año escolar, que fracasar en los años venideros.**
- 3. En casos de enfermedades crónicas se hará el tratamiento adecuado. Insistiendo con los padres que siempre el adolescente debe recibir un gran estímulo psicológico de parte del ambiente familiar.**
- 4. Si se sospecha retardo mental, aún de tipo leve, se debe hacer una información**

adecuada a los padres a fin de que adopten actitudes de comprensión frente a las limitaciones del joven y se procederá a hacer las referencias a instituciones especializadas.

- 5. Para los desajustes socioemocionales se procederá de acuerdo con las instrucciones dadas en el capítulo correspondiente de este libro.**
- 6. Las dificultades mayores son poco frecuentes (dificultades intensas de aprendizaje en jóvenes intelectualmente normales, cuadros psiquiátricos tales como: ansiedad intensa, síndrome depresivo franco, anorexia nerviosa, fobia escolar), y deben ser remitirlas a servicios especializados o a profesionales específico como: psiquiatras de adolescentes, psicopedagogos, terapeutas del lenguaje, etc.**

Bibliografía

Academia Americana de Pediatría. Apreciación de salud del escolar. Editado por Mead Johnson. 1978.

Barrera Moncada G. Dificultades escolares. Archi Domini Pedía 1983; 9:42.

Canon 1. P. y Comton C. Disfunción escolar en el adolescente. Cli Pedía North Am

1984. 31, 2: 317

Shaywitz S. E. y Shaywitz A. Diagnosis and Pedía North Am. 1984 31, 2,429.

Tamopol L. y Tarnopol M. Comparative reading and learning dificuties. Lexington Books. Lexington 1981.

Walt W. D. y Cols. Fracaso escolar Editorial Paidos, Buenos Aires, 1980.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Capitulo N°5: Estandarizacion de tests rapidos de lectura y escritura para uso en el consultorio de

adolescentes

[Los Test: concepto, limitaciones y características.](#)

[Los déficits de lectura como problema educacional y social venezolano](#)

[Necesidad de un test de lacto-escritura para el Consultorio de adolescentes y objetivo del presente trabajo](#)

[Estructura de los test rápidos de lectura y escritura.](#)

[Aplicación de los Tests](#)

[Valoración](#)

[La estandarización de los tests](#)

[Discusión](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

[Apéndice](#)

Los Test: concepto, limitaciones y características.

Muchas definiciones se han dado de lo que es en psicología una prueba o un test (vocablo de la lengua inglesa muy generalizado); entre todas ellas, la que nos parece mas conceptual, certera y lacónica es la de René Zarzo¹, la cual dice: "un test es una prueba estrictamente definida en sus condiciones de aplicación y su modo de calificación, que permite situar a un sujeto con referencia a una población bien definida ella misma (biológica o psicosocialmente)".

La gran aplicación de los tests o del método de los tesis se encuentra en el ejercicio de la psicología clínica; ésta se refiere al modo de investigación dirigido al conocimiento científico del individuo a través de normas polidimensionales, de datos o de signos individuales que permitan establecer un estado psicológico normal o mórbido. La psicología clínica sigue una metodología similar a la medicina clínica; o sea, la acumulación, interpretación y análisis de las múltiples contingencias ocurridas a cada individuo desde antes de la Concepción hasta el momento en que se aborda en función del establecimiento de un diagnóstico normal o patológico.

Desde ya se puede estudiar que un test o los tests no son llaves mágicas e infalibles para descubrir toda la complejidad y relatividad del funcionamiento psicológico; esta creencia ha conducido a las controversias respecto a su utilidad; pero cuando

se niega el valor o utilidad de un test, este carece de objetividad y de las características que deben tener los tests bien contruidos y bien aplicados e interpretados y sobre todo, porque se ignoran las limitaciones de cada test, puesto que este es apenas un instrumento auxiliar dentro del enfoque total de un individuo.

En relación al presente trabajo, cabe recordar que cada test debe tener por lo menos las siguientes características: ² y ³ ser de interés o atractivo para el sujeto, objetivo, son equívocos (ejecutado de la misma manera para todos los sujetos), rápido, unívoco (de significación precisa), repetible, inédito (desconocido para el sujeto), Constante, sencillo y que no mida más de una variable. Desde ahora, creemos que en nuestro objetivo en cuanto a la estructuración de un test, se ha tratado de llenar las cualidades antes dichas.

Los déficits de lectura como problema educacional y social venezolano

En nuestro país, todavía son preocupantes los índices de analfabetismo; de acuerdo a un informe del Ministerio de la Familia⁴. para 1989, la nación contaba con una tasa de 9.5% de analfabetas (1.900,000 adultos que no saben leer) y un 14%

(2.800.000 venezolanos) de analfabetas funcionales, o sea, sujetos que pueden "leer" pero son incapaces de ejercer trabajos que requieran la lectura; pero los deficits de lectura se constituyen en mayor problema, cuando se conoce su alta frecuencia entre la población estudiantil. Desde hace varios años, tanto los docentes como los padres, se vienen quejando de mala calidad de la lectura de los alumnos venezolanos. Hoy cobra gran vigencia la declaración hecha, hace más de diez años, por el Dr. Arturo Uslar Pietri⁵, cuando decía: "se ha señalado muchas veces que nuestra educación se está convirtiendo en una educación que no enseña ni a leer ni a escribir".

Las precarias condiciones en el desempeño de la lectura de los alumnos venezolanos ha quedado altamente demostrada en una reciente y rigurosa investigación propiciada por el Instituto Internacional para la Evaluación del Rendimiento Académico (IEA), con sede en La Haya. Tal investigación consistió en la aplicación de una prueba sobre la comprensión de la lectura a 210.059 alumnos; de éstos, 93.093 de 10 años de edad y 110.020 de 14 años, pertenecientes a 32 países de varios continentes; los resultados han sido publicados en un reciente libro (1992) por W.V. Elley (coordinador)⁶, y entre ellos se destaca lo siguiente: en la prueba aplicada a los de 14 años de edad, los alumnos venezolanos quedaron en el 29 lugar, seguidos

de Nigeria, Zimbabwe y Bostwana, y en la aplicada a los alumnos de 10 años, nuestro país quedó en último lugar, precedido de Indonesia. En esta investigación, la parte correspondiente a Venezuela, estuvo a cargo de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador y cuyo ejecutante y coordinador ha sido el Prof. Armando Morales⁷.

Desde el punto de vista educacional, es obvia la trascendente importancia del dominio en lacto-escritura, ya que éste es casi el principal medio para el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje; y desde el punto de vista social, no es menos vital la fluidez en lectura y escritura ya que cada día se hace más imprescindible para cada persona como recurso en la obtención de posiciones dentro del mercado del trabajo (comercio, agro-industria, administración, tecnología, ciencia, &.)

Necesidad de un test de lacto-escritura para el Consultorio de adolescentes y objetivo del presente trabajo

De acuerdo a lo dicho anteriormente, no es sorprendente deducir el hecho, de que uno de los factores más determinantes en el bajo rendimiento escolar sea debido a las fallas en el dominio de lacto-escritura, especialmente, de la lectura. En un

trabajo nuestro presentado a las XXX Jornadas Nacionales de Pediatría⁸, en donde se estudiaron 104 adolescentes consultantes por bajo rendimiento escolar quienes fueron estudiados tanto desde el punto de vista orgánico como psicosocial, se encontró que el 69,2% presentaron como factor causal único, el déficit, especialmente en lectura.

El objetivo del presente trabajo consiste en tratar de llenar la necesidad que tiene el médico de adolescente de contar con un test o con un instrumento psicotécnico práctico y rápido que le permita evaluar de manera al menos muy aproximada o de tamizaje, el nivel que el adolescente alcanza en cuanto a estas dos áreas de lectura y escritura; o sea, que le permita determinar si el grado de destreza en tales áreas, es suficiente o no para que pueda desenvolverse adecuadamente en el nivel académico dentro del cual actúa.

Estructura de los test rápidos de lectura y escritura.

Dadas las anteriores premisas, desde hace más de cinco años venimos trabajando en la elaboración y estandarización de un test de lectura y escritura que responda al objetivo antes dicho.

Los test aquí propuestos fueron precedidos de prueba piloto en pequeños grupos escolares realizándose algunos ajustes o modificaciones; por ejemplo: en la decisión de si se tomaba el tiempo de la prueba uno o dos minutos, se comprobó que un minuto era casi igual en rendimiento a la mitad o al promedio de dos minutos.

El test rápido de lectura esta constituido por una hoja que contiene un texto narrativo modificado y ampliado de otro similar al de una prueba de lectura desarrollada hace muchos años por el Profesor Francisco del Olmo⁹, texto expuesto en letras de tamaño similar al usado en los libros o textos para los alumnos mayores de 10 años de edad.

Al final de cada renglón de dicho texto se coloca el número de palabras que van sumándose a fin de hacer muy rápido el conteo del total de palabras leídas en un minuto. Esta hoja también contiene unas frases que tienen buena hilación para ser dictadas al sujeto durante la prueba de escritura; estas frases se encuentran interceptadas por números entre paréntesis que indican el número de letras que ha escrito el sujeto.

También se anexa una hoja aparte la cual contiene una serie de 12 preguntas relativas a lo descrito en el texto, las cuales deben ser hechas de inmediato a su

lectura. (ver hoja Apéndice)

Aplicación de los Tests

En la aplicación del test de lectura se pueden optar dos modalidades:

- 1. La forma muy rápida; en cuyo caso, se entrega al sujeto el texto antes dicho y se le dice: "me vas a hacer el favor de leer en voz alta este texto, ni muy rápido ni muy despacio, y yo te diré el momento en que te vas a detener". Se controla el reloj y el examinador debe anotar o fijarse hasta que palabra llegó el sujeto al término del primer minuto.**
- 2. En la forma más detenida (tomará de 3 1/2 a 4 minutos) se procede de igual manera a la descrita aulas, pero diciendo al sujeto que debe leer todo el texto; se controla el reloj y de todas maneras se anota o se retiene la palabra hasta la cual leyó al termino de un minuto; mientras que está realizando la lectura a lo largo de todo el texto se toma nota de los errores que se escapan al sujeto, tales como: confusiones, adiciones, omisiones, trasposiciones, inversiones de lecturas, de sílabas o de palabras. Cualquier número de repeticiones de letras, o de sílabas se toma como un error, solamente. Al término de la lectura se procede a hacer las preguntas en la forma indicada en el Apéndice 1. y se toma**

nota del número de respuestas o de retenciones correctas del sujeto.

Para la aplicación del test de escritura, se le dá al sujeto papel y lápiz (también puede ser el papel del récipe y el bolígrafo del médico) y se dice: "vas a escribir las siguientes frases que te voy a dictar". Se controla el reloj y se le ordena detenerse en el momento en que se cumpla un minuto de escritura.

Valoración

Para la prueba muy rápida de lectura, se procede así: 1) se determina el número de palabras leídas en un minuto, lo cual es muy fácil y rápido, haciendo uso de los números situados al fin de cada renglón; y 2) la cifra obtenida se lleva al baremo respectivo (Tabla 1), en donde se puede determinar el grado escolar o nivel de lectura que el sujeto ha alcanzado, comparando el número de palabras leídas en un minuto con la cifra media del baremo. Si el nivel de lectura (número de palabras leídas) se coloca en un grado por debajo del grado escolar al cual está asistiendo el alumno, se considera como sospecha de que la lectura está interfiriendo en el bajo rendimiento académico; esto se puede corroborar si se agregan o no otros elementos influyentes. De otra parte, si el grado de lectura del sujeto se dispone a dos grados o más por debajo del grado escolar al cual está asistiendo el alumno, se

considera como bastante significativo en el rendimiento escolar, especialmente si no se encuentra otro factor causante. Siempre hay que tener presente que el juzgamiento de cada caso consultante por bajo rendimiento escolar, debe hacerse en función de todos los posibles parámetros ya orgánicos o psicosociales que puedan estar involucrados.

En la prueba de lectura detenida, se procede en igual forma a la descrita antes para determinar el nivel escolar. Pero en este caso, se toma también en cuenta el número de errores y el número de retenciones correctas del sujeto, talos cifras se llevan a los baremos correspondientes que contienen las cifras medias para tales variables expuestas en las tablas 2 y 3. El juzgamiento del alumno se hace mucho más confiable cuando se toma en cuenta, además de la destreza número de palabras en un minuto) también, el índice de errores y de retención. Si los errores sobrepasan los límites de una desviación estandard de más de la cifra media para cada grado, hay que pensar en un posible caso de dislexia del desarrollo, cuestión que debe ser dilucidada por un profesional capacitado (psicólogo, psicopediatra o psicopedagogo, especialista).

La valoración de la prueba de escritura se hace contando el número de letras escritas en un minuto de dictado; lo cual es muy fácil y rápido haciendo uso de los

números colocados entre paréntesis de las frases colocadas en la hoja ya descrita. Para establecer el nivel de escritura, se lleva el número de letras rendido por el sujeto al baremo respectivo (Tabla 4).

La estandarización de los tests

La estandarización de los tests antes descritos se realizó aplicando en forma individual los tests ya dichos y utilizando una hoja mimeografiada previamente estructurada, contentiva de espacios para anotar los siguientes datos: nombre del alumno, edad, nombre del Colegio, grado escolar cursante, nota con la cual fue promovido en el año anterior, número de palabras por minuto, número de errores y de retenciones y también un amplio espacio para que el sujeto escriba al dictado las frases estipuladas.

Para la computación de los datos y para el tratamiento estadístico de la muestra, se eliminaron las hojas contentivas de los datos de alumnos en los que la prueba de lectura había tenido un rendimiento de 25 puntos o palabras leídas menos del correspondiente a la media establecida en el baremo piloto previo.

La muestra estuvo constituida por 660 alumnos, asistentes a Institutos nacionales o

privados discriminados de la siguiente manera:

Institutos	Grados	Número de alumnos
Colegio El Angel	4°	92
Colegio El Angel	5°	84
Colegios El Angel y Aula Nueva	6°	112
Colegios El Angel y Aula Nueva	7°	89
Colegios El Angel y Aula Nueva	8°	72
Liceo Andrés Bello	7°	116
Liceo Andrés Bello.	8°	95
Total		660

Discusión

La tabla 1 contiene las cifras medias y la desviación estandard del número de palabras leídas en un minuto de lectura del grupo de alumnos de cada uno de los

grados 4°, 5°, 6°, 7°, y 8°. Se puede observar que tales cifras medias van creciendo correlativamente a los grados escolares.

En las tablas 2 y 3 estan expuestas las cifras medias y la desviación estandard para los errores y retenciones respectivamente del texto leído. Se puede ver cómo el número de errores va disminuyendo correlativamente al progreso de *los* grados escolares; y a la inversa, el número de retenciones va en aumento en relación directa al ascenso en grados escolares.

No se puede establecer diferencia estadísticamente significativa del rendimiento en lectura entre los alumnos de colegios privados y los del Liceo Andrés Bello, el cual, como se sabe, es un instituto público. No obstante, las medias de las variables de lectura de los alumnos del Liceo Andrés Bello estuvieron moderadamente por debajo de las medias correspondientes a las de los Colegios privados.

En La Tabla 5 se exponen las correlaciones entre el rendimiento en lectura y las calificaciones de promoción de los alumnos para el año anterior al de la prueba; estadísticamente se comprobó una correlación positiva si la calificación anterior era igual o mayor a diez y siete puntos y a la inversa, si la calificación anterior había sido igual o inferior a diez y seis puntos. Este hallazgo refuerza el planteamiento que

habitualmente se hace de que un buen rendimiento escolar va asociado a una buena capacidad o dominio en la lectura. La comprobación antes dicha se observó en todos los grados escolares pertenecientes a colegios públicos y privados, a excepción de los alumnos del 8° grado de colegios privados, en los cuales falló el establecimiento matemático; pero no obstante, la media aritmética en lectura fue superior para los alumnos promovidos con notas iguales o superiores a diez y siete puntos.

Resumen

Diversos estudios han demostrado que alrededor del 70% de los adolescentes que consultan por bajo rendimiento escolar sólo se encuentra un gran déficit en lecto-escritura, lo cual conduce también a un bajo rendimiento en las materias curriculares. Por tanto, se hace necesario que el médico cuente con una prueba fácil y rápida para detectar tal déficit. Este trabajo tiene por objeto estandarizar un test de lectura y escritura rápido estructurado a base de un texto cuyas letras son de igual tamaño a la de los libros escolares usados por alumnos mayores de 10 años de edad. El test evalúa velocidad y retención en lectura y velocidad en escritura. La muestra está constituida por 660 alumnos asistentes a 4°, 5°, 6°, 7° y 8° académico pertenecientes a institutos privados y oficiales. Se establecen los modos fáciles de

administración (entre 2 a 4 minutos) y los valores en cuanto a constantes centrales y de dispersión por medio de un riguroso tratamiento estadístico de los datos. También se establecen correlaciones útiles en la práctica del consultorio.

Bibliografía

- 1. Zazzo, R. - Manual para el examen psicológico del niño. Editorial Kapelusz. Buenos Aires. 1973.**
- 2. Nunnaly, J. C. Psychometric theory. Mc.Graw-Hill Inc. New York, 1967.**
- 3. Collin G. Selección de tests al servicio de la psicología infantil. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, 1968.**
- 4. MINIFAMILIA. Propuesta de acción de alfabetización para los próximos 10 años. Publicaciones del Ministerio de la Familia. Caracas 1991.**
- 5. Uslar Pietri, A. Educar para Venezuela, la. Edición. Editorial Lisbona, Barcelona. 1981.**

6. Elley, WB. How in the world do students read. The International Asso. for Evaluation of Educa. Achievement. Grindeldruck. Hamburg. 1992.

7. Morles, A. La comprensión en la lectura del estudiante venezolano de educación básica. Ediciones de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, 1993. (En prensa).

8. Barrera - Moncada, G. Disfunción escolar del adolescente. XXX Jornadas Nacionales de Pediatría "Dr. A. Serrano Galavis". San Cristóbal, 1993.

9. del Olmo, F. Tests de conocimientos escolares. 3a. Edición. Caracas, 1994.

Apéndice

Tabla 1. Cifras medias de palabras leídas por minuto en varios grados escolares y desviación estandar

Grados escolares	Número	Medias	D.E.	- / +	D.E.	Edades Años
4°	92	91.0	22.0	68.4	a 113.6	10- 1 (*)

23/10/2011

Contents

5°	84	100.5	18.8	81.7	a 119.3	11-12
6°	112	113.3	20.3	93.0	a 133.6	12-13
7°	205	119.1	18.2	100.9	a 137.1	14-15
8°	167	137.5	17.5	120.0	a 155.0	15-16
Total: 660						

(*) Solamente a título recordatorio, se colocan aquí las edades aproximadas de los asistentes a los grados, pues el establecimiento del nivel de lectura por edades resulta poco confiable, ya que cada grado escolar contiene dos a tres edades y la lectura como proceso educativo tiene mayor concordancia con los grados escolares. Por estos motivos, las edades se eliminarán en las tablas siguientes.

Tabla 2. Cifras medias de errores durante la lectura en varios grados escolares y desviación estándar

Grados escolares	Número	Medias	D.E.	- / +	D.E.
4°	92	5.95	1.70	4.25	a 7.65

23/10/2011

Contents

5°	84	3.95	1.73	2.22	a 7.20
6°	112	3.69	1.84	1.85	a 5.53
7°	205	3.15	2.34	0.81	a 4.49
8°	167	2.50	1.73	0.77	a 4.33

Tabla 3. Cifras medias de retencion respecto a texto leído en alumnos de varios grados escolares y desviacion estandard

Grados escolares	Número	Medias	D.E.	- / +	D.E.
4°	92	5.99	1.57	4.42	a 7.58
5°	84	6.90	1.27	5.63	a 8.17
6°	112	7.04	1.49	5.55	a 7.05
7°	205	7.70	1.31	6.39	a 9.01
8°	167	8.87	1.15	7.72	a 10.02

Tabla 4. Cifras medias de letras escritas durante un minuto por alumnos de varios

grados escolares y desviacion estandard

Grados escolares	Número	Medias	D.E.	- / +	D.E.
4°	92	69.8	7.8	52.0	a 77.6
5°	84	77.5	9.9	57.6	a 87.4
6°	112	86.9	12.1	74.8	a 99.0
7°	205	102.4	13.6	88.8	a 115.0
8°	167	116.7	12.8	103.9	a 129.5

Tabla 5. Correlacion del rendimiento en lectura con la nota previa promocion de grados escolares (4° a 8°). Pertenecientes a institutos privados y publicos

4° GRADO - COLEGIOS PRIVADOS		
N° 38 16	MEDIA = 83.9 (*) D.S. 18.8	
N° 48 17	MEDIA = 97.9	P< 0.002

5° GRADO - COLEGIOS PRIVADOS		
N° 42 16	MEDIA = 95.0 D.S. 15.7	
N° 42 17	MEDIA = 105.7 D.S. 19.8	P 0.006
6° GRADO - COLEGIOS PRIVADOS		
N° 65 16	MEDIA = 105.7 D.S. 20.8	
N° 47 17	MEDIA = 123.5 D.S. 24.3	P 0.001
7° GRADO - COLEGIOS PRIVADOS		
N° 59 16	MEDIA = 111.9 D.S. 23.5	
N° 29 17	MEDIA = 130.2 D.S. 19.4	P 0.002

*** Se refiere a las cifras medias del número de palabras leídas en un minuto de lectura.**

7° GRADO - LICEO ANDRES BELLO		
N. 79 16	MEDIA = 114.0 D.S. 20.5	
N° 37 17	MEDIA = 133.7 D.S. 19.2	P 0.001
8° GRADO - COLEGIOS PRIVADOS		
N° 56 16	MEDIA = 140.6 D.S. 21.5	
N° 17 17	MEDIA = 150.0 D.S. 14.3	N.S.
8° GRADO - LICEO ANDRES BELLO		
N° 76 16	MEDIA = 130.7 D.S. 22.8	
N° 14 17	MEDIA = 157.4	P 0.002

PRUEBAS RAPIDAS DE LECTURA Y ESCRITURA**(Duración: 1 minuto cada prueba).**

TEXTO PARA LEER (*)	N° de Palabras
Los miembros de la sociedad Venezolana de Actividades Submarinas que realizaron la parte principal de la expedición de recate de piezas del navío "San Pedro Alcántara", buque insignia de la armada de don Pablo Morillo,	35
hundido junto a la isla de Coche hace ciento cincuenta años, fueron frustrados	48
por motivo de que en ese sitio las aguas son muy turbias y tienen una	63
profundidad de veinte y dos metros. Pero como premio a su esfuerzo,	75

encontraron en un sitio cercano denominado los "Bajos de Caspe" un cañón	87
de tres metros de largo y dos anclas que pesaron dos toneladas, pertenecientes.	100
a un buque posiblemente más viejo que al "San Pedro Alcántara". La isla de	114
Coche tiene una superficie de sesenta kilómetros cuadrados y se encuentra	125
situada entre la isla de Margarita y las costas de Venezuela frente a una parte	140
que tiene la forma como de una lengua de tierra dirigida hacia el mar, la cual se	157
llama Península de Araya. En esta península se encuentran unas minas de sal	170
común o sea la substancia que se emplea en las comidas diarias	182

(*) Para sujetos menores de 9 años de edad, usar un texto de letras un poco más

grande.

DICTADO PARA LA PRUEBA DE ESCRITURA

ERA UNA VEZ UN HOMBRECITO VESTIDO DE BLANCO QUE TENIA UN PERRO (51) ()
MUY BONITO (60) CERCA DE UN LAGO (73) RODEADO DE HERMOSOS (90) ARBOLES
CUYAS AGUAS (107) ERAN TAN (114) TRANQUILAS QUE (127) PARECIA UN (136)
INMENSO ESPEJO (149) EN DONDE SE REFLEJABA (167) TODO EL PAISAJE (180).**

() Los números entre paréntesis indican el número de letras.**

Fig. 2. Texto para leer en el test rápido de lectura y dictado para la prueba de escritura.

Apéndice: Prueba rapida de lectura

INTERROGATORIO PARA EVALUAR LA RETENCION

PREGUNTAS (*)

PROCEDIMIENTO: Después de haber leído el texto establecido, decirle al sujeto:

"vamos a ver ahora que recuerdas de lo que leíste" y comenzar las siguientes preguntas:

- 1. Para qué se organizó la expedición?... Para Explorar?... para rescatar?... o para encontrar los restos de un buque o navío?**
- 2. Junto a que isla fue hundido el buque?... isla de Curazao?.. de Coche?... de Margarita?**
- 3. Las aguas eran muy turbias, y que profundidad tenían?.. 10?.. 22? o 50 metros?**
- 4. Además de un cañón que otra cosa halló la expedición?... dos morteros..., dos anclas...o dos fusiles?**
- 5. Cuántos metros media el cañón?....5? 3?...10 o 4 metros?**
- 6. Las anclas halladas cuánto pesaban?....5?..2?..8?... o 6 toneladas?**
- 7. Cómo se llamaba el buque que buscaban?...Caribe? o San Pedro Alcántara?**
- 8. Hace cuántos años fue hundido el buque que buscaban?....10?...120?...150?.... o 200 años?**
- 9. Qué parte de la expedición realizaron los miembros de la Sociedad de actividades submarinas?... la parte social?... la parte secundaria?... la principal? o la parte fácil de la expedición?**
- 10.Cuál es la superficie de la isla de Coche? 20?... 150?... 60? o 200 kilómetros cuadrados?**

11. Cómo se llama la parte de la Costa que tiene la forma de una lengua de tierra?...península de Paria?... de Araya ?... o península de Cariaco?
12. De qué son las minas que se encuentran allí?... de oro?... de plata?...de arena?... de sal ?... o de carbón?

(*) Las contestaciones correctas están subrayadas.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N° 6: El deficit de lectura como problema psico-social

[Disfuncion escolar del adolescente. Contribucion a su estudio](#)

[Bibliografia](#)

[Anexos](#)

"Se ha señalado muchas veces que nuestra educación se está conviniendo en una educación que no enseña ni a leer ni a escribir".

Arturo Uslar Pietri

Educar para Venezuela.

1a. Edición. Editorial Lisbona. 1981.

Dificultades de aprendizaje vs Disfunción escolar

Diversos autores han expuesto muchos tipos de definiciones de lo que corrientemente se llama dificultades de aprendizaje; a este respecto hay cierta confusión de concepto entre los educadores. De manera práctica, en lo relativo a las dificultades escolares, seguimos la clasificación de la Oficina de Educación de los Estados Unidos de Norteamérica, la cual comprende: 1) las dificultades específicas de aprendizaje que incluyen las de aprender a leer, escribir, cálculo aritmético, etc.;

y 2) las dificultades inespecíficas de aprendizaje llamadas también trastornos funcionales de aprendizaje debidas a múltiples factores (impedimentos sensoriales, mentales, emocionales, orgánicos, psico- somáticos, etc.); a este último respecto, en años recientes está tomando fuerza el término de disfunción escolar el cual engloba cualquier problema escolar con exclusión de las dificultades específicas ya dichas, y las cuales, por ser muy frecuentes, requieren métodos diagnósticos y de tratamientos adecuados. En ratificación de este último termino, en el inicio de los años ochenta, los autores Cannon y Compton¹, del Departamento de Pediatra de la Universidad de Stanford fundaron la Clínica de Disfunción Escolar para atender la población con problemas escolares comprendida entre los 6 a 19 años de edad.

Las pruebas epidemiológicas de la disyunción escolar del adolescente.

Desde el viejo pero autorizado estudio de Wall², publicado en un libro por la UNESCO, en donde fue estudiada la incidencia del fracaso escolar en varias naciones (Estados Unidos, Bélgica, Francia, Inglaterra, Austria, México, etc.), entre sus varias conclusiones se apunta: "el fracaso escolar como incumplimiento de las expectativas, afecta probablemente a más de un tercio de la totalidad de los alumnos, tanto de las escuelas primarias como de las secundarias". En este mismo documento ya se

menciona que entre una estadística de 4.000 alumnos entre 12-14 años de edad de Glasgow, algo más del 25 % eran afectados por el fracaso escolar y de éstos, el 35,5 % tenía bajo rendimiento en lectura.

De otra parte, muchos informes provenientes de Servicios de Asistencia médica para adolescentes han demostrado que entre los motivos de consulta de estos sujetos figuran entre los primeros renglones los tres elementos siguientes: problemas de crecimiento físico (especialmente, baja talla), evaluación de complejidad física o "chequeo médico" y bajo rendimiento escolar. Nuestro antiguo profesor Dr. H. I. Harris, cuando estudiábamos en la Adolescent Unit de la Universidad de Harvard, nos decía que si frente a cualquier motivo de consulta de estos sujetos, se averigua cómo marchan las actividades escolares, seguramente que la frecuencia de sus alteraciones aumenta. En efecto, en el poco tiempo transcurrido desde que fundamos el Servicio Externo para Adolescentes (1990), en el Hospital Universitario de Caracas, hemos prestado asistencia a 183 pacientes consultantes por diversos motivos, pero siempre acompañándose de la investigación colateral en referencia al rendimiento escolar, y encontramos que dentro de aquel total 76 jóvenes adolecían de dificultades en el rendimiento escolar o sea que el 41,5 % presentaban déficit académico como motivo principal de consulta o bien asociado a éste.

El dominio en lacto-escritura como base fundamental del proceso educativo

Diversos expertos de todas las naciones vienen repitiendo que la adquisición plena de la habilidad en el lenguaje escrito es el medio más importante y decisivo para transmitir o captar todo el contingente del mundo cognitivo o sea del bloque de conocimientos que se adquieren a través de la educación. La ratificación mas reciente de este postulado se ha obtenido del siguiente acontecimiento: durante muchos años los expertos integrantes de la Asociación Internacional para la Evaluación Educativa (Hamburgo) IEA (International Association for the Educational Evaluation), conectada al Instituto de Educación de la UNESCO, se venían debatiendo en la búsqueda de un medio que permitiera evaluar firmemente el estado educacional de múltiples naciones, y que también permitiera establecer comparaciones e identificar los factores significantes influyentes en los logros educacionales, salvando condiciones regionales y estrategias pedagógicas. Para este objetivo en 1988 la IEA decidió emprender una investigación consistente en la realización de un test igual y adecuadamente estructurado para medir la capacidad de lectura en muchas naciones. Esta investigación se realizó entre 1990-1991 en 32 países participantes, en una población de 210.059 alumnos, de ellos 93.039 de 10 años de edad y 117.020 de 14 años; dicho test mide tres áreas: 1) prosa narrativa; 2) prosa expositiva y 3) información estructurada en forma de tablas, mapas, gráficos o

esquemas. Los resultados han sido publicados en 1992, en un libro intitulado How in the world do students read por W. B. Elley³ (coordinador), y sobre los cuales nos referiremos en páginas siguientes.

Precaria capacidad de lectura de los alumnos venezolanos en el contexto internacional

La frase del distinguido escritor venezolano Dr. Uslar Pietri con la cual iniciamos este trabajo en donde señala que la educación venezolana no ha podido enseñar ni a leer ni a escribir, publicada en 1981, tiene más que vigencia hoy, no solo en el ámbito nacional como causa de proliferación de los índices de retraso escolar y deserción de alumnos y la colateral conmoción emocional tanto de los alumnos como de sus padres y familiares, sino también, en el ámbito internacional; en efecto, de acuerdo a la investigación antes mencionada y publicada por Elley en el test de lectura practicado en 93.039 escolares de 10 años de edad en 32 países, se obtuvo un índice medio internacional de 500; en 16 países este nivel fue mayor, ocupando los primeros lugares Finlandia y Estados Unidos; otras naciones como Grecia y España se colocaron en las posiciones medianas, pero lamentablemente Venezuela se quedó en la ultima posición o 30° lugar. En la experiencia igual entre alumnos de 14 años, 21 países ocuparon un nivel mayor de la media, otros

alrededor de ésta, pero desalentadoramente, Venezuela descendió a los últimos puestos junto con Nigeria, Zimbabwe y Botswana (Africa Sur). Esta investigación también informa sobre la manera en que actúan otros factores en el aprendizaje de la lectura como: ambiente socio-económico, instrucción preescolar, sexo, y tiempo gastado por los alumnos viendo televisión. A este respecto, se evidenció que el gasto de los escolares en más de cinco horas diarias influye negativamente sobre dicho aprendizaje y Venezuela ocupó el 3er lugar entre 27 países investigados, sobre gastos de tiempo frente a la TV.

Disfuncion escolar del adolescente. Contribucion a su estudio

Objetivos

El presente trabajo tiene los objetivos siguientes: 1) tratar de dilucidar los factores responsables en los pacientes cuyo principal motivo de consulta se refiere al mal rendimiento escolar; y 2) proyectar los resultados sobre la metodología diagnóstica y su conducción y tratamiento con el fin de que sean de utilidad práctica para los médicos de adolescentes.

Material y métodos

Frente al gran volumen de consultas sobre dificultades escolares acompañado de la conmoción emocional de familiares y del propio adolescente, desde hace más de diez años emprendimos un plan de estudio sistemático para este tipo de consulta, el cual describimos a continuación:

Motivos de consulta

- 1. Fallas en el rendimiento escolar (quejas de supervisores guías, repetidor de grados, bajas notas del boletín, etc).**
- 2. Alteraciones de conducta (agresividad, aislamiento, "payasadas" sistemáticas, alelamiento, hiperactividad, experimentación sexual, fugas, hostilidad, etc.). Desajuste en el colegio.**
- 3. Déficit de concentración y retención.**

Nota: del presente estudio se excluyeron los casos en los cuales se realizó el diagnóstico de dificultades específicas (fobia escolar, dislexia, discalculia); también las alteraciones severas de la personalidad (drogadicción, síndrome de depresión, angustia severa y condiciones orgánicas ligadas siempre a retardo mental, como las discromosopatas (Síndrome de Down, etc.).

Material

Estuvo constituido por sujetos entre 10 y 19 años de edad, de la siguiente procedencia: consulta privada: 51 casos; del Servicio de Psicopediatría del Hospital Universitario: 43 y del Servicio de Adolescentes del mismo hospital: 10 casos. Del total de 104 pacientes, 48 varones y 56 del género femenino. La distribución por edades fue la siguiente:

10 - 12 años de edad 36 casos

13 - 14 años de edad 55 casos

15 - 17 años de edad 13 casos

Métodos

El procedimiento sistemático para cada caso se resume así:

- 1. Detenida historia clínica (entrevista con los padres sin la presencia del adolescente. Antecedentes familiares, personales, datos de comportamiento, "quejas del colegio", factores desencadenantes, etc.) (Se termina esta entrevista con la realización de un cuestionario especial para valorizar el estado**

- socioemocional del paciente).**
- 2. Entrevista individual con el adolescente (actitud y apreciación de sus propias opiniones)**
 - 3. Examen clínico general (en especial: valoración del crecimiento, estadio puberal, estadio sensorial y examen neurológico si es necesario).**
 - 4. Test de lectura (con evaluación de destreza, errores y retención) y test de escritura.**
 - 5. Exploración y evaluación de las siguientes áreas:**
 - a. Inteligencia (test de Stanford-Binet)⁵ , para mayores de 13 años; test de Matrices Progresivas de Raven.⁶**
 - b. Visomotricidad (Test gestáltico visomotor de Bender)⁷.**
 - c. Percepción visual (Southern California University Perception Test)⁸.**
 - d. Discriminación auditiva (Test de Wepman)¹⁰**
 - e. Evaluación de lateralidad manual y visual (Test de Morley y Sighting test o test de Miles)¹¹.**
 - f. Evaluación de conocimientos escolares (Test de del Ohno)¹²**

- 6. Exámenes complementarios para clínicos (si son necesarios!**
- 7. Referencia a especialistas si se cree conveniente.**

Resultados

Los resultados se encuentran especificados en la Tabla 1. Respecto a los hallazgos diagnósticos anotados allí, se pueden hacer las siguientes observaciones:

En 72 casos (69,2%), no se encontró ningún problema orgánico; el crecimiento (peso y talla) se mantuvo dentro de los percentiles 5 y 75 y los estadios puberales (Tanner) estaban en la variable normativa. Los diversos test, referidos anteriormente (inteligencia, visomotricidad, percepción visual, kinestésica, etc) se mantuvieron dentro de las especificaciones de los baremos normales respectivos. Por ejemplo los tesis de inteligencia señalaron cocientes intelectuales (CI) entre 94 y 121, con media aritmética de 106.

De otra parte, el análisis del detallado cuestionario para la evaluación del estado socioemocional no indicó alteraciones de consideración; de tal manera que lo único hallado en este grueso número de pacientes fue el muy bajo rendimiento en lacto-escritura, especialmente en lectura; a este respecto, todos presentaban un retardo

de dos o más grados o de dos o más años por debajo del nivel correspondiente al grado o a la edad cronológica. Por ejemplo: algunos de los adolescentes de 15 años de edad (8° o 9° grado) sorpresivamente, solo alcanzaban niveles de lectura correspondientes a 10 u 11 años (4° o 5° grado); pero lo importante es destacar que lo que verdaderamente se observa es falta de velocidad, de destreza o de entrenamiento, pues casi nunca presentaban frecuentes errores de conversión simbólica (trasposiciones, inversiones, adiciones, omisiones, etc. de sílabas, letras o hasta palabras), detalle de interés para alejar sospechas en relación al diagnóstico de dislexia del desarrollo.

Insistimos que el diagnóstico de déficit de lectura lo señalamos como casi único factor en el mencionado grueso volumen de casos porque así lo determinan los resultados de la compleja exploración; pero eso no basta para decir que en varios de estos casos de manera secundaria y poco objetiva pueden intervenir factores coadyuvantes como: tensión emocional, ambiente socioeconómico del hogar, comienzo tardío de la educación, disponibilidad de libros o periódicos en la familia y actualmente se menciona el empleo excesivo de parte de los alumnos frente a la TV.

Respecto al rendimiento en escritura en estos 72 casos, en 57 de ellos (54,8%), alcanzó niveles de un año o más por debajo del correspondiente a su edad.

Los jóvenes con retardo mental alcanzaron grados leves con cociente intelectual entre 68 y 76. Hay que recordar, como dato práctico que los retardos mentales de alguna inmensidad casi nunca llegan a 4° grado escolar.

Los déficit de atención siempre estuvieron asociados a hiperactividad.

La frecuencia de los diversos diagnósticos anotados en la Tabla 1, se compagina aproximadamente a la referida por algunos autores con respecto a dificultades escolares del adolescente, tales como lo informado por Senn¹³, qutén dentro de su clasificación de factores endógenos, exógenos y mixtos menciona la insuficiente preparación, especialmente en lectura y matemáticas para el desempeño escolar. Nuestra experiencia en el Servicio de Adolescentes del Hospital Universitario de Caracas entre 76 pacientes que consultaron por bajo rendimiento escolar, 64 de ellos (84,2%) únicamente se encentró bajo rendimiento en una prueba simple de lectura (sin valoración de errores y retención), sin ningún otro factor orgánico o mixto.

La frecuencia de los diagnósticos de la Tabla 1, también ha tenido otro autorizado respaldo; en efecto, muy recientemente el Dr. Jim Sasaki, profesor de educación

especial de la Universidad de Alabama¹⁴ observando con cuidado esta Tabla opinaba que nuestros hallazgos pueden concordar aproximadamente con estadísticas norteamericanas con la diferencia que en los Estados Unidos el déficit de lectura interviene en alrededor del 80% de alumnos de iguales edades con dificultades escolares.

TABLA 1. Diagnósticos establecidos entre 104 adolescentes consultantes por bajo rendimiento escolar (Disfunción escolar)

Hallazgos diagnosticos	N° de casos	Porcentajes
Muy bajo nivel de lecto-escritura como factor sobresaliente	72	69.2
Problemas socio-emocionales (reacción de ajuste, ensimismamiento exagerado, pasividad, etc.)	8	7.6
Déficit de atención con hiperactividad	4	3.8
Retardo mental leve (C.I. entre 68 y 76)	4	3.8
Defectos sensoriales (visión: 2) y (audición: 1)	3	2.8 *
Síndrome epiléptico, asociado a retardo mental	3	2.8 *

Privación psico-social	2	1.8
Hipotiroidismo congénito (en tratamiento)	2	1.8 *
Bocio juvenil	2	1.8
Disfunción cerebral mínima	2	1.8 *
Hidrocefalia (con derivación quirúrgica)	1	0.9
Severo desajuste escolar	1	0.9
Total	104	100.0

*** Diagnósticos confirmados por los especialistas de los servicios hospitalarios o en consultorios privados.**

Trascendencia de las diferencias individuales en la lectura demostrada por Olson

Las clásicas investigaciones de Olson¹⁵, profesor de Psicología Educacional en la Universidad de Michigan, publicadas en los inicios del 70 y auspiciadas por UNESCO, confirmadas después, son trascendentes como reafirmación de los resultados presentados en este estudio; en efecto, este autor demostró que la capacidad para

el dominio de la lectura es variable constitucionalmente en los diversos individuos normales; por ejemplo: a los siete años de edad cronológica, la edad de lectura puede variar entre 6 1/2 años a 10 años; pero lo más importante derivado de su minucioso estudio en 300 escolares normales, es el hecho de que pudo establecer una correlación directa en la forma como evoluciona la edad de la lectora paralela o correlativamente con diversas edades de carácter orgánico como las edades de estatura, peso, mental, asea y dental. El conjunto de estos parámetros constituye lo que él llama edad orgánica o edad organísmica y en los estudios de Beek, mencionados por Olson , se pudo establecer dentro de individuos normales variables en capacidad de lectura de tres tipos: lectores lentos, lectores medios, y lectores veloces, precoces, correlacionados también con las edades orgánicas. También en este estudio se pudo estatuir semejanza del rendimiento en lectura entre parientes directos. A este respecto hay que agregar que se ha informado que personajes de la historia han sido "lectores lentos" tales como Einsiein, Edison y hasta Bolívar.

Actualidad en consideraciones etiológicas

¿Porqué la considerable prevalecia de los déficits de lecto-escritura en la disfunción escolar? Las diferencias individuales normativas detalladas antes, es un hecho

importante, o sea que los frecuentes casos de déficit de lectura sin ningún otro factor demostrable caería dentro de los "lectores lentos"; pero esta sería una explicación de alguna validez, pero en cierta manera muy simplista.

A la luz de los centenares de investigaciones realizadas en los últimos veinte años sobre las bases biológicas de la lecto-escritura y sus alteraciones, parece que la alta frecuencia de éstas se podría explicar por los factores mencionados de seguidas.

- 1. De acuerdo a numerosos estudios, algunos recientes, el proceso de la lectura es complejísimo, mucho más delo que parece; por ejemplo: del libro de Hynd y Cohen (1987)¹⁶, con más de 600 registros en la materia (desde las investigaciones neuropsicológicas, citoarquitectónicas hasta las de mapeo electrofisiológico computarizado), se puede deducir que el sistema funcional involucrado en la lectura incluye muchas regiones corticales, tanto del hemisferio cerebral izquierdo tradicionalmente predominante (otras anexas a las lingüísticas, como: motoras complejas, procesamiento secuencial, orientación derecha-izquierda, análisis temporal, etc.), pero también otras del hemisferio derecho (orientación espacial, táctil, procesamiento simultáneo, etc.). Entonces el proceso de aprendizaje de lectura se vería fácilmente retardado si todas estas múltiples funciones no están igualmente maduras.**

- 2. En conexión con lo anterior, también intervendría en el dominio de la lectura lo que los autores antes mencionados llaman "el concepto del retraso madurativo", o sea un retardo constitucional en la lateralización y diferenciación de las funciones motoras, somatosensoriales y lingüísticas del hemisferio izquierdo dominante. Por ejemplo: los estudios de Bakker¹⁷, evidenciaron que los niños con hemisferio dominante izquierdo aprenden rápido a leer pero con muchos errores (inversiones de letras o sílabas, etc.); y de otro lado, los pequeños con hemisferio derecho dominante leen tardíamente pero con exactitud o sea sin errores de los descritos antes.**

Aplicaciones útiles y su proyección social

Respecto a la proyección social del presente estudio, desde ya, puede decirse de manera resaltante que la necesidad de la fluidez en lacto-escritura es cada día mas apremiante no solo para el normal desarrollo formativo sino para alcanzar medios de trabajo calificado. En relación a los más modernos medios de lenguaje, se esta repitiendo hoy que será muy difícil el día en que se fabriquen computadoras para computadoras.

A propósito de los resultados del presente estudio se pueden dar otras

consideraciones como las siguientes:

- 1. En Venezuela, como se vió, alrededor del 30% de adolescentes tienen dificultades escolares, lo cual despierta siempre conmoción emocional tanto en los padres como en el propio adolescente. A este respecto apuntamos en un libro nuestro sobre medicina de esta edad¹⁸, y decimos: "para el adolescente la actuación en la escuela o liceo es trascendente porque constituye casi toda su motivación diaria, o su trabajo. Es el campo en donde siente su éxito o su fracaso, su aceptación o su rechazo, su poder físico o espiritual, su felicidad o su desdicha; todo dentro de la relatividad de su propia apreciación"**
- 2. En todo adolescente que consulta por cualquier problema orgánico debe investigarse sistemáticamente cómo está su rendimiento escolar, pues ya hemos dicho la frecuencia con que subyacentemente se puede encontrar una disfunción escolar.**
- 3. La consulta por bajo rendimiento escolar, puede ser la expresión preocupante del adolescente por un problema orgánico o a la inversa, una alteración de su salud, o un defecto, puede provocar un déficit academice.**
- 4. Las dificultades escolares puede resolverlas en un 80% a 90% de los casos el medico de adolescentes, siguiendo una metódica apropiada, como lo veremos**

en páginas ulteriores. La labor del médico puede tener proyección social actuando acertadamente sobre la gran masa de población estudiantil. Recientemente hemos tenido la experiencia gratificante de asesorar en un importante colegio de Caracas, el mejoramiento del rendimiento de los alumnos por medio de la implantación de un programa de detección y retuerzo en lecto-escritura.

Metódica práctica para el diagnóstico de la disfunción escolar

El procedimiento práctico de asistencia a adolescentes que presentan dificultades escolares, se puede esquematizar en la siguiente forma:

- 1. Saber oír y saber entrevistar a los padres (antecedentes familiares y personales, opiniones, actitudes, coincidencia con eventos impacientes, "choques" en el Colegio, conflictos familiares, datos del comportamiento del adolescente, etc.)**
- 2. Entrevista con el adolescente para oír sus propias opiniones y apreciar sus actitudes ante el problema consultado.**
- 3. Examen clínico polarizado hacia su evaluación peculiar como adolescente y hacia sistemas involucrados (estado neurológico, órganos sensoriales, pruebas sencillas de valoración mental, dominio manual y visual, etc.)**

- 4. Realización sistemática de una prueba de lectura y escritura**
- 5. Exámenes complementarios paraclínicos, si son necesarios.**
- 6. Análisis e integración de resultados.**

Importancia de la prueba de lectura y algunos aspectos negativos en casos defícit

- 1. Como se ha demostrado, el bajo rendimiento en lectura se correlaciona con la mayor parte de los problemas de la escolaridad.**
- 2. Cuando se encuentra bajo nivel de lectura, paralela y lógicamente, también hay bajo desempeño en las materias curriculares. En la estandarización de un test de lectura mencionado antes, hemos encontrado fuerte correlación estadística entre niveles de esta prueba con respecto a las notas alcanzadas por los alumnos, en su promoción del inmediato año escolar anterior.**
- 3. Una prueba de lectura de niveles normales, se correlaciona también con un nivel de inteligencia normal.**
- 4. Los "lectores tentos" habitualmente encontrados solo presentan poca destreza, poca habilidad o poca velocidad para leer, pero no cometen errores de conversión simbólica (trasposiciones, inversiones, confusiones, omisiones, etc. de letras, sílabas o palabras), característica esta que, junto con otros rasgos típicos, permiten la distinción con respecto al síndrome de dislexia del**

desarrollo, una entidad nosológica poco frecuente.

- 5. Cuando hay deficit en lectura, se establece un circulo vicioso muy desfavorable para los progresos escolares; al escolar que le es dificultosa la lectura, por leyes humanas, evade toda oportunidad de leer, al no hacer esto pierde también las oportunidades de entrenamiento y por tanto no progresa en lectura. La rehabilitación educativa se propone precisamente romper este círculo vicioso.**
- 6. Muchos adolescentes, con su hipersensibilidad característica, se sienten deprimidos, ineficaces, infelices cuando su rendimiento es bajo, y adoptan diversas actitudes, frecuentemente de pasividad, de desaliento o de hostilidad sistemática.**

Tratamiento y conducción en la práctica de la disfunción escolar

Puede resumirse de la siguiente manera:

- 1. Los casos asociados o dependientes de factores orgánicos (hipotiroidismo, hiperkinesia, disfunción cerebral mínima, etc.), recibirán el tratamiento adecuado con la consiguiente orientación psicológica**
- 2. Los diagnósticos asociados a desviaciones socio-emocionales, pueden resolverse con el logro de cambios de actitudes tanto del propio adolescente**

como del ambiente familiar y escolar.

- 3. En los pacientes en los que se demuestre déficit en lectura y escritura se pueden recomendar tres opciones:**
 - a. referencia al profesional en psicopedagogía; pero este procedimiento resulta muy costoso y solo es necesario cuando el retraso es muy severo.**
 - b. en los casos mas usuales, es práctico y exitoso solicitar los servicios de una maestra (especialmente las que tengan experiencia en enseñanza de 1° y 2° grado escolar) para que haga entrenamiento de refuerzo en lecto-escritura, colateral a las actividades escolares cotidianas pero en tiempo extra (puede ser de una a tres horas por semana de acuerdo a la intensidad del problema). Hemos tenido muy buenos resultados con este procedimiento.**
 - c. para jóvenes de escasos recursos económicos, puede dar buen resultado, despertar su motivación en el sentido de que traten de leer en lo posible libros que les sean gratos en temas (viajes, aventuras, novelas, biografías, etc.)**

En general y en todo paciente, es muy importante que desde el principio el medico

suministre información adecuada y conducción psicológica a base de gran aplauso y estímulo a todos los esfuerzos positivos del adolescente.

Como tratamiento meramente coadyuvante varios autores han propuesto la prescripción de psicofármacos como los siguientes: metilfenidato o Ritalin (hiperkinesia y aumento de la capacidad de aprendizaje), dimetiletanol o Deaner 100 (dificultades de aprendizaje, aislamiento, agresividad), Pemolina o Flenilona (estimulante de concentración y memoria), piracetan o Breinox (facilitados de aprendizaje, de concentración). Es difícil comprobar la eficacia estos producidos y de acuerdo a nuestra experiencia, en muchos casos hemos observado acción posiblemente beneficiosa, pero siempre queda la duda de que si el éxito ha dependido de la medicación o de la acción rehabilitadora.

Resumen y conclusión

Se estudian de manera detenida (sistemática evaluación clínica polarizada hacia áreas especiales y pruebas psico-técnicas adecuadas), 104 adolescentes (10 a 18 años de edad) consultantes sobre bajo rendimiento escolar (disfunción escolar), principal fuente de ocurrencia a servicios médicos. Entre los resultados finales se informa sobre factores orgánicos y psicológicos de poca frecuencia en el problema;

pero resalta el hecho trascendente de que casi en un 70%, solo se encuentra como hallazgo diagnóstico causal el muy bajo nivel en lecto-escritura, déficit que lógicamente corre paralelo al difícil desempeño en otras materias curriculares. Se pone en evidencia que tales bajos niveles en lecto-escritura no son severos, sino que corresponden a los llamados "lectores lentos" constitucionales, principalmente debido a fallas de enseñanza, falta de entrenamiento y estímulo, desde los primeros años escolares. Estos resultados podrían reafirmarse en las muy pobres y actuales condiciones en lectura de los alumnos venezolanos en el contexto internacional (de acuerdo a otra investigación aquí informada). Por último, se plantean dos aplicaciones prácticas: 1) en el orden profesional: la gran labor del pediatra como oportunidad de intervenir con éxito en la problemática de la disfunción escolar, siguiendo una sencilla metodología aquí esquematizada; y 2) en proyección social, como base de programas dependientes de las entidades educacionales para la prevención del fracaso escolar, problema tan común dentro de la inmensa población infanto-juvenil.

Bibliografía

1. Cannon, I. P. y Compton, C. School disfunction in adolescents. 1980. Cli. Pedía. N. Ame. 31, 2: 317 - 324.

- 2. Wall, W. D. The failure in school. UNESCO. Institute for education. Hamburgo. 1968**

- 3. Elley, W.B, How in the world do students read?. The International Asso. for Education. Achivement. Hamburgo, 1992.**

- 4. Barrera M., G. Tests de lectura y escritura (por publicarse).**

- 5. Terman, L. M. y Merrill MA. Medida de la Inteligencia. Espasa-Calpe S. A. Madrid, 1964.**

- 6. Raven, J.C. Tests de matrices progresivas. Editorial Paidos. Buenos Aires. 1964.**

- 7. Koppitz, E. M. The Bender Gestalt test four young children. Grune &Stratton Inc. New York. 1967.**

- 8. Ayres, J. Southem California University visual perception test. Manual. Western Psychological Service. Beverly Hills. 1966.**

- 9. Ayres, J. Southern California Kinesthetic and tactil test. Western Psychological Service. Beverly Hills. 1967.**

- 10. Wepman, J. M. Auditory discrimination test. Language Research Associates. 1958.**
- 11. Miles, W. R. The A-B-C Vision test,. The Psychological Corporation. New York. 1978.**
- 12. Del Olmo,F. Test de conocimientos escolares. Edición. Caracas,1964.**
- 13. Senn, M. J. Some learning problems in adolescence. 1970. Pedía. Cli. N. Ame. 7,1: 115-130.**
- 14. Sasaki, J. Comunicación personal. Invitado especial de las XXIV Jornadas Científicas de INAPASI. Caracas, 1993.**
- 15. Olson, W. C. Algunos aspectos fundamentales del desarrollo infantil. En El fracaso escolar por W. D. Wall y col. Editorial Paidos. Buenos Aires. 1972.**
- 16. Hynd, G. W. y Cohen, M. Dislexia. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1987.**
- 17. Bakker, D. J. Hemisferic specialization and stage in the learning lo read process. Bull. Orton Society. 1973, 23: 15-27.**

18. Barrera M., G. y Kerdek V. O. El Adolescente y sus problemas en la práctica. 2a. Edición. Monte Avila. Caracas, 1987.

Anexos

Edad: 15 a.2m.

Robert M. G.

Talla: 163 cts. Percent. 25 - 50

Estadio genital: 4° - Grado escolar: 7°

Nivel lectura = 11a

Nivel escritura = 11a. (.1. = 86 test B - S).

Inte. - Pere. 50 (T. M. Raven) Viso-mot. - Nor. (T. Bender).

Percepción visual = Norm (T. Sout. Cali. Univer.)

Fig. 1. Semejante a la figura anterior, varón de 15 años de edad, con exploraciones que demuestran salud orgánica y desarrollo psicológico normal, quien consulta por bajo rendimiento escolar, este aparece únicamente asociado a retardo en lectura y escritura con niveles correspondientes a 11 años.

Era una vez un hombrerito Viei
de blanco que tenia un pe
muy bonito' perca de un lago

Fig. 2 Posición de alumnos venezolanos de 10 años de edad, en niveles de lectura, entre 30 países de diversos continentes. Algunas naciones ocupan altos niveles en relación al índice medio de 500, como Finlandia y U. S. A., otros ocupan el nivel medio, como Grecia y España, y Venezuela se sitúa en la última posición después de Indonesia. (De acuerdo a las investigaciones de Elley, W. B., v. Bibliografía).

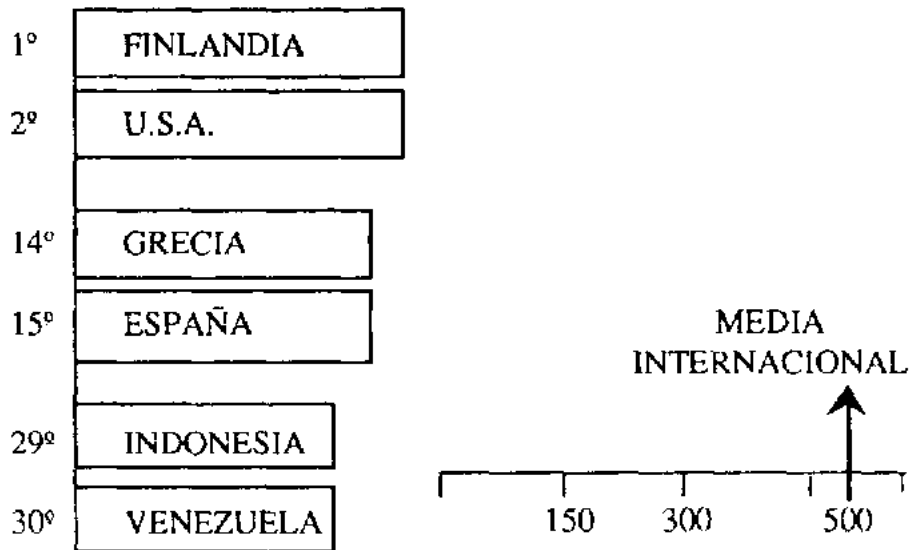


Fig. 4 Correlación de diversas edades, como: la edad mental (EM), de estatura (EE),

de lectura (EL), edad asea (EO), peso (EP) y dental (ED) con la edad de lectura (EL), de acuerdo a las investigaciones de Olson (v. Bibliografía).

Edad de desarrollo

204

192

180

168

156

144

E. Pr.

E. M.

F. Est.

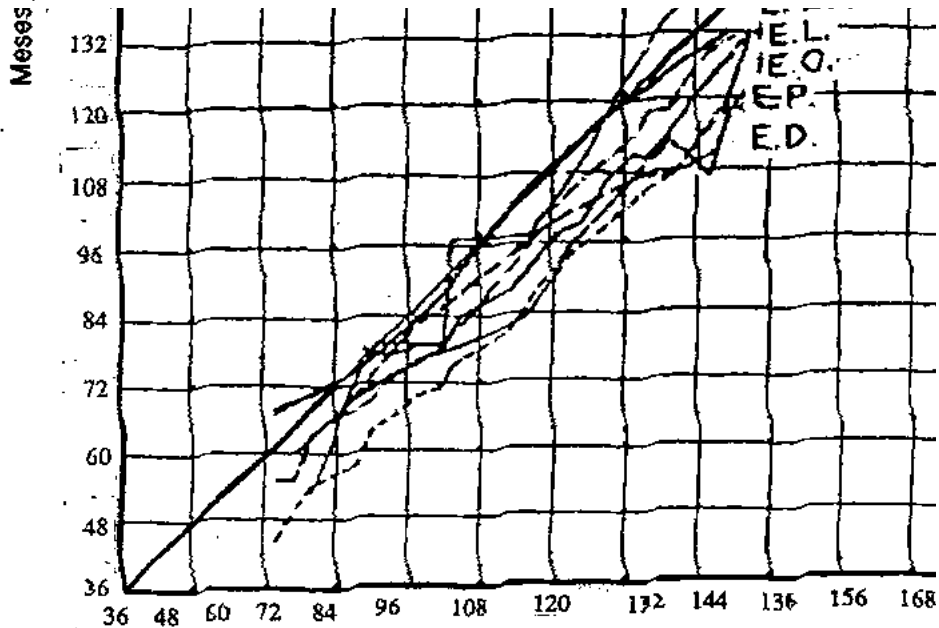
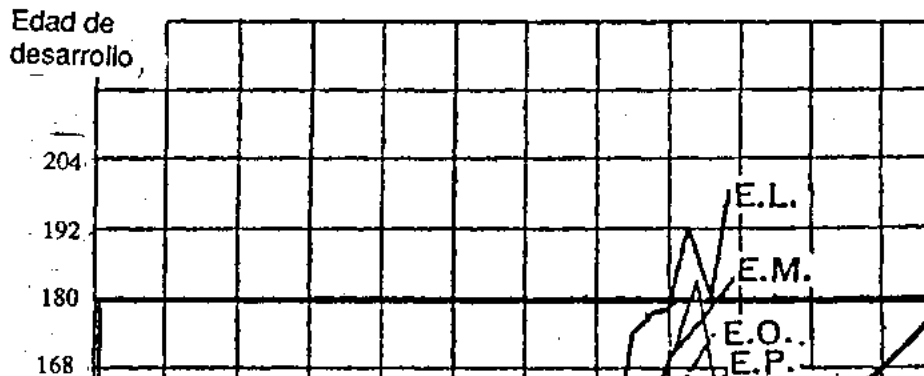
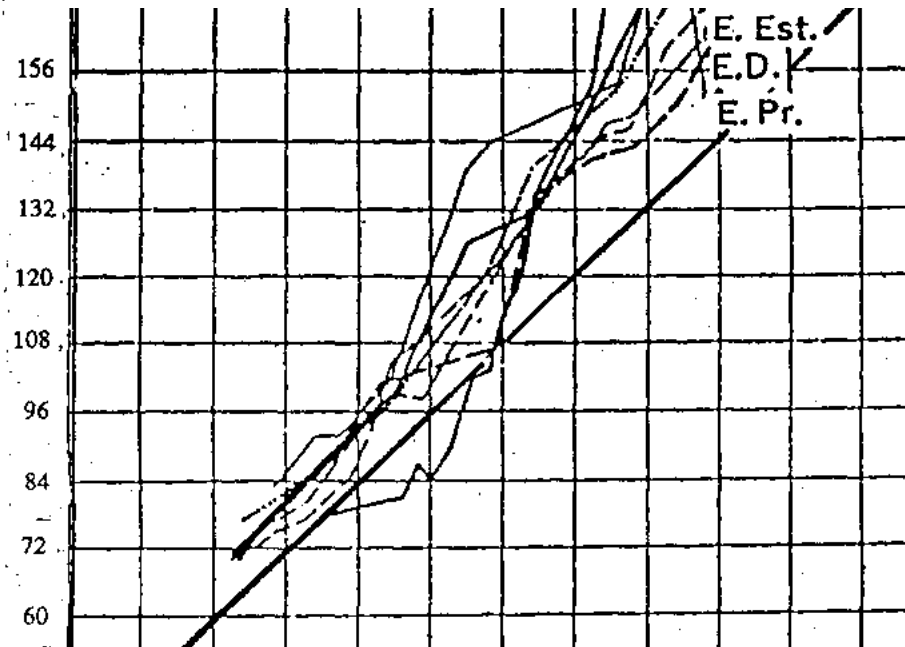
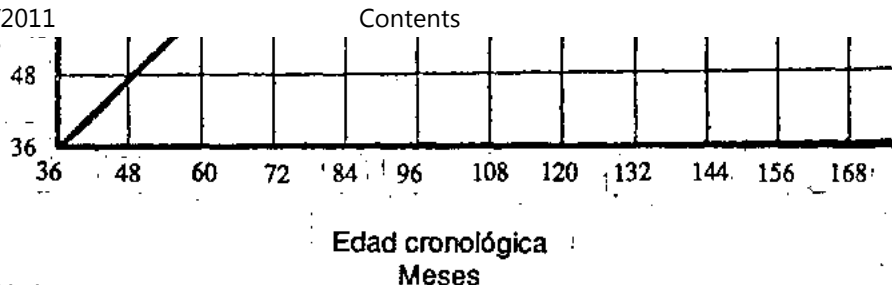


Fig. 5 La correlación de la edad en lectura (EL) con las edades orgánicas detalladas en la Fig. se mantiene como cuestión muy interesante, aun en casos en los que todos estos parámetros se mantengan por encima de la diagonal normal de la gráfica del desarrollo de Wilkins (de acuerdo a Olson, v. Bibliografía).







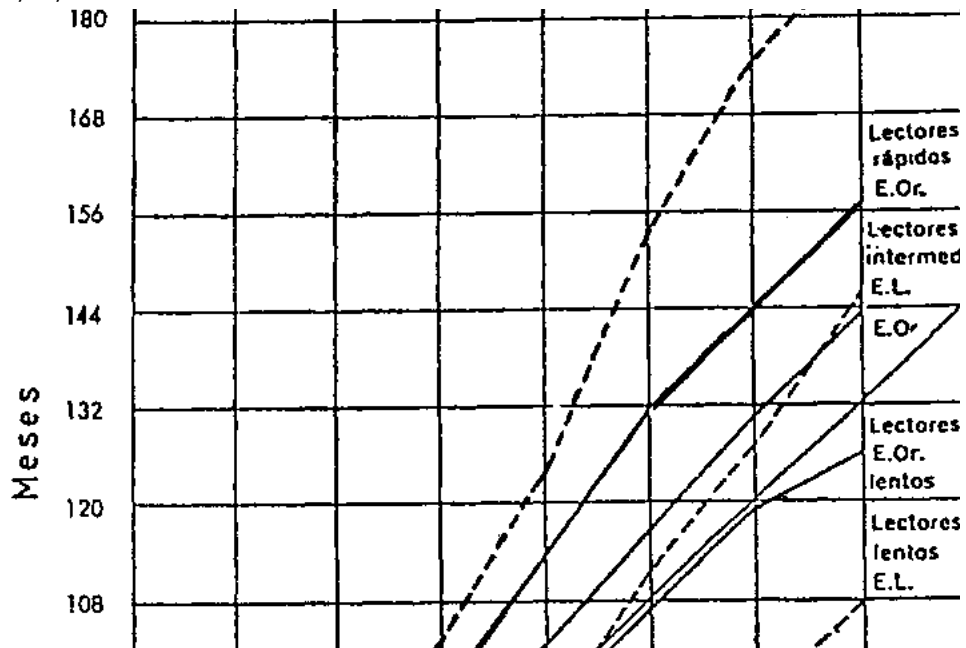
(CUADRO)

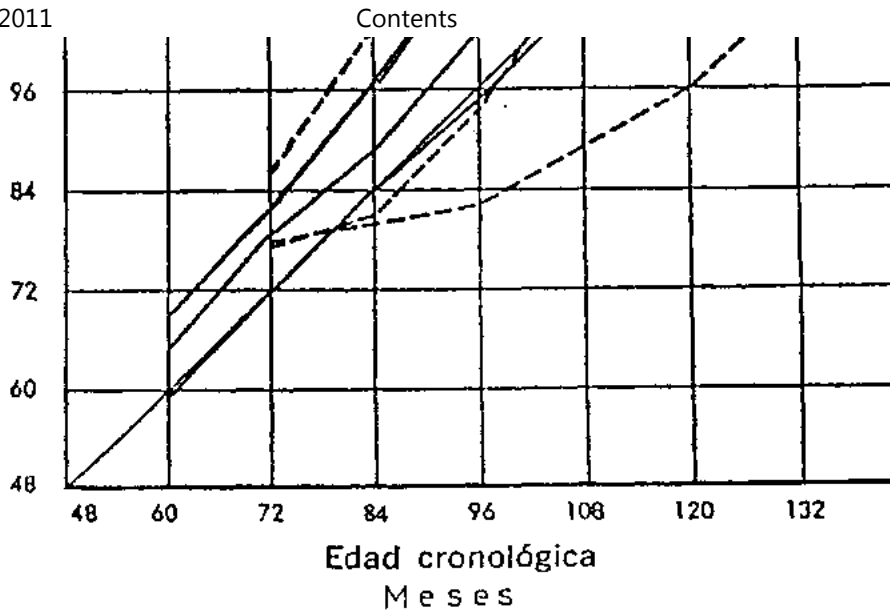
Fig. 6 En la asitencia de las dificultades escolares es de sumo interés conocer los estudios de Beck (v. Bibliografía), quien ha podido establecer grupos normales de lectores rápidos, intermedios y lentos que se correlacionan con iguales posiciones de los parámetros orgánicos (E Or).

**Edad de
desarrollo**

192







[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N° 7: Dislexia del desarrollo

[Actualización y estudio de 20 casos con seguimiento](#)

[Importancia del tema](#)

[La complejidad fenomenológica de la lectura](#)

[El concepto](#)

[Objetivos](#)

[Actualización](#)

[Características de la dislexia](#)

[Material y métodos](#)

[Resultados y discusión](#)

[Clasificación de los casos](#)

[Diagnósticos definitivos](#)

[Diagnostico diferencial](#)

[Tratamiento](#)

[Guía diagnóstica y conducción psicológica por el pediatra](#)

[El actual y el gran problema colateral a las dislexias instituciones](#)

[La pobre capacidad en la lectura de los alumnos venezolanos en el contexto internacional](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

Actualización y estudio de 20 casos con seguimiento

La dislexia del desarrollo es una entidad patológica, hoy bien definida, muchas veces incapacitante para escolares y adultos, que pasa silenciosa o desconocida para los profesionales (pediatras, psicólogos, educadores), pero la cual, siempre provoca una postura de angustia entre los padres y dentro de los jóvenes pacientes.

Como se trata de una condición conformada por la dificultad específica para el

aprendizaje de la lectura, suele ocurrir, que muchos "especialistas" en rehabilitación educacional, incurran en el error de etiquetar de disléxicos a escolares quienes unicamente presentan un retardo normativo para tal aprendizaje, dejando de un lado los diversos medios para su diagnóstico preciso y despreciando las buenas oportunidades que se puedan ofrecer a un niño potencialmente incapacitado por esta condición, si no se hace precozmente su diagnóstico.

Importancia del tema

La necesidad cada día mas apremiante de que cada sujetó sea un lector fluido como fundamental para su normal desarrollo formativo y para alcanzar medios de trabajo calificado, colma el interés del tema; pero a esto, se pueden agregar otros motivos importantes como los siguientes:

- 1. La frecuencia de la dislexia del desarrollo no es despreciable, puesto que de acuerdo a diversos estudios internacionales, oscila entre 3 a 10% de la población escolar general. De tal manera que si consideramos las cifras de inscripción escolar de educación básica en Venezuela para el año de 1990 - 1991 de 4.052.947 (Memoria y cuenta del Ministerio de Educación, 1991), y si únicamente tomamos la incidencia mínima, tenemos que por lo menos en el**

país existen 120.000 sujetos (escolares y adolescentes), afectados y potencialmente incapacitados para su desarrollo normal y para las posibilidades ulteriores en el mercado del trabajo. De lo anterior se deduce, que en los países desarrollados inclusive, se considere que la dislexia es un problema de salud pública.

- 2. En atención a su desconocimiento habitual, interesa precisar la actualidad científica en relación a los diversos aspectos del tema promulgando su divulgación en función de un diagnóstico y tratamiento precoz.**
- 3. Utilización amplia del conocimiento para, cuando menos, que sirva de fundamento sólido en la conducción psicológica tanto del paciente como de sus padres o de su familia.**
- 4. Como nota coadyuvante en el interés lema, se podría agregar que, de acuerdo a nuestra búsqueda minuciosa y también de parte del personal técnico, con uso de procedimientos mecanizados, de la Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, su ausencia aparece como total en la Bibliografías científica del país.**

La complejidad fenomenológica de la lectura

Para comprender el concepto tan discutido de la dislexia y para facilitar la

penetración en sus métodos diagnósticos y terapéuticos, hay que tener presente la complejidad del proceso que conduce en cada sujeto.

Esencialmente, tal proceso se reduce a la automatización del conocido fenómeno de conversión simbólica es decir, la transformación violenta y casi inconsciente desde los signos escritos a la captación consciente o real del significado de tales signos y de sus infinitas mezclas.

Mejor podemos apreciar tal complejidad, si hacemos un resumen funcional del proceso de aprendizaje o de la adquisición de la lectura, de la manera siguiente:

- 1. Memorización de símbolos escritos (26 letras del alfabeto), en donde cada uno tiene su identidad de imagen y de carácter fonético.**
- 2. Identidad muy frágil, pues el significado de cada símbolo puede cambiar a favor de pequeños cambios fonéticos, como: s y z, q y k, p y b, y d y v o b, etc. Y en cuanto a la fragilidad de las imágenes de los símbolos es múltiple como puede observarse en la fig. 1.**
- 3. Inmediatamente sigue la ocurrencia de un proceso secuencial de percepción fonético visual de sílabas simples o compuestas, como ba, pa, tra, pro, fue, etc, etc.**

4. **El proceso secuencial continua con el logro de secuencias silábicas para estructurar palabras con significado, como: bajo, tobo, dedo, fuente, trópico, etc.**
5. **Tal enlace secuencial también es muy fragil en cuanto a diferencias de significado por diferencias mínimas en la unión o en las secuencias silábicas, como: mango - manco, gato - dato, son - sol, salsa - falsa, mar - bar, etc.**
6. **Però este enlace secuencial no descansa, sino que prosigue en la ligazón de palabras, que encierra contenidos de significación variada, los cuales llenen que conformar una rápida integración consciente de carácter de alta intelectualidad. Por ejemplo: cuan do leemos las siguientes frases (cuyo autor es el Dr. Arturo Uslar Petri): "hubo un tiempo, en el correr de las horas, en el que sobre las calles empedradas, el silencio se tendía a dormir la siesta", éstas se descomponen en símbolos y con tenidos de la manera siguiente:**

Secuencia de palabras	Contenidos
Hubo un tiempo	temporal
en el correr de las horas	volitivo y temporal
en el que sobre las calles	orientación espacial
empedradas	táctil, de textura

23/10/2011

el silencio

se tendía

a dormir

la siesta

Contents

auditivo

orientación espacial

cenestésico

imaginativo,

creativo

Fig. 1 Los pequeños cambios de las formas de los símbolos (letras), también cambian su identidad visual y fonética, así:

A:	bd	pq	ft	69	mw
B:	hn	oc	ao	ec	mn
C:	nr	wv	lr	bl	wu
D:	qo	li	b3	8s	z7
E:	av	tr	ji	ba	pa

A: cambios del significado de letras-símbolos por diversidad de orientación direccional de sus líneas.

B, C y D: Cambios de los símbolos por omisión de fragmentos lineares.

E: Combinaciones lineares de los cambios anteriores.

De tal mancha que para que se logre el proceso de la lectura se necesita que,

además de la inteligencia general, de la operabilidad de las vías sensoriales y del equilibrio socioemocional, también estén intactas y con adecuado grado de madurez, numerosas funciones encefálicas, las cuales de acuerdo a Hynd y Cohen¹, las resumimos de la manera siguiente:

Dependientes del hemisferio cerebral izquierdo: 1) habla expresiva; 2) lenguaje receptivo; 3) funciones motoras complejas; 4) ideación; 5) similitudes conceptuales; 6) análisis temporal; 7) orientación derecha-izquierda; y 8) procesamiento secuencial.

Dependientes del hemisferio cerebral derecho: 1) orientación espacial; 2) ideación no verbal; 3) integración espacial; 4) pensamiento asociativo-creativo; 5) reconocimiento de sonidos; 6) percepción de la gestal; y 8) procesamiento pictográfico y simultáneo.

El concepto

Durante casi 100 años, desde que Morgan describió el primer caso de dislexia con el nombre de "ceguera verbal congénita" se viene discutiendo entre diversos autores

la definición de esta entidad; para algunos como Kolb y Whishaw², es demasiado simplista, diciendo que "es una dificultad en la lectura" y para muchos otros, es confusa y complicada. Actualmente las definiciones mas aceptadas son dos, de la manera siguiente:

- 1. La muy conocida de la Federación Mundial de Neurología, publicada en 1968 y la cual dice: "trastorno manifestado por la dificultad en el aprendizaje de la lectura pese a la instrucción convencional, una inteligencia adecuada y buenas oportunidades socio-culturales. Depende de discapacidades cognitivas básicas, frecuentemente de origen constitucional".**
- 2. La otra definición es mas reciente (1981) y proviene de la IRA (Internacional Reading Association), se distingue poco de la anterior, y dice: "1) término medico para la alexia incompleta, incapacidad para leer, parcial pero severa, historicamente ceguera verbal. En este sentido, la dislexia se aplica a personal que presenta de ordinario visión, audición, inteligencia y funcionamiento general del lenguaje adecuados. La dislexia constituye una forma rara pero definible y diagnosticable de retardo primario de la lectura con alguna forma de disfunción del sistema nervioso central; 2) severa discapacidad de la lectura de origen impreciso; 3) término popular para toda dificultad en la lectura en**

cualquier intensidad y por cualquier causa".

En resumen práctico y de acuerdo a los recientes estudios (detallados en páginas posteriores), se puede decir que la dislexia del desarrollo es una entidad patológica de etiología predominantemente neurológicas y de base estructural citoarquitectónica, caracterizada por dificultad específica y de predominio pertinaz para el aprendizaje de la lectura (a voces de la escritura), sin ninguna otra deficiencia de carácter neuropsíquico. Hay que agregar que la dificultad antes dicha se concentra en la aceleración severa de la conversión de los símbolos escritos en su significado, siguiendo procesos secuenciales definidos; y que no hay más dislexia sola, sino varios tipos de sub- grupos, principalmente concentrados en tres: 1) disfonética o audiolingüística; 2) visoespacial o diseidética y 3) mixta o aléxica

Objetivos

Con la relatividad del caso, los objetivos del presente trabajo son los siguientes: 1) actualización del tema muy poco conocido en nuestra pediatría; 2) demostración de medios para alcanzar el diagnóstico preciso de los sub- tipos; 3) prescripción adecuada de formas de tratamiento de conducción psicológica del paciente y su entorno social; y 4) divulgar para el pediatra u otros profesionales conexos, los

signos prácticos que le pueden conducir a la sospecha de esta entidad a fin de que pueda hacer la referencia precoz al especialista para el posible éxito.

Actualización

Después de los conocidos informes localizacionistas de finales del siglo pasado de Broca y de Wernicke, durante los últimos cuarenta años, se ha acumulado suficiente evidencia para decir que aproximadamente en el 95% de la población, el hemisferio cerebral izquierdo es responsable de las habilidades del procesamiento lingüístico y secuencial y que al hemisferio cerebral derecho se le adjudican especialmente las funciones de percepción e integración espacial y de procesamiento simultáneo; a lo cual se agrega, que el encéfalo actúa como una unidad global con diversas áreas corticales que tienen mayores o menores influencias sobre una conducta dada. A este respecto, hay que recordar que el proceso enseñanza- aprendizaje es en esencia el logro de una modificación conductual.

Entre centenares de investigaciones sobre dislexia, especialmente a partir de los años setenta, las noticias recientes e importantes sobre dislexia del desarrollo se pueden resumir de la siguiente manera:

- 1. Principalmente después de los trabajos de Geschwind³, se ha demostrado la gran importancia de la circunvolución angular en el proceso de la lectura, la cual descansa entre las corteza asociativas de la visión, audición y somestesia, ya que se encuentra estratégicamente localizada para servir a la función básica de actuar como centro de asociaciones modules cruzadas; al decir de este autor "esta área puede muy bien ser denominada la corteza asociativa de las cortezas asociativas".**
- 2. Los estudios de cerebro por tomografía computarizada de sujetos disléxicos, han confirmado el patrón común de asimetría cerebral izquierda del cual dependen las vías y áreas corticales responsables de la lectura como: las de Broca, Wernicke, occipitales medias posteriores, circunvolución angular, etc. pero en un grupo de casos estudiadas por Hier y col⁴ se evidenció que un tipo de dislexia de habilidades verbales deprimidas, se relacionó con una inversión del patrón común, o sea con una región parieto- occipital derecha más amplia que la izquierda.**
- 3. Lo establecido con anterioridad de que en los sujetos disléxicos hay una atípica e incompleta dominancia cerebral hemisférica, expresada por una preferencia lateral débil, pobre o mixta de ojos, manos y pies, con especialización del hemisferio izquierdo se encuentra vigente hoy pero**

solamente en gran parte, pues varias investigaciones como las de Witelson y Ravinovich⁵, mediante el procedimiento de escucha dicótica (en el cual el sujeto debe recordar dos mensajes auditivos diferentes que son presentados en forma simultánea, uno a cada oído), han indicado que los niños con discapacidad para la lectura tienden a una ventaja del oído izquierdo (hemisferio derecho) para la información verbal en tanto que una cantidad mayor de lectores normales (71%), presenta ventajas para el oído derecho (hemisferio izquierdo); y de otra parte, también investigaciones del propio Witelson⁶, por medio de estímulos taquitoscópicos en unión de los resultados anteriores, lo condujeron a concluir que los sujetos disléxicos presentan una especialización del hemisferio izquierdo para el procesamiento lingüístico como los varones normales, pero que también muchos disléxicos poseen una representación bilateral de las funciones espaciales que pueden interferir con el procesamiento de las funciones lingüísticas del hemisferio izquierdo. En resumen: que los dos hemisferios pueden estar comprometidos en el síndrome disléxico.

4. Se creía que la dislexia era solamente un trastorno funcional del cerebro, pero los estudios citoarquitectónicos mencionados por Hyand y Cohen¹, y los de

Galaburda y Kemper⁷, referentes a resultados de autopsias de sujetos previamente bien diagnosticados como disléxicos, muertos por accidente, sin ninguna otra patología, se demostró el hemisferio izquierdo aumentado y al examen microscópico anormalidad citológica (displasia y polimicrogiria, varias circunvoluciones pequeñas y mal formadas) en las regiones temporales izquierdas, que dan mucha evidencia respecto a una base orgánica neurológica de la dislexia.

- 5. Con anterioridad los exámenes por electroencefalografía común no habían podido establecer una estricta correlación entre las anomalías electroencefalográficas y el grado de retardo en la lectura; pero varias investigaciones, principalmente las de Duffy y cols⁸, por el procedimiento del mapeo de la actividad eléctrica encefálica (BEAM o brain electrical activity mapping), mediante EEG y potenciales evocados, han demostrado que la actividad eléctrica anormal de las áreas relacionadas en gran parte con el habla y la lectura (frontal media izquierda, temporal media izquierda y posterolateral izquierda) se correlacionan con las de la dislexia.**
- 6. Recientes investigaciones neuropsicológicas y electrofisiológicas han evidenciado que la población de disléxicos no está conformada homogéneamente, sino que es una entidad heterogénea compuesta por**

diferentes sub-tipos de disléxicos; los niños disléxicos difieren de los lectores normales, entre otros elementos, en las áreas de percepción visual, integración intersensorial, secuenciación del orden temporal y del desarrollo precepto-cognitivo. De aquí han surgido las clasificaciones entre los disléxicos como la de Elena Boder⁹, en tres sub-grupos: dislexia disfonética, dislexia diseidética y aléxica o mixta. También es interesante y más práctica la clasificación de Pirozzolo¹⁰, en dos sub- grupos: audiolingüístico y visoespacial.

Características de la dislexia

De acuerdo a diversos autores^{1,11,12,13,14,15} y ²⁹ las características de la dislexia del desarrollo se pueden resumir en la siguiente forma:

- 1. Condición patológica de base orgánica neurológica conformada por la dificultad severa del aprendizaje de la lectura (algunas veces acompañada al de la escritura), en donde lo característico, como ya se ha dicho, es el sobresaliente dominio de la alteración de la conversión de los símbolos escritos al significado.**
- 2. Con la característica anterior de una lectura con errores (inversiones, sustituciones, trasposiciones, omisiones, etc. de letras, sílabas o palabras) se**

puede considerar como disléxico a todo niño mayor de 8 a 9 años de edad, con educación previa, que no haya adquirido la lectura o que su nivel de ésta tenga de 1 1/2 a 2 grados escolares o años por debajo de su nivel normal. Por tanto, quedan fuera de esta característica los niños llamados "lectores lentos" (slow learners, de la terminología inglesa) o sea que tienen una destreza o velocidad lectora en retraso por folia de entrenamiento, pero en los cuales no se observan los tipos de errores antes dichos.

- 3. Su frecuencia es muy variable, se informa entre 3 a 10% o más dentro de la población escolar general; Hynd y Cohen¹, analizando varias sólidas estadísticas, concluyen que tal frecuencia varía entre 3 a 6% de la población de edad escolar, o sea, de 30 a 60 disléxicos por cada 1000 niños en edad escolar.**
- 4. En relación al sexo, todos los autores señalan una mayor prevalencia entre el sexo masculino del doble o más, en relación con el femenino.**
- 5. Se ha informado que la frecuencia de la dislexia varía con respecto a las diversas lenguas; por ejemplo Money¹³, presume que "la dislexia es muy poco frecuente en la lengua española porque es un idioma perfectamente fonético".**
- 6. Se mencionan algunos rasgos socioemocionales asociados a la dislexia, tales como: sentimiento de culpa, depresión, frustración ante esperanzas y aspiraciones, falta de motivación escolar, desconsuelo, sorpresa, desesperanza**

o perplejidad ante su incapacidad frente a los logros de sus camaradas escolares.

- 7. Respecto a su etiología se han mencionado diversos factores, tales como los siguientes: condiciones anormales preconceptionales; a este respecto, todos los autores informan que los estudios de Hallgren en 1950, concluyen en que la dislexia es probablemente transmitida de modo dominante en los varones y en forma recesiva en las niñas. También se han mencionado otros factores como los prenatales y perinatales, desnutrición, déficits hormonales, alteraciones bioquímicas, problemas emocionales intensos, privación socio-afectiva, etc.; todos estos sin confirmación precisa. Actualmente prevalece el concepto de que la dislexia es un problema de orden constitucional, posiblemente vinculado a factores hereditarios (casi siempre se encuentran alteraciones del lenguaje o hasta dislexias en los antecesores de los sujetos afectados) y asociado a un retardo de la lateralización, de la coordinación muscular fina, de la organización temporo-espacial y del desarrollo de todos los procesos perceptivos.**
- 8. Algunos autores como Ajurriaguera¹⁵, refieren como "factores etiológicos", ciertas condiciones que en realidad son síntomas característicos, de los cuales no se sabe por qué aparecen en los disléxicos, tales como los siguientes:**

Trastornos perceptivos o sea, alteraciones en la conceptualización de los estímulos que llegan a los centros encefálicos a través de los órganos sensoriales (vista, oído, tacto, etc.); en el caso de la lectura, tales fallas repercuten grandemente en la captación distorsionada de los símbolos, por estímulos ya sea visuales o fonéticos. Por ejemplo: en las dislexias de tipo viso-espacial, está profundamente alterada la percepción visual, la función visomotora y la producción gráfica.

Dificultades del lenguaje. Todos los autores mencionan que casi todos los disléxicos presentan algún tipo de alteraciones del lenguaje tales como: retardo en el inicio de las primeras palabras con significado, prolongación de las dislalias o defectos de pronunciación propias de los primeros años de edad, inversiones o trasposiciones de tetras o sílabas en la pronunciación de las palabras o trasposiciones de las palabras. Hay que insistir que en los disléxicos lo que existe es una dificultad en traducir los símbolos de carácter auditivo (identidad fonética de letras, sílabas, palabras), pero no por déficits en la agudeza auditiva, sino por fallas en la discriminación de los sonidos. Desde los años sesenta, Wepman, demostró que en un 27% de los escolares, hay una estrecha relación entre la inadecuada discriminación auditiva con relación a niveles de lectura significativamente bajos.

Alteraciones de la organización temporo-espacial. Se ha dicho que la expresión oral

y la lectura se producen en un molde de palabras y frases ritmo-melódicos; Borel Maisouny, referido por Ajurriaguera, ha evidenciado la frecuencia en la dislexia de una errónea percepción del ritmo, o sea una disminución de la capacidad de delimitar un intervalo de tiempo mediante la aprehensión de una serie de golpes provocadores de ruidos que siguen determinados patrones; estudios de esta clase indujeron a Mira Stambak, a estructurar y a estandarizar varios tests para la exploración del ritmo temporo-espacial en los sujetos sospechosos de dislexia. (Fig. 2).

Trastornos de la lateralización. Como se ha dicho antes, en los disléxicos hay una perturbación del hemisferio dominante por lo cual tienden a utilizar simultáneamente los engramas simétricos, mientras que en el individuo normal las impresiones recibidas por el hemisferio no dominante son desdeñadas; esto ha explicado que los disléxicos tienden a confundir las letras simétricas como: la p con la d; o la q con la b, etc. Esta pobre lateralización junto con la intervención en cierta forma del hemisferio no dominante parece que trae como consecuencia la frecuente presencia de déficits de orientación de derecha-izquierda o en general de orientación espacial que se ha evidenciado en los casos de dislexia.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

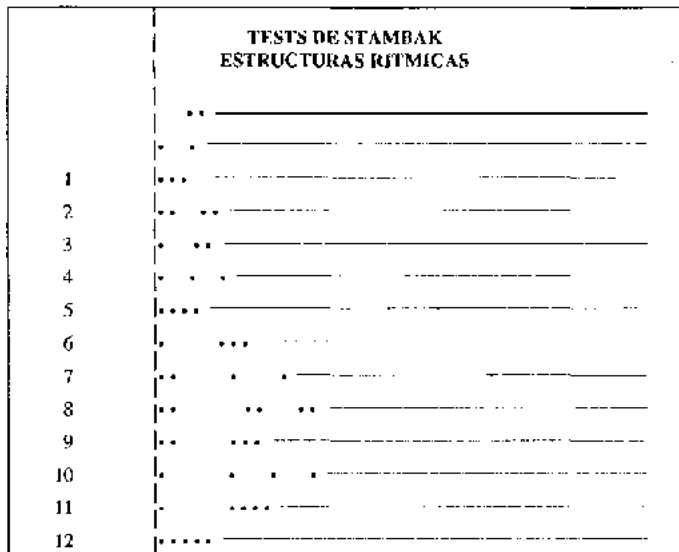
[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Material y métodos

En el trascurso de algo mas de 21 años de experiencia psico-pediátrica se diagnosticaran firmemente y fueron seguidos después, 20 pacientes afectados de dislexia del desarro llo, cuya proveniencia se distribuyó así: 8 del Servicio de Psicopediatría del Hospital Universitario de Caracas y 11 de la Consulta privada. La distribución por edades, sexo, etc. se discrimina en la Tabla 1. A todos se les elaboró detallada historia clínica. Ninguno de los pacientes presentó historia de enfermedad orgánica significativa desarrollo psicosocial normal y desde el punto de vista socioemocional algunos pocos casos presentaron rasgos débiles de ansiedad, depresión leve reactiva, desaliento y poca motivación escolar.

Fig. 2. En el test de Stambak, se debe reproducir sin intervención visual, ruidos por golpeteo siguiendo los patrones rítmicos señalados en los puntos.



13
14
15
16
17
18
19
20
21

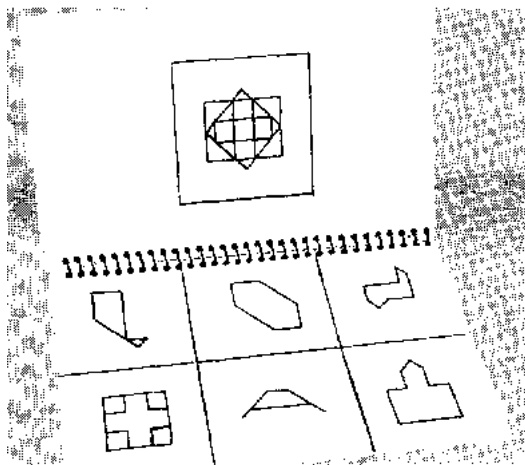
En cuanto a los métodos empleados, se siguió el esquema de tests de tipo neuropsicológico aconsejados por Hynd y Cohen¹, los cuales permiten diferenciar los subtipos de dislexia para los efectos del diagnóstico y tratamiento. Respecto al examen neurológico para estos casos y de acuerdo a los autores antes dichos, "no se justifica a menos que existan interrogantes específicas".

Procedimientos empleados	Funciones que exploran
Test de Wechsler (WISC)18	Inteligencia y diferenciación entre

Test de Matrices progresivas de Raven19	Coeficiente verbal (V) y de ejecución (E). Factor cuantitativo y cualitativo de inteligencia (g y e de Pearson)
Prueba de lectura de del Olmo modificada20	Velocidad, calidad de lectura y retención
Prueba de lectura de Remy21	Conversión simbólica de símbolos escritos.
Prueba de escritura 20	Simbolización escrita.
Test de Southern California University por J. Ayres:	
Percepción visual22 (Fig. 3)	Integración y conceptualización de estímulos visuales.
Percepción táctil23 (Fig. 4)	Funcionamiento de la dimensión praxica
Percepción kinestésica	Percepción espacial y direccional.
Test gestáltico visomotor de Bender24(Fig. 5)	Coordinación visomotora, conceptualización temporal y espacial y organización de la representación gráfica.

Test de Wepman25	Discriminación auditiva
Test de Head26 (Fig. 6)	Conceptualización de relaciones espaciales y construcción en el espacio.
Test de estructuras de Stambak 27	Ritmo y estructuración temporal.

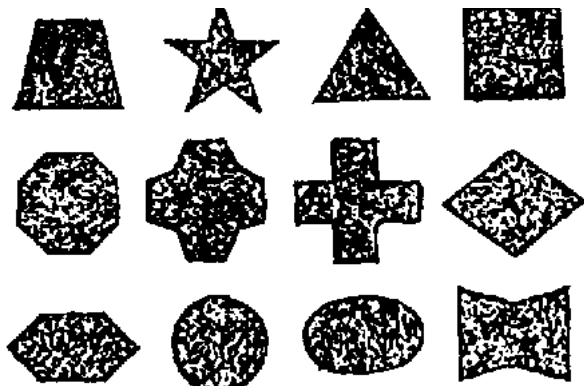
Fig. 3



Una muestra del test de percepción visual de Southern California University. El sujeto debe acertar en tiempo límite, entre las seis figuras de la parte inferior, tres que están "mezcladas" en la parte superior; en total, son 16 muestras de complejidad creciente. Se valoriza de acuerdo a la sucesión de errores sometidos a

la estandarización normal correspondiente.

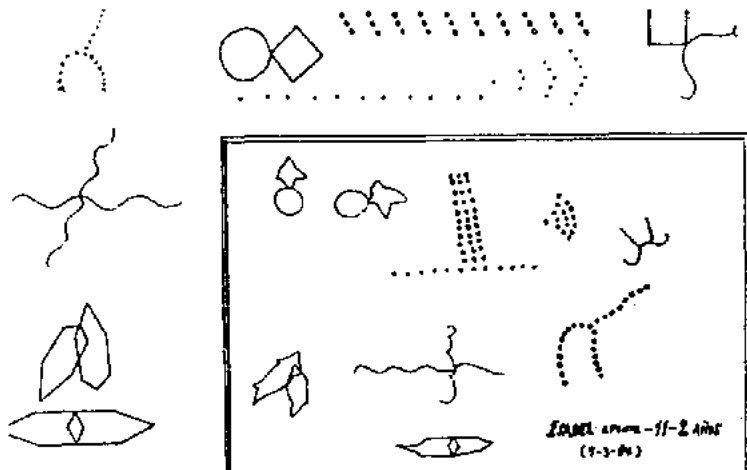
Fig. 4



En el test de percepción táctil de formas geométricas de Southern California University, el sujeto debe acertar dentro de limitado tiempo, formas de madera únicamente por manipulación manual, sin ninguna intervención de la vista. Este test

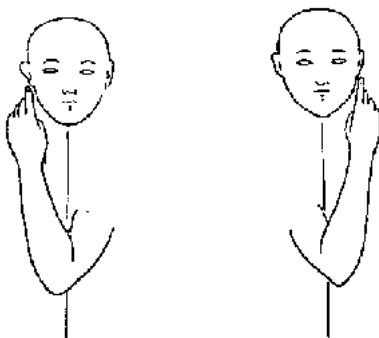
trata de evaluar la función viso espacial y táctil.

Fig. 5



Los dibujos por copia de esta niña Isabel A. (Caso N° 16), de 11 años de edad, es otro ejemplo típico de la alteración del test gestáltico visomotor de Bender. Se puede observar la inadecuada copia de 8 figuras colocadas dentro del recuadro (distorsiones de forma, rotaciones, sustitución de círculos por puntos), en comparación con las 9 figuras modelos regulares, situadas exteriormente. Normalmente, a esta edad, no deben producirse errores de copia.

Fig. 6



En el test de Head para la exploración del dominio espacial (derecha-izquierda), el sujeto debe reproducir, con límite de tiempo, la colocación de su índice en el sitio que indica cada imagen.

Tabla 1. Datos relativos a las características concurrentes en el estudio de 20 casos de Dislexia del desarrollo.

Pacientes	Edad a - m	Sexo	Estadio Puberal (Tanner)	Antecedentes familiare. Singnifi. -N°	Inicio de lenguaje R - N **	Evolución Escolar Grados Repetidos	Grado Actual
1. Julio C. N.	8 - 10	M	1	N	R	1°	1°
2. Victoria E.	9 - 0	F	1	Descono.	R	1°	2°
3. Alejandro S.	9 - 4	M	1	Signifi.	N	1°, 2°	2°
4. Mariana, C.	10 - 0	F	1	signifi.	N	2°, 3°	4°
5. Gustavo G.	10 - 0	M	1	N.	N	2°	2°
6. Carlos E.	10 - 4	M	1	Signifi.	R	1°, 2°	2°
7. Gastón G.	10 - 5	M	1	signifi.	N	1°, 2°, 4°	4°

23/10/2011

Contents

8. Victor J,	10 - 7	M	1	Signifi.	R	1°	2°
9. Juan P.	11 - 2	M	1 - 2	N	R	1°, 3°, 4°	4°
10. Mario C.	12 - 1	M	1 - 2	N	R	1°, 2°, 3°	3°
11. Giusepe A.	12 - 7	M	2	N	R	1°, 2°, 3°	3°
12. Maria H.	15 - 4	F	4	Descono.	-	1°, 3°	4°
13. Omar F.	9 - 0	M	1	N	R	1°, 2°	2°
14. Andreína T.	9 - 2	F	1	Signifi,	R	1°, 2°	2°
15. Celso, G.	10 - 7	M	1	Signifi.	N	1°, 2°	2°
16. Isabel A.	10 - 7	F	1	Signifi.	N	1°, 2°	2°
17. Tomás H.	12 - 7	M	1 - 2	Descono.	-	1°, 2°, 4°	4°
18. Alfredo A.	9 - 4	M	1	N	N	1°, 2°	2°
19. René C.	11 - 5	M	1	N	R	1°, 2°	2°
20. Diego B.	13 - 1	M	3	Signifi,	R	1°, 2°	4°

* N= Negativos

* Signifi. = Significantes: se refiere a casos en los cuales se ha encontrado un familiar directo (abuelo, padre, tío O hermano) con retardo significativo del lenguaje o sospecha de dislexia.

** R = Cuando el inicio de las primeras palabras con significado ha comenzado después de 24 meses de edad.

N = Inicio de las primeras palabras en edad normal.

Tabla 1A. (Continuación). Resultados de los tests lectura y escritura.

Paciente N°	PRUEBAS DE LECTURA					TEST DE ESCRITURA	
	Test del Olmo(Modificado)		Test de Remy			Niveles	
	Niveles * años Grados	Errores N°	Fracasos**	Niveles Años	Niveles Grados	Años	Grados
1	5 - 6a	-	-	-	-	5- 6a..	
2	-2	7	8		-2		-2

23/10/2011

Contents

3	5 - 6 a.	--	--	--	--	--	
4	-2	12	10		-2		-1
5	-2	10	13		-2 1/2	Normal	
6	5 - 6a.	-	-	-	-	-	-
7	-3	11	14		-3		-
8	5 - 6	-	-	-	-	-	-
9	-3	13	10		-3		-1
10	-3	10	11		-3		-1
11	-3	14	12		-4		-1
12	-4	12	13		-3		-1
13	4 - 6	-	-	-	-	-	-
14	-2	10	9		-2		-2
15	-3	9	12		-2		-2
16	4 - 5	-	-	-		-	-

17 18	5 - 3 6	12	13	-	-3	-	-1
19	5 - 6	-	-	-	-	-	-
20	-- 4	14	13		--3		- 3

***Los niveles se expresan en grados escolares. Cuando se menciona 5 - 6 años, significa que el alumno, no tiene ninguna capacidad de lectura o solamente es capaz de leer sílabas simples y cuando más, algunas palabras comunes compuestas de dos sílabas. Igual sucede en lo relacionado a la escritura; cuando se menciona 2 - 6 años se refiere a que solo es capaz. de copiar las letras o al dictado en algunas ocasiones palabras muy conocidas de dos sílabas.**

****Se refiere al número de fracasos en lectura de palabras difíciles.**

Tabla 1B (Continuación) Resultados de los test de lateralidad, de inteligencia (Wechsler (WISC) y Matrices Progresivas de Raven) y del Test gestáltico visomotor Bender. Para la valorización de este último se utilizó el método de Koppitz.

Pacienten N°	LATERALIDAD		INTELIGENCIA	VISOMOTRICID
	Manual	Visual	Tests	Test de Bender

23/10/2011

Contents

	Morley Test	Sighting test	WISC		RAVEN		N° Errores	N. A.
			C.V*	C.E**	C.G***	PERCENTIL		
1	D	D	90	107	97	50	4	A
2	1	D	108	110	102	-	2	N
3	D	1	91	110	100	75	5	A
4	D	D	77	118	95	50	1	N
5	1	I	80	103	90	50	4	A
6	1	D	77	98	99	50	2	N
7	D	D	92	103	97	50	2	N
8	I	I	87	106	96	50	3	N
9	D	D	87	114	100	-	3	N
10	D	D	97	111	104	-	2	N
11	D	D	92	107	99	50	4	A
12	D	D	97	108	104	-	2	N
13	1	D	113	93	103	-	5	A

23/10/2011

Contents

14	1	1	114	80	92	50	4	A
15	D	D	101	96	99	75	7	A
16	1	D	120	90	104	-	4	A
17	D	D	100	92	96	50	6	A
18	D	D	100	97	99	75	4	A
19	D	D	94	97	94	75	6	A
20	1	D	79	97	86	25-50	7	A

* Cociente verbal.

** Cociente de ejecución.

*** Cociente de inteligencia global.

N = Normal

A = Anormal

Tabla 1C (Continuación). Resultados de los tests de Percepción de Southern California University de J. Ayres, de discriminación auditiva de Wepman, de orientación derecha-izquierda de Head y de reproducción de las estructuras rítmicas

de Slambak. La valoración se realizó de acuerdo a la estandarización de cada uno de los autores (v. Bibliografía).

Paciente N°	PERCEPTION Test de Southern Calif. University			Discriminacion auditiva Test de Wepman N.A.	Orientacion espacial.Test de Head N.A.	Ritmo Test de Stambak N.A.*	Diagnostico final tipo de dislexia **
	Visual ± D.S.	Tactil ± D.S.	Kinestesica ± D.S.				
1.	+1.5	-0.8	-0.1	N	A	A	Disfonética (M)
2.	+0.1	+0.5	+0.5	A	A	A	" (M)
3.	-1.2	-1.5	-1.0	A	A	A	" (S)
4.	+0.9	+0.4	+ 1.2	A	A	A	" (M)
5.	+ 1.0	+0.9	+ 1.1	N	N	N	" (L)
6.	-0.5	-0.3	-0.7	N	N	N	" (M)
7.	+0.8	+0.7	+ 1.2	N	N	N	" (L)

8.	-0.2	-0.5	-1.1	A	A	N	" (L)
9.	-1.2	+0.2	+0.9	N	A	A	" (M)
10.	+0.6	+0.5	+0.9	N	N	N	" (L)
11.	+1.0	+1.3	+1.5	N	N	N	" (L)
12.	+1.1	+1.5	+1.8	N	N	N	" (L)
13.	-1.5	-1.0	-1.7	N	A	N	Viso espacial (M)
14.	-2.2	-1.5	-2.2	N	A	N	" (M)
15.	-1.8	-1.5	-1.9	N	A	N	" (M)
16.	-0.9	-0.8	-1.5	N	A	N	" (L)
17.	-212	-1.3	-2.5	N	A	N	" (M)
18.	-1.3	-2.0	-15	N	A	N	Mixta Aléxica (M)
19.	-2.5	-21	-2.0	N	A	N	" (S)

20. -1.8 -1.6 -2.5 N A N " (S)

* N = Normal

** L = Leve -

A = Anormal.

M = Moderada

S = Severa

Nota: En los tests de percepción de Southern California University se considera como deficit cuando el resultado arroja una puntuación por debajo de - 1 D. S.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#)

[Home](#) (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Resultados y discusión

Los resultados se resumen en las Tablas 1, 1A, 1B y 1C; de acuerdos ellos se puedan deducir las siguientes observaciones:

La distribución de los casos en cuanto edades, sexo, antecedentes se compagina aproximadamente con las características clínicas de esta entidad. Es muy típico que los padres consulten muy preocupados cuando trascurren dos o tres años escolares y no son promovidos a los años superiores o bien el maestro se queja de que el alumno no prospera. Los pacientes llegan a la consulta entre 8 a 10 años de edad; el promedio de edad en este grupo fue de 10 años 4 meses; no obstante hubo sujetos de primera consulta de 12, 13 y hasta de 15 años. Resalta el hecho de que algunos otros profesionales consultados previamente habían etiquetado a los sujetos como casos de retardo mental.

En la historia de la evolución escolar previa, lo típico es encontrar, como en esta estadística, que el alumno ha repelido 2 a 3 años escolares o más; en este grupo 15 (75%) habían repelido 2 o más grados escolares; y a pesar de contar con una edad mayor de 8 años, 8 pacientes (40%), no habían adquirido la habilidad para la lectura.

El sexo predominante fue el masculino en 15 casos (75%), como ocurre en todos los

estudios de grupos disléxicos.

Resultados de pruebas de lectura. A 12 casos en los cuales de alguna manera practicaban la lectura se aplicaron dos pruebas: 1) el test de del Olmo modificado²⁰, con valorización de velocidad, errores, y retención, con el resultado de retardos que oscilan entre 2 o más grados escolares ó 2 o más años por debajo del nivel normal; y 2) el test de Remy²¹, que es muy interesante pues detecta los errores propios de los disléxicos. Consta de dos escalas con 25 palabras cada una, de las cuales una tiene palabras fáciles del 1 er. y la otra palabras difíciles. La valoración se hace de acuerdo al número de fracasos. Entre 8 a 9 años (2° o 3° grado escolar) no debe haber fracasos. En este grupo de estudio los fracasos fluctuaron entre 8 a 14. Por ejemplo: el joven Giuseppe (Caso NP 11) quien tuvo el mayor número de fracasos presentó errores como los siguientes: "verguera" por vergüenza; "fragueti" por fragante; "ocidad" por ociosidad; "obseboi" por obsequiar, y seis palabras de la escala de 25 no las puedo leer, a pesar de contar con 12 1/2 años de edad.

Los déficits en la prueba de escritura fueron siempre de menor intensidad; alrededor de un grado escolar por debajo del nivel correspondiente. Sin embargo el

paciente Diego B. (Caso N° 20), de 13 años de edad para el momento del diagnóstico presentó muy frecuentes errores en su escritura al dictado (Fig. 7).

La exploración del dominio lateral manual y visual demostró seis casos con lateralidad mano-visual cruzada. En la exploración de la lateralidad visual se usó el sighting test. La correcta significación del predominio en zurdería y de la lateralidad cruzada, en los disléxicos, se refiere a la inestabilidad o a la poca madurez. del predominio lateral del cerebro.

Los resultados de la exploración de funciones perceptivas (visual, kinestésica y táctil) se pueden resumir así: los test de percepción visual y kinestésica, se mantuvieron dentro de la amplitud normal (+ D.S.) en los casos de dislexia de tipo disfonético; pero cierta frecuencia de bajo rendimiento en los tests de percepción táctil en lados los tipos de dislexia.

Es interesante recordar que en los disléxicos siempre debe hacerse la exploración de la inteligencia por medio del test de Wechsler ya que por medio de sus resultados en 1a escala verbal y de ejecución se fundamenta principalmente la clasificación de los sub-grupos de disléxicos así: predominio del cociente verbal sobre el de ejecución en los sub-grupos de dislexia visoespacial y al contrario, predominio del

cociente de ejecución, en los dislexico disfonéticos. Todos los pacientes obtuvieron un cociente global (CG) normal. Aquellos casos en los que el C.I.G. era menor de 100 se practicó el Test de inteligencia de Raven con resultados que fluctuaron entre percentil 50 y 75, o sea normal o superior para su edad.

El test gestáltico visomotor de Bender, es recomendado por casi todos los autores como instrumento básico para evaluar funciones encefálicas de las cuales casi depende el proceso de la Lectura; se refiere a la copia de nueve figuras muy bien estudiadas y estandarizadas (existen centenares de publicaciones alrededor de esta prueba). El resultado se mide por el número de errores (distorsiones, rotaciones, de integración de formas). Para su valoración se siguió el método de Koppitz, su anormalidad fue poco frecuente en los casos de dislexia disfonética pero siempre estuvo anormal en los disléxicos visoespaciales.

Fig. 7



A lo mucho tiempo

un muchacho canyase
que le decia quis
queres ver como
como gusan los
y como e vista ,



DIEGO B

Prueba de escritura del joven Diego B. (Caso N° 20) de 13 años de edad, afectado de dislexia severa de tipo mixto o aléxico; los niveles en su lectura fueron muy bajos y en SU escritura al dictado se pueden observar los errores típicos de conversión simbólica, como: "tiembo" por tiempo; 'vue' par fué; "guiares" por quieres; "qurecido" por crecido. etc.

La discriminación auditiva por el test de Wepman se mostró anormal, especialmente en los casos diagnosticados como del tipo disfonético. (Fig. 8).

Las pruebas de orientación espacial por el test de Head, mostraron anomalía en muchos casos de dislexia disfonética y siempre en los de tipo visoespacial y mixtas.

La reproducción de las estructuras rítmicas por el test de Stambak se mostró pocas veces anormal en las formas disfonéticas; al contrario siempre se mantuvo normal

en las de caracter visoespacial.

Clasificación de los casos

Para la clasificación de nuestros casos en sub-grupos, seguimos la clasificación de Pirozzolo (1981)¹⁰, de la manera siguiente:

Sub-grupos de dislexia

Audiolingüística(disfonética)*	Visoespacial(diseidética)*
C.I. verbal bajo en relación con el C.I. de ejecución (WISC).	C.I. de ejecución bajo en relación con el C.I. verbal.
Retardo del inicio y desarrollo del lenguaje.	Frecuencia de prolongación de la escritura "en espejo".
Déficits del habla expresiva	Disgrafía espacial
Errores de lectura por alteraciones fonéticas.	Errores de lectura concentradas en aspecto visoespaciales.
Alteración en la discriminación auditiva.	Pocas alteraciones en la discriminación

	auditiva.
Habilidades visoespaciales relativamente intactas.	Habilidades visoespaciales alteradas (inversiones, substituciones, omisiones, etc. de letras o silabas). Habilidades lingüísticas relativamente normales.

Fig.8

AL DICTADO:

era un abito una omubesito

hustido de Blone Mariana

MARIANA CAROLINA G.-10 a. D m. - 2º GRADO

POR COPIA:

Era una vez un hom-
breito vestido de blanco

Era una vez un hom-
breito vestido de blanco

MARIANA CAROLINA G.-10 a. 0 m. Mariana

Escritura al dictado y por copia de niña de 10 años de edad; se puede observar que al al tado tiene bastante confusión poro no así por copia, debido a que la discriminación auditiva es deficiente en los casos de dislexia disfonética como la que padece esta niña.

Diagnósticos definitivos

Los diagnósticos definitivos se hicieron de acuerdo a los resultados de las múltiples exploraciones y en atención a la clasificación antes expuesta; tales diagnósticos finales fueron los siguientes:

Dislexia disfonética	12	casos
Dislexia visoespacial	5	"
Dislexia mixta o aléxica	3	"

Evolución y pronóstico

En cuanto al tipo de evolución y pronóstico se siguió la clasificación de Hawke, quien divide las dislexias en tres grados:

Dislexia leve: resultados de alteraciones y pruebas poco distorsionados y progreso en su rehabilitación con ganancia de un año escolar o más por cada año de rehabilitación. Generalmente logran seguir una escolaridad normal.

Dislexia moderada: en los cuales los resultados de las diversas pruebas tienen cierto

grado de intensidad y los progresos de la rehabilitación logran aproximadamente un año escolar por cada 2 años de rehabilitación. Generalmente continúan con dificultades escolares, por algunos años.

Dislexia severa: exámenes de intensa anormalidad y casi ningún progreso escolar. Tienen necesidad de ser orientados hacia profesiones de tipo práctico que no requieren el uso de mucha lectura. Los progresos en la escritura fueron algo satisfactorios.

Seguimiento y estado final

Como se puede observar en la Tabla 2, la cual recoge los datos del seguimiento de los casos estudiados y de acuerdo a su evolución, estos se distribuyeron de la manera siguiente:

Dislexia moderada	9	casos
Dislexia leve	7	"
Dislexia severa	4	"

Las formas de dislexia leve respondieron bastante bien a los métodos psico-

pedagógicos. En algunos de estos pacientes fue suficiente el auxilio de una maestra de 1° a 2° grado, que prestara entrenamiento adecuado.

Tabla 2. Dalos referentes al seguimiento de los casos de dislexia del desarrollo referidos en el presente estudio.

Paciente N°	Edad de primera explora	Nivel de lectura	Tipo de dislexia	Edad ultima exploración	Tiempo transcurrido	Nivel alcanzado en lectura	Pronóstico Leve. Mode.	I Esc
	a - m	a- Gra.	D-V-M*	a - m	a - m	+Gr.**	Seve.	
1	8-10	5 - 6***	D	13-3	5-2	+3	M	Sig c/c
2	9-0	-- 2	D	14-0	5-0	+3	M	Rej gra
3	9-3	5 - 6	D	14-2	4-9	+2	S	Ori vo
4	10-0	-- 2	D	16-1	6-1	+4	L	No

23/10/2011

Contents

5	10-0	5 - 6	D	13-2	3-1	+2	M	Dif esc
6	10-4	5 - 6	D	13-6	3-4	+2	M	Dif esc
7	10-5	-- 3	D	13-1	3-8	+3	L	No
8	10-7	5 - 6	D	14-10	4-3	+3	L	No
9	11-2	-- 4	D	14-4	3-3	+3	L	No
10	12-1	-- 3	D	16-8	4-7	+4	L	No
11	12-7	-- 4	D	14-9	2-2	+1	M	Dif esc
12	15-4	-- 4	D	17-6	2-2	+4	L	No
13	9-0	5-6	V	17-4	8-2	+5	M	Rej gra
14	9-2	-- 2	V	14-8	5-6	+3	M	Rej gra
15	10-3	-- 3	V	15-6	5-3	+4	L	No

23/10/2011

Contents

16	10-7	5-6	V	16-9	6-8	+4	M	Dif
17	12-7	- -3	V	15-8	3-1	+3	L	Esc NO
18	9-4	5-6	M	14-8	5-4	+2	S	Ori Tra
19	11-5	5-6	M	31-4	20-3	+13	S	Tra prá
20	13-1	- 5	M	21-3	7-2	+5	S	Tra prá

* D = Dislexia disfónica; V = visoespacial y M = Mixta

** Gr. = grados escolares. a = años; m = meses

L = Dislexia leve; M = dislexia moderada y S = dislexia.severa.

En los pacientes afectados de dislexia moderada la rehabilitación por los métodos psicopedagógicos, procura una mejoría muy lenta en su lectura, tanto en velocidad como en retención, por lo cual continúan con dificultades en el rendimiento escolar:

Diagnostico diferencial

El diagnóstico diferencial no es difícil para el pediatra si se toman en cuenta las características clínicas ya dichas.

De manera practica, solamente hay que distinguir el autentico caso de dislexia de dos posibles condiciones, siempre en mayores de 8 a 9 años de edad:

- 1. la posibilidad de un retardo mental pero de forma leve o subclínica, en este caso se encuentran antecedentes significantes como: datos negativos prnceptuales, peri y post-natales, retardo del desarrollo en general a excepción del lenguaje en los años anteriores y la observación y actitudes en el consultorio (lentitud de comprensión, respuestas "infantiles" para su edad, etc.) son de valiosa ayuda;**
- 2. alumnos que cursen el 2° o mayores grados escolares, que sean de los tan abundantes llamados "lectores lentos"; en estos casos, el medico pone a leer al paciente (en una revista cualquiera o hasta en un periódico) y oír con atención su lectura; en estos casos la lectura la realizan con lentitud pero sin que se produzcan o con muy poca frecuencia errores de conversión simbólica tales como: substituciones, trasposiciones, inversiones, omisiones, etc. de letras, sílabas o palabras.**

Tratamiento

El único tratamiento es la rehabilitación psicopedagógica por medio de procedimientos muy especiales administrados por profesionales muy bien entrenados y de acuerdo al tipo de dislexia, los cuales están fuera del alcance del pediatra. Solamente a título ilustrativo mencionamos algunos como:

- 1. el método llamado de Orton-Gillingham, especialmente para los disiléxicos de tipo viso espacial, en donde se elimina el procedimiento "global" de la enseñanza de la lectura y se estimula por diversos modos las capacidades fónicas del paciente;**
- 2. el procedimiento de Fernald o también resumido en forma de VAKT (visual, auditivo, kinestésico y táctil), en donde se realiza una poliestimulación por diferentes medios (inclusive hay equipos especiales electrices en donde el individuo simultáneamente va subrayando cada letra o palabra, la va viendo en una gran pantalla y la oye por un audífono ajustado a cada oído); y**
- 3. el entrenamiento perceptual de Frostig, el cual se refiere a dar gran estímulo por múltiples medios a las funciones perceptuales (coordinación ojo-mano, figura-fondo, constancia de formas, posición en el espacio y relaciones espaciales). Personalmente tuvimos ocasión de hacer una pasantía en el**

Instituto Frostig, en Los Angeles durante nuestro curso de Psicopediatría en la Universidad de California L.A.

Guía diagnóstica y conducción psicológica por el pediatra

La guía diagnóstica para el pediatra se puede resumir así:

Sospechar posible dislexia del desarrollo cuando se identifiquen los siguientes elementos:

- 1. Antecedentes familiares significantes como: parientes directos con retardo acentuado del desarrollo del lenguaje o mucho retraso para la lectura.**
- 2. En los antecedentes personales, negativos prenatales y post-natales.**
- 3. Retardo del inicio de las primeras palabras, por lo menos, después de 2 años de edad. También prolongación de los efectos de pronunciación o dislalias después de los 6 a 7 años de edad. De otra parte, tendencia a escribir las letras al revés o "en espejo".**
- 4. Quejas de los padres referentes a que su hijo ha actuado bien en el kinder pero que lleva 2 a 3 años en educación escolar y todavía no lee o lo hace con muchos errores y falta de comprensión de lo que lee.**

5. Realizar de manera rápida una prueba "rústica" de lectura como se detalló antes.
6. La sospecha de la dislexia no se puede tener sino sobre alumnos mayores de 8 y medio a 9 años de edad, pues desde hace muchos años se sabe que el aprendizaje de la lectura dentro de la población normal tiene una amplitud entre 4 a 8 años de edad.

La conducción psicológica es muy importante frente a la preocupación y angustia de los padres y del propio alumno al ver que está fracasando en el rendimiento general escolar, sin que muchas veces se dé cuenta de su mal desempeño en la lectura. Tal conducción se puede resumir así:

1. Saber oír las "quejas" desorientadas, sorprendidas y angustiosas de los padres, respecto a bajo rendimiento, habitualmente en los grados 39, 49 y aun en los superiores (en nuestra casuística hay varios casos que han sido promocionados insólitamente a 49 ó 59 grado, sin saber leer), y proceder a seguir las normas antes dichas para detectar un posible caso de dislexia.
2. Si se elimina el posible problema disléxico y se afirma que se trata de un "lector lento", el cual es de pronóstico muy benigno, lo indicado es aconsejar a los padres a la búsqueda de una maestra de 19 o 29 grado escolar para que

suministre entrenamiento adecuado en lectura, colateral a las actividades escolares cotidianas. A veces tal entrenamiento puede ser extensivo a escritura o a manejo de números.

- 3. Si sospecha un caso verdadero, hacer la referencia a un profesional conocido psicopedagogo de mucha experiencia en la materia o a un instituto de educación especial. Desafortunadamente en Venezuela, con rarísimas excepciones, no se cuenta ni con profesionales de solida preparación y experiencia en dislexia ni con instituciones especializadas. En algo abundan profesionales que se llaman "especialistas" en tratamiento de dislexia, pero con fines promocionales, lodo caso con ligero retardo benigno de lectura, lo catalogan como "dislexia".**
- 4. Pero antes de la referencia dicha, hay que proceder a clarificar con detalles en el ánimo de los padres o del alumno, en que consiste la dislexia, cuales son sus características y cual es el desenvolvimiento del alumno en el futuro, de acuerdo al tipo de dislexia ya detallado en páginas anteriores.**

Insistir mucho en la entrevista con los padres en tres cuestiones: 1) en que es una condición respecto a la cual todavía no hay una explicación científica firme en relación a su etiología o factores causales a fin de evitar sentimientos de culpa o actitudes inadecuadas entre los padres; 2) estar listos a contestar todo genero de

preguntas; y 3) estimular en el ánimo de los padres que muchas veces se llega a la normalidad escolar y así poder continuar estudios superiores; pero que en otras ocasiones, en las pocas formas resistentes o severas, en el futuro, el sujeto se puede desenvolver en su vida con un trabajo práctico que requiera el poco uso de la lectura.

El actual y el gran problema colateral a las dislexias instituciones

Como se dijo antes, el principal diagnóstico diferencial por hacer en el caso de la dislexia es la detección de los muy frecuentes llamados "lectores lentos" (slow learners de la terminología inglesa); o sea, aquellos alumnos normales, no dislexicos, sino que por falta de entrenamiento, por carencia de oportunidades, por deficientes estrategias en la enseñanza o por inadecuadas promociones desde los primeros grados escolares 1° 2° ó 3° son "pasados" a grados superiores, sin haber adquirido el dominio de la lectura y entonces una gran cantidad de ellos llegan a 5° 6°, 7° y hasta 8° grado de educación básica consultando a los profesionales (medicos de adolescentes, psicólogos, etc.) por un mal rendimiento escolar, en los cuales en exámenes orgánicos y psicológicos no se encuentra sino como única causa que su nivel en destreza y velocidad en lectura está por debajo de su nivel escolar al cual está asistiendo.

La frecuencia de estos peculiares déficits en la lectura se esta convirtiendo en un serio problema educacional y social, no solo en nuestros países en desarrollo sino también hasta en los países industrializados. En un detenido estudio nuestro, presentado a las actuales Jornadas Nacionales de Pediatría "Dr. Alberto J. Serrano Galavis" de 104 adolescentes consultantes por bajo rendimiento escolar (disfunción escolar), en los cuales se practicó a cada uno una exploración completa desde el punjo de vista orgánico y psicológico, se encontró que en el 70% el único factor causal era el considerable déficit en el dominio de la lectura. En recientes días, durante las XXIV Jornadas Científicas de INAPSI, el Dr. Jim Sasaki, profesor de educación especial de la Universidad de Alabama, refería que alrededor del 80% de las dificultades en el rendimiento escolar, en los Estados Unidos, estan asociadas a los déficits en el dominio adecuado de la lectura.

La pobre capacidad en la lectura de los alumnos venezolanos en el contexto internacional

Las anteriores aseveraciones, en lo concerniente a nuestro país, han tenido respaldo sólido con motivo de la siguiente investigación: la International Association for the Evaluation of Educational Achievement, conectada al Institute of Education de

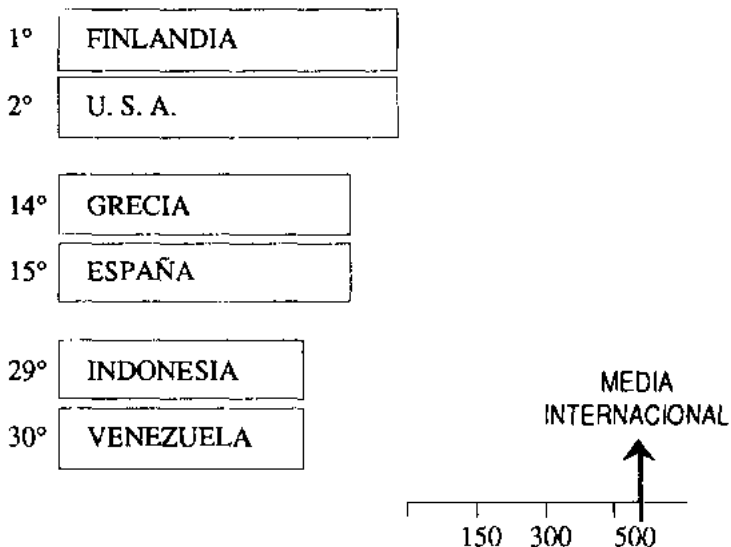
UNESCO, con asiento en Hamburgo y actuando como coordinador el Prof. Warwick B. Elley, ha aplicado entre 1990-1991 un test de lectura adecuado y similarmente estructurado para evaluar la capacidad de la lectura con carácter internacional, en 210.050 alumnos (93.039 de 10 años de edad y 117.020 de 14 años), en 32 naciones pertenecientes a varios continentes; los interesantísimos resultados han sido publicados en un libro intitulado How in the World do students read? (1992): pues bien, en esta sólida investigación, entre otros detalles, lamentablemente resalta que los alumnos venezolanos de 10 años de edad, ocuparon en rendimiento del mencionado test de lectura, la última posición entre 30 países en donde se realizó la investigación (Fig.9), y entre los alumnos de 14 años de edad, Venezuela ocupó el 29° lugar seguida de Nigeria, Zimbabwe y Botswana.

Resumen

Aún para los países industrializados, la dislexia del desarrollo o incapacidad específica y pertinaz. para la lectura es hoy uno de los importantes problemas de salud pública por su frecuencia (3 a 10% de la población escolar) y porque cada día es más apremiante la necesidad de ser un lector fluido para el normal desarrollo formativo y para alcanzar medios de trabajo calificado. En esta presentación se estudian en detalle 20 casos de esta condición, diagnosticados por clínica y por

medios psico técnicos adecuados (Test de WISC. Ayres, Bender, Stambak, Head, Remy, etc.). Además de destacar la importancia del tema, entre cuyos principales motivos figura su alta frecuencia (se calculan no menos de 120.000 disléxicos en el país). Su actualización incluye hasta los informes de mapeo computarizado y los de citoarquitectura cerebral. Se demuestran los medios de precisar el diagnóstico de los sub-tipos y la prescripción de formas de tratamiento y conducción psicológica de padres y pacientes. Se incluye una guía práctica para el pediatra que le pueda conducir a su diagnóstico para una pronta referencia. También se muestran los resultados del seguimiento de cada uno de los casos, el cual fluctuó entre 2 a 20 años. Como problema colateral a los disléxicos se informa la pobre condición en lectura de los alumnos venezolanos dentro del contexto internacional. De acuerdo a minuciosa búsqueda venezolana (médica o psicológica), no se ha encontrado ningún registro bibliográfico semejante al desarrollo del presente tema.

Fig. 9



Posición de alumnos venezolanos de 10 años de edad, en niveles de lectura' entre

30 países de diversos continentes. Algunas naciones ocupan niveles altos en relación al índice medio de 500, como Finlandia y U.S.A.; otros el nivel medio como Grecia y España; pero Venezuela se sitúa en la última posición después de Indonesia (De acuerdo a los datos de la investigación coordinada por Elley (v. Bibliografía).

Bibliografía

- 1. Hynd, G. & Cohen M. Dislexia. Editorial panamericana. Buenos Aires. 1987.**
- 2. Kolb, D. & Whishaw, F. Fundamentals of human neuropsychology. W. H. Freeman Co. San Francisco. 1980.**
- 3. Geschwind, N. Selected papers on language and the brain. Dordrecht-Kolland. D.Reidel Publishing Co. Amsterdam. 1974.**
- 4. Hier, D.B., Le May M., Rosemberger, P.B. y Perlo Y.P. Developmental dislexia. Evidence for a subgroup with a reversal of cerebral asymmetry. Archi. Neurolo. 1978,35:90-92.**
- 5. Witetson, S.F. & Ravinovich, M.S. Hemispheric speech lateralization with auditory**

linguistic deficit. Cortex, 1972.8:412426.

6. Witelson, S.F. Developmental dyslexia. Two right hemispheres and none left. Science 1977, 195:309-311.

7. Galaburda, A.M. & Kemper, TL. Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia. Ann. Neurolo. 1979, 6: 94-100.

8. Duffy, H.F. y col. Dyslexia: Automated diagnosis by computerized clasification of grain electrical activity. Annals Neurolo. 1980, 7: 421-428.

9. Boder, E. Developmental dyslexia. A diagnostic approch based in three atypical reading pattern. Develop. Med. Child Neurol. 1973: 15: 663-687.

10. Pirozzolo, F.J. Language and brain: Neuropsychological aspects of developmental reading disabilily. 1981, School Psychology Review 10: 350-355.

11. Ameritan Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder(3a.edi.)DSM III. Washington DC. Ame. Psychi. Asso. 1980.

12. Benton, A.L. Evolution of a concept. Bull. Orton Society. 1980: 30: 10-26.

- 13. Money, J. Reading disability. Progress and research in dyslexia. The Johns Hopkins Press. Baltimore. 1962.**
- 14. Levinson, H.N. A solution in the riddle dyslexia. Springer-Verlag. New York. 1980.**
- 15. Ajurriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatria infantil. (3a.edi.) Toray-Masson S.A. Barcelona. 1976.**
- 16. Wepman, J.M. Auditory discrimination test. Language Research Associates. 1958.**
- 17. Stambak, M. Tres pruebas del ritmo. En Manual para el examen psicológico del niño por R. Zazzo. Edit. Kapelusz. Buenos Aires. 1963.**
- 18. Wechsler, D. Wechsler Intelligence Scale. Manual. The Psychological Corporation. New York. 1979.**
- 19. Raven, J.C. Test de Matrices Progresivas. Editorial Paidós Buenos Aires. 1974.**
- 20. Barrera M., G. Estandarización de un test rápido de lacto-escritura. XXX Jornadas Nacionales de Pediatría "Dr. Alberto J. Serrano Galavis". San Cristobal. Septiembre de 1993.**

21. Remy, I. Prueba de lectura. En Selección de tests al servicio de la psicología infantil par E. Collin. Edit Kapelusz. Buenos Aires. 1969.

22. Southern California Visual Perception test por J. Ayres. Manual. Western Psychological Service. Beverly Hills. 1966.

23. Southern California Kinesthetic and táctil perception tests. Manual. Western Psychological Services. Beverly Hills. 1966.

24. Koppitz, E.M. The Bender Gestalt test for young children. Grane & Stratton, Inc. New York. 1967.

25. Wepman, J. Interrelationship of hearing speech and. Reading teacher. 1961, 14: 245-248.

26. Zazzo, R. El test de Head. En Manual para el examen psicológico del niño. Por R. Zazzo. Edil. Kapelusz. Buenos Aires. 1963.

27. Hawke, W.A. Specific reading disabilities. Pedí. Cli. North Ame. May, 1958.

28. Elley, W.B. How in the world do students read? Interna. Asso. for the Evaluation

of Educational Achievement. Hamburg. 1992.

29. Dworkin, E.D. Learning and behavior problems of School Children. Second edition. W.B., Saunders Co. Philadelphia. 1986.

[Indice](#) - [◀Precedente](#)