

12^a edición

Postgrado Experto

en TDAH, trastornos del Aprendizaje
y trastornos de la Conducta

2021/2022

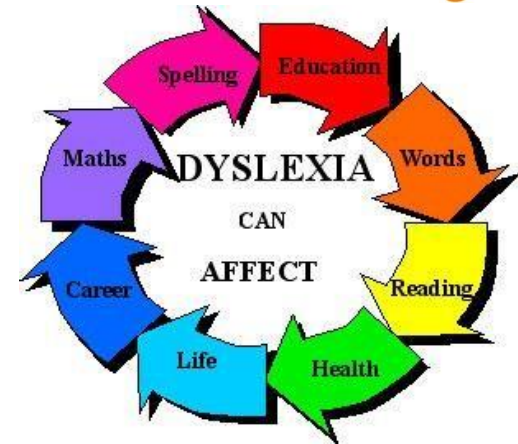
M 4. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

UNIDAD 31: Comorbilidades y problemas asociados: Trastornos del estado de ánimo. Mercè Gonzàlez



INTRODUCCIÓN

La Dislexia puede afectar de manera muy severa la vida de las personas, sobre todo en su infancia y adolescencia, cuando pasa sin ser diagnosticada ni tratada correctamente.



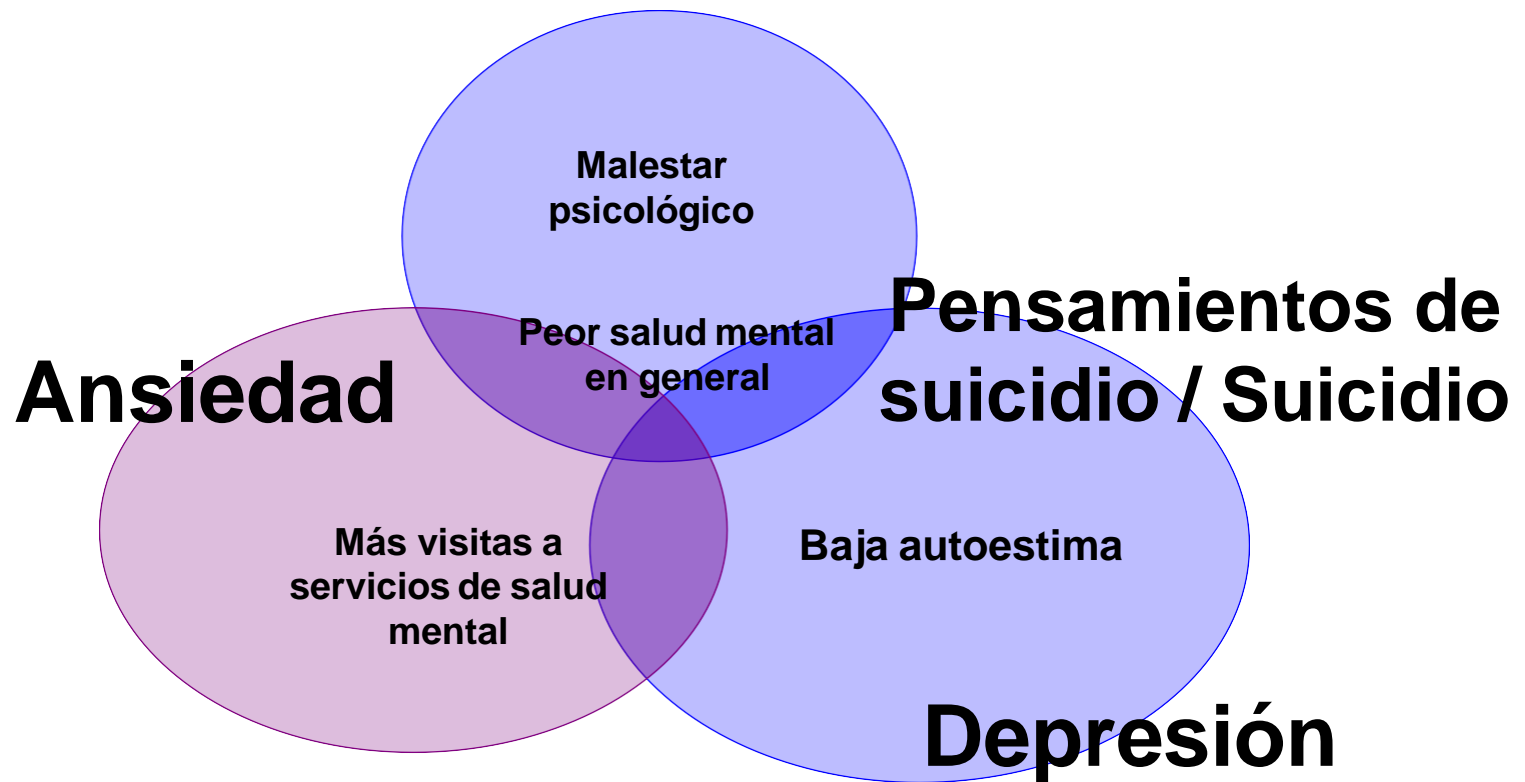
En esta unidad trabajaremos sobre dos grandes áreas de comorbilidad con la Dislexia: la **depresión** y la **ansiedad**.

Aunque durante muchos años algunas corrientes teóricas consideraban que la dislexia era la **CONSECUENCIA** de un trastorno emocional, hoy la evidencia científica claramente indica lo contrario: que la dislexia (no diagnosticada o no tratada) puede ser la **CAUSA** de algunos trastornos emocionales.

Estructura de la Unidad

- El contenido de esta Unidad se estructura alrededor de la relación entre las dificultades de aprendizaje y:
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Ideación suicida (pensamientos, intentos o suicidios consumados)
 - Delincuencia
- A partir de datos extraídos de 5 artículos publicados en revistas internacionales

Consecuencias psicológicas de los Tr Aprendizaje



Ansiedad

- La consecuencia emocional **más frecuente** entre los disléxicos adultos: fobia social, Tr Ansiedad Generalizada
- Se sienten **inseguros** debido a la constante **frustración** y anticipación del **fracaso**, lo cual les lleva a desarrollar conductas de **evitación**
- En la escuela o en el trabajo, las conductas de **evitación** se pueden **confundir** con ***gandulería, pereza, incapacidad, apatía...***
- A menudo la **frustración** también provoca reacciones de **enfado o ira**. La persona puede “aguantar” mientras está en la escuela o trabajo pero acaba “explotando” cuando llega a casa y “lo paga” con su familia o amigos.

Depresión

- Las personas con **dislexia**:
 - tienen muchas más probabilidades de ser **menos** resistentes a otros estresores
 - tienen más probabilidades de reaccionar con mayores sentimientos de **pena y dolor**
 - los **niños o adolescentes** con síntomas de depresión no suelen presentar letargo o tristeza; pueden presentar sobreactividad, irritabilidad o **agresividad** como reacciones de autodefensa
 - Las características comunes son:
 - **Autopercepciones** (autoconcepto /autoimagen/ autoestima) **negativas**
 - Tienden a disfrutar menos con los acontecimientos felices
 - No anticipan nada positivo del futuro, prevén **fracaso**

Autoimagen

- Muy **vulnerable** a los errores cometidos.
- Tener éxito en la escuela es la fuente principal de autoestima
- Los niños no nacen sabiendo fracasar, **aprenden que están fracasando** porque esa es la imagen que les ofrece su entorno.
- Diferentes investigaciones muestran que cuando los niños tienen éxito en la escuela, atribuyen su éxito a su propio esfuerzo. Cuando el disléxico tiene éxito, suele atribuirlo a la suerte o a haber recibido ayuda extra.
- Después de los 10 años de edad, la autoimagen y autoestima del niño empieza a consolidarse. Si la autoestima es mala, es preciso intervenir lo antes posible.

Problemas en la familia

- Gran impacto en las familias:
 - Algún progenitor también probable disléxico
 - Anticipación del fracaso antes de acabar la escuela
 - Inversión en recursos económicos y esfuerzos emocionales.
- Rivalidad entre hermanos con/sin dislexia:
 - El hermano disléxico recibe más atención
 - El hermano no disléxico se siente apartado y utiliza su “superioridad” académica contra el otro

ARTÍCULO 1: “The Mental Health of Canadians with Self-Reported Learning Disabilities”.

The Mental Health of Canadians With Self-Reported Learning Disabilities

Alexander M. Wilson
Mount Allison University
Catherine Deri Armstrong
University of Ottawa
Adele Furrie
Ottawa, Canada
Elizabeth Walcot
Université de Sherbrooke

Journal of Learning Disabilities
Volume 42 Number 1
January/February 2009 24-40

En las diapositivas siguientes encontrarás diversos datos extraídos del artículo *“The Mental Health of Canadians with Self-Reported Learning Disabilities”*.

Variables controladas en el estudio

En este estudio se controlaron estadísticamente todas aquellas variables que pudieran influir de manera anómala en los resultados.

La **conclusión** a este respecto fue que los problemas psicológicos asociados a los Trastornos de Aprendizaje de las personas de la muestra eran **independientes** de:

- Ingresos económicos
- Nivel de escolaridad
- Estructura familiar
- Soporte social
- Salud física

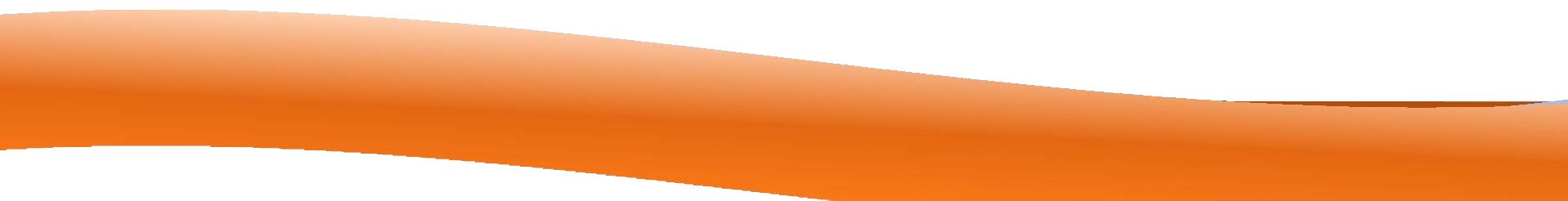
Esto significa que los trastornos de aprendizaje **afectaban de manera similar** a las personas de la muestra aunque proviniesen de distintas clases socioeconómicas, tuviesen distinta estructura familiar, salud física, etc.

Malestar psicológico en la muestra con Dificultades de Aprendizaje por grupos de edad y género

Mayor en el grupo de 15 a 21 años:

- Hombres: 46 %
- Mujeres: 65 %

Relacionados con la evolución académica
negativa:

- no acabar la escuela secundaria obligatoria
 - no acabar la secundaria postobligatoria
- 

Comorbilidad con los Trastornos de Ansiedad

Los **Trs .Ansiedad** son los más comunes entre los jóvenes con Trastornos de aprendizaje

-Edad de inicio media: **11 años**

-Tr. Ansiedad más frecuente: **Fobia social** , manifestada principalmente como **fobia escolar**

-Asociado a fracaso escolar, pocas habilidades sociales, aislamiento social.

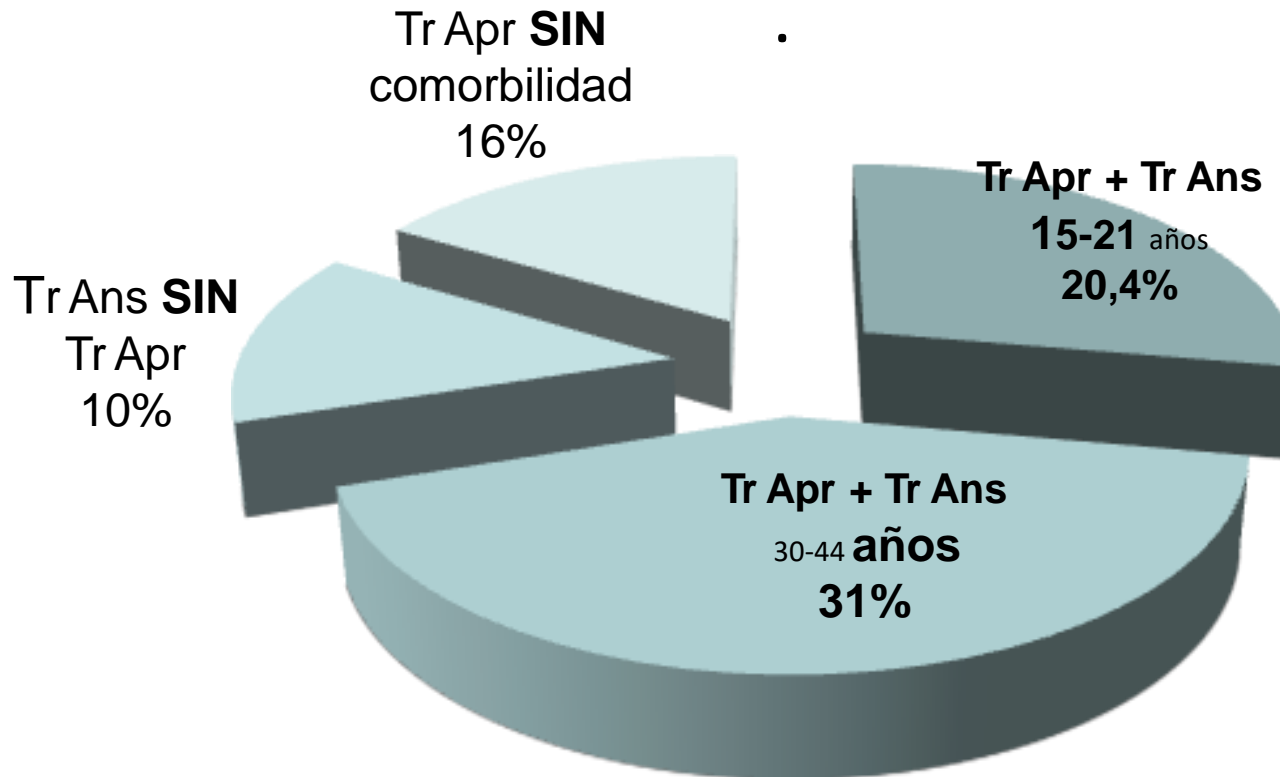
Prevalencia Trs. Ansiedad (fobia social, agorafobia, tr. pánico):

-Grupo 15-21 años: 20,4 %

-Grupo 30-44 años: 31,0%

-Grupo **SIN** Tr. Apr: 10% estable (no varía con edad)

Comorbilidad Tr Apren > Tr Ansiedad



Pensamientos suicidas y depresión:

- Grupo **CON** Tr. Apr: las tasas aumentan ente los 15 a 21 años, y los 22 a 29 años.
- Grupo **SIN** Tr. Apr: mismo patrón...

PERO...

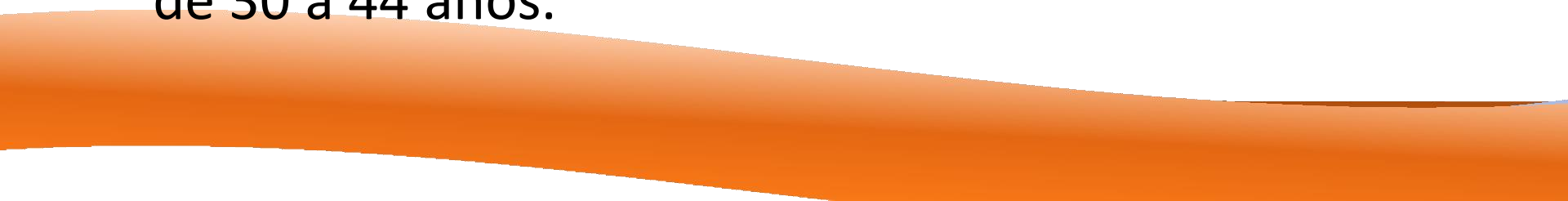
- Grupo **CON** Tr. Apr: las tasas **siguen aumentando** en el grupo de 30 a 44 años.
 - Grupo **SIN** Tr. Apr: las tasas **se reducen** en el grupo de 30 a 44 años.
- 

TABLA 1. Indicadores de problemas emocionales según el género

	Hombres	Mujeres
Episodios depresivos	++	+
Ataques de ansiedad	++	+
Visitas a servicios de salud mental	++	+
Pensamientos suicidas	+	++
Malestar psicológico (<i>distress</i>)	+	++
Peor salud mental en general	+	++

TABLA 2. Diferencias entre personas SIN y CON Dificultades de Aprendizaje

Aspectos evaluados	Sin DA	Con DA
<i>Soporte social tangible</i>	44,5	38,8***
<i>Soporte emocional o informativo</i>	38,6	30,6***
<i>Salud física autopercebida</i>	63,6	43,3***
<i>Dificultades físicas crónicas</i>	53,0	75,6***
<i>Educación secundaria NO acabada</i>	20,0	43,7***
<i>Estado civil (% casados o parejas hecho)</i>	54,0	28,4***
<i>Estado laboral (% trabajando)</i>	78,6	63,1***
<i>Actualmente estudiando</i>	25,3	29,9***
<i>Nivel de ingresos (% en nivel inferior o inferior-medio)</i>	8,9	18,8***

Nota: *** = $p < ,001$ (diferencias muy significativas)

D.A. Dificultades de Aprendizaje

Tarea para el alumno

- Una vez revisada la tabla 2, realiza la siguiente tarea.
 - **Tarea:** Diferencias entre personas SIN y CON Dificultades de Aprendizaje
- Encontraras esta tarea junto al resto de contenidos de la unidad

ARTÍCULO 2: Dificultades de aprendizaje y suicidio adolescente

- Hazel et al. (1997) llevaron a cabo un original estudio en Canadá: analizaron todas las **notas de suicidio** disponibles (n=27) de los 267 suicidios adolescentes en los últimos 5 años. En dichas notas se buscaron **errores ortográficos y gramaticales**.
- Los resultados mostraron que el **89%** de los 27 adolescentes que habían dejado una nota tenían **déficits significativos de ortografía y gramática**, similares a los que se ven en los adolescentes con Tr Aprendizaje.

4.) Hazel, E., McBride, A., & Siegel, L. S., "Learning disabilities and adolescent suicide," *Journal of Learning Disabilities*, November 1997, vol. 30.

**ARTÍCULO 3: RELACIÓN ENTRE SUICIDIO,
ABANDONO ESCOLAR Y PROBLEMAS DE LECTURA
EN POBLACIÓN ADOLESCENTE**

Suicidality, School Dropout, and Reading Problems Among Adolescents

Stephanie S. Daniel, Adam K. Walsh, David B. Goldston, Elizabeth M. Arnold,
Beth A. Reboussin, and Frank B. Wood

JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES
VOLUME 39, NUMBER 6, NOVEMBER/DECEMBER 2006, PAGES 507-514

CONCLUSIONES del ARTÍCULO 3

- Los adolescentes con habilidades lectoras pobres presentan tasas más elevadas de:
 - **(1) ideación suicida e intentos de suicidio**
 - **(2) abandono escolar y fracaso escolar**que los adolescentes con habilidades lectoras normales.
- Estas diferencias son claras una vez se han controlado:
variables demográficas: edad, raza / etnia, género, nivel socioeconómico
trastornos psiquiátricos específicos:
 - Tr Depresivo Mayor
 - Tr Neg Desafiante
 - Tr Conducta
 - Trs por Uso de Sustancias
- La relación hallada es significativa, no por azar; indica una **relación entre las variables estudiadas.**

TABLA 3. Porcentajes acumulados de Suicidalidad, Abandono Escolar y Trastornos Psiquiátricos agrupados por Habilidad Lectora

Resultado final	Malos lectores (%)	Normolectores (%)
Intentos de suicidio / Ideación suicida	25,2	8,5
Abandono escolar	30,2	5,1
Depresión mayor	29,5	18,5
Tr Conducta / Tr Negativista Desafiante	13,1	8,6
Tr Uso de Sustancias	25,9	18,7

ARTÍCULO 4: Tr Apr y delincuencia

Estudio del Centro Nacional de los Tribunales Estatales de Estados Unidos (Broder et al., 1981) sobre las tasas de Trastornos de Aprendizaje entre los delincuentes juveniles del estudio:

-los jóvenes con Tr Apr tenían un **200% más** de probabilidades de ser **arrestados** que sus compañeros sin Tr Apr *habiendo cometido delitos comparables*.

Según el Departamento de Educación de los EEUU, el 60 % de los internos de **prisiones** son **analfabetos funcionales**, y el **85% de todos los delincuentes juveniles tiene problemas de lectura**.

7.) Broder, P. K., et al., "Further observations on the link between learning disabilities and juvenile delinquency." *Journal of Educational Psychology*, 1981, vol. 73, 838-850.

ARTÍCULO 5: incidencia de la dislexia entre los delincuentes juveniles en kuwait

The Incidence of Dyslexia among Young Offenders in Kuwait

Gad Elbeheri¹, John Everatt^{2,*} and Mohammad Al Malki¹

DYSLEXIA

Published online 23 April 2008 in Wiley InterScience

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

- Muestra de 53 delincuentes jóvenes de Kuwait.
- Todos internados en centros de detención juvenil por diferentes delitos.
- Evaluados para detectar dislexia a partir de los siguientes indicadores:
 - Precisión lectora
 - Velocidad lectora
 - Comprensión lectora
 - Corrección ortográfica

Resultados:

- Más del **20%** de la muestra tenían dislexia
- En la **población general** la dislexia en Kuwait se calcula alrededor del **6%** (según el estudio *A Survey Study of Dyslexia in Kuwait*, Kuwait Dyslexia Association, 2002).

Más artículos...

Snowling, M. J., Adams, J. W., Bowyer-Crane, C., & Tobin, V. (2000). Levels of literacy among juvenile offenders: The incidence of specific reading difficulties. *Criminal Behaviour and Mental Health, 10*, 229–241.

Rack, J. (2005). The incidence of hidden disabilities in the prison population: Yorkshire and Humberside research. *Dyslexia Review, 16*, 10–22.

Turner, M., & Allchorn, L. (2000). Dyslexia and crime. *Dyslexia Review, 12*(1).

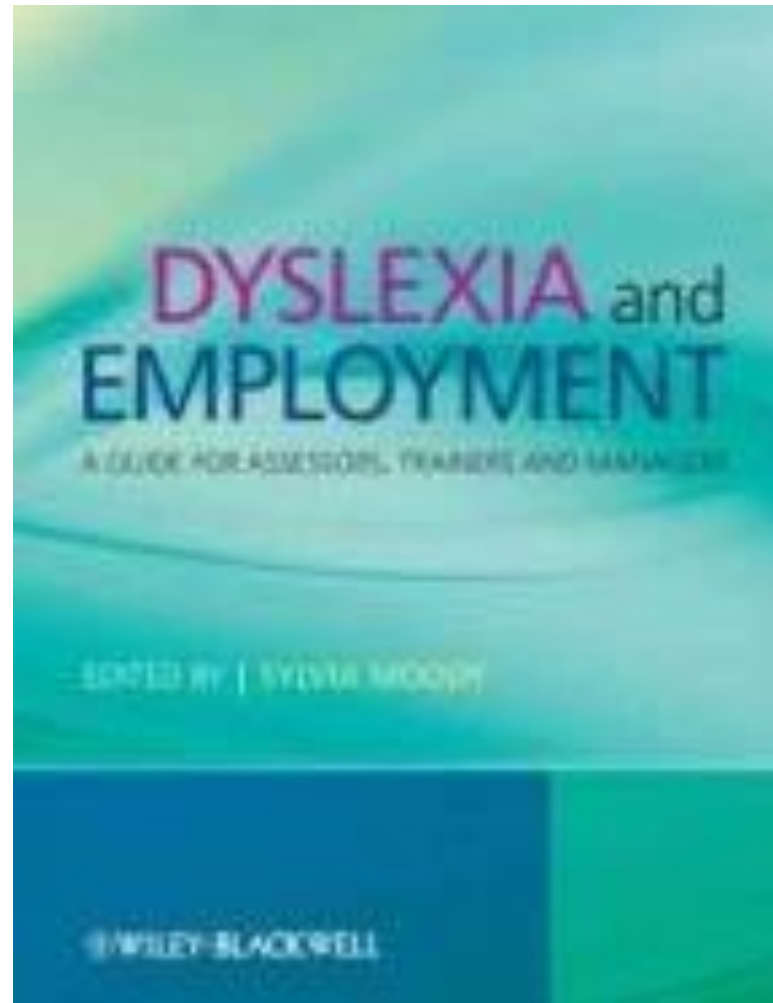
Samuelson, S., Gustavsson, A., Herkner, D., & Lundberg, I. (2000). Is the frequency of dyslexic problems among prison inmates higher than in a normal population? *Reading and Writing, 13*, 297–312.

Jensen, J., Lindgren, M., Meurling, A. W., Ingvar, D. H., & Levander, S. (1999). Dyslexia among Swedish prison inmates in relation to neuropsychology and personality. *Journal of the International Neuropsychological Society, 5*, 452–461.

Alm, J., & Andersson, J. (1997). A study of literacy in prisons in Uppsala. *Dyslexia, 3*, 245–246.

Fergusson, D. M., & Lynsky, M. T. (1997). Early reading difficulties and later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 899–907.

Edwards, J. (1994). *The scars of dyslexia*. London: Cassell.



Sylvia Moody (2006). *Dyslexia and Employment. A Guide for Assessors, Trainers and Managers*. London: Wiley Blackwell.

CONCLUSIONES

1. Los Tr. Apr generan **múltiples dificultades psicológicas *derivadas*** del Tr Apr.
2. El **diagnóstico precoz** es la mejor **garantía** para no desarrollar problemas psicológicos derivados de los Tr. Apr.
3. La mayor tasa de problemas mentales entre las **mujeres** con Tr. Apr de todas las edades indica que se requiere una **atención más sistemática a este grupo**, ya que tienden a ser **identificadas más tarde** o a no serlo por no presentar problemas externalizantes.

CONCLUSIONES

4. Los **profesionales** en Tr Apr deben tener muy en cuenta los altos % de problemas psicológicos asociados a los Tr Apr para no pasarlos por alto >> diagnóstico integral, no solo académico.
5. La **familia** y la **escuela** tienen un papel fundamental en la prevención y el control de los problema psicológicos asociados a los Tr Apr.
6. Introducir la **psicoeducación** en los afectados y sus familias: conocer el Tr Apr y sus consecuencias; estrategias de afrontamiento, control de la autoestima, objetivos realistas, etc.
7. Generar **consciencia** entre los diversos profesionales implicados (salud mental, medicina, educación, legislación...) de la gran coexistencia de los problemas de salud mental y los Tr Apr en niños, adolescentes y adultos.

Recordemos siempre...

*Hemos de ayudar al niño, a sus padres y familiares,
a sus maestros y compañeros, a sus políticos y
legisladores,
a entender que...*

NINGÚN NIÑO ESCOGE SENTIRSE INFERIOR...

NINGÚN NIÑO ESCOGE SER INFELIZ...

NINGÚN NIÑO ESCOGE FRACASAR!

- **Trastornos del Aprendizaje**

2. INSTRUMENTOS



Detección

- Entrevista inicial
- Cuestionarios padres, maestros, sujeto

Tratamiento

- Niño: PREVENCIÓN /// Tto Cognitivo-conductual y/o tto farmacológico
- Adultos: PREVENCIÓN /// psicoeducación; formación en detección y abordaje terapéutico

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck & Steer)

- Escala de depresión más utilizada en adolescentes. Evalúa los siguientes componentes de la depresión: cognitivos, de comportamiento, afectivos y somáticos.
- Se ha demostrado una buena validez de criterio, de contenido y discriminante. Los estudios muestran que discrimina a adolescentes deprimidos de aquellos con trastornos del comportamiento (pese a la comorbilidad de ambos trastornos), así como también discrimina síntomas de ansiedad y depresión.
- **Inconvenientes:**
 - imposibilidad de recoger información paralela de adultos importantes.
 - no es una entrevista de diagnóstico, sino un instrumento para ser utilizado en la evaluación de la **severidad** de la depresión tras haber diagnosticado este trastorno.

Inventario de Depresión Infantil (CDI, Beck)

- Se administra a población infanto-juvenil de **7-17 años**
- 27 ítems; escala Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo.
- Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.
- Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2;
- las restantes puntúan 2, 1 y 0.
- El **punto de corte** recomendado para su uso como instrumento de *screening* se sitúa en **19 puntos**,
- En un caso **clínico** el **punto de corte** se posiciona en **12 puntos**.

Puedes consultar en Documento: “Inventario de depresión Infantil CDI “

Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo para Niños (STAIC)

- Niños y adolescentes de 9 a 15 años
- Puede ser autoadministrado
- La medida de Ansiedad-Estado intenta apreciar estados transitorios de ansiedad: sentimientos de aprensión, tensión, frustración y preocupación que varían en intensidad con el tiempo.
- La medida de Ansiedad-Rasgo intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad ante situaciones percibidas como peligrosas o amenazadoras.

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (STAXI-NA)

- Niños y adolescentes de 8 a 17 años
- IRA = “Estado emocional que incluye sentimientos de variada intensidad, desde una ligera irritación a una rabia o furia intensa”.
- Sintomatología externalizante
- Puede tener dirección externa o interna
- Origen en la frustración.

ESCALAS (6):

- Estado de ira / Rasgo de ira / Expresión interna de ira / Expresión externa de ira / Control interno de ira / Control externo de ira
- Törestad (1990): elicitadores de la ira en adolescentes:
 - Opinión de otros sobre el sujeto
 - Censuras, insultos, desconsideración, bromas molestas
 - Frustración de planes, riñas, acoso físico, provocaciones
 - Destrucción de objetos de su propiedad

Tarea para el alumno

- Para acabar con la Unidad, realiza la siguiente tarea:
 - Tarea: STAXI-NA: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes
- Encontraras esta tarea junto al resto de contenidos de la unidad

Abordaje farmacológico del trastorno del aprendizaje con depresión

Antidepresivos

- Tricíclicos: imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina, clomipramina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: fluoxetina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina: venlafaxina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina: reboxetina y atomoxetina

Abordaje farmacológico del trastorno del aprendizaje con ansiedad

Fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Antidepresivos:

- | | | |
|---------------|---|--------------------------------------|
| - Fluoxetina | } | - Eficaces |
| - Paroxetina | | - De perfil seguro |
| - Sertralina | | - De fácil administración |
| - Fluvoxamina | | - De baja letalidad en
sobredosis |
| - Citaloprán | | |