

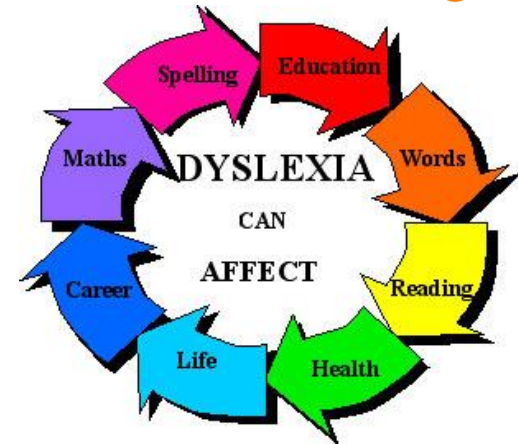


## M 4. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

**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.



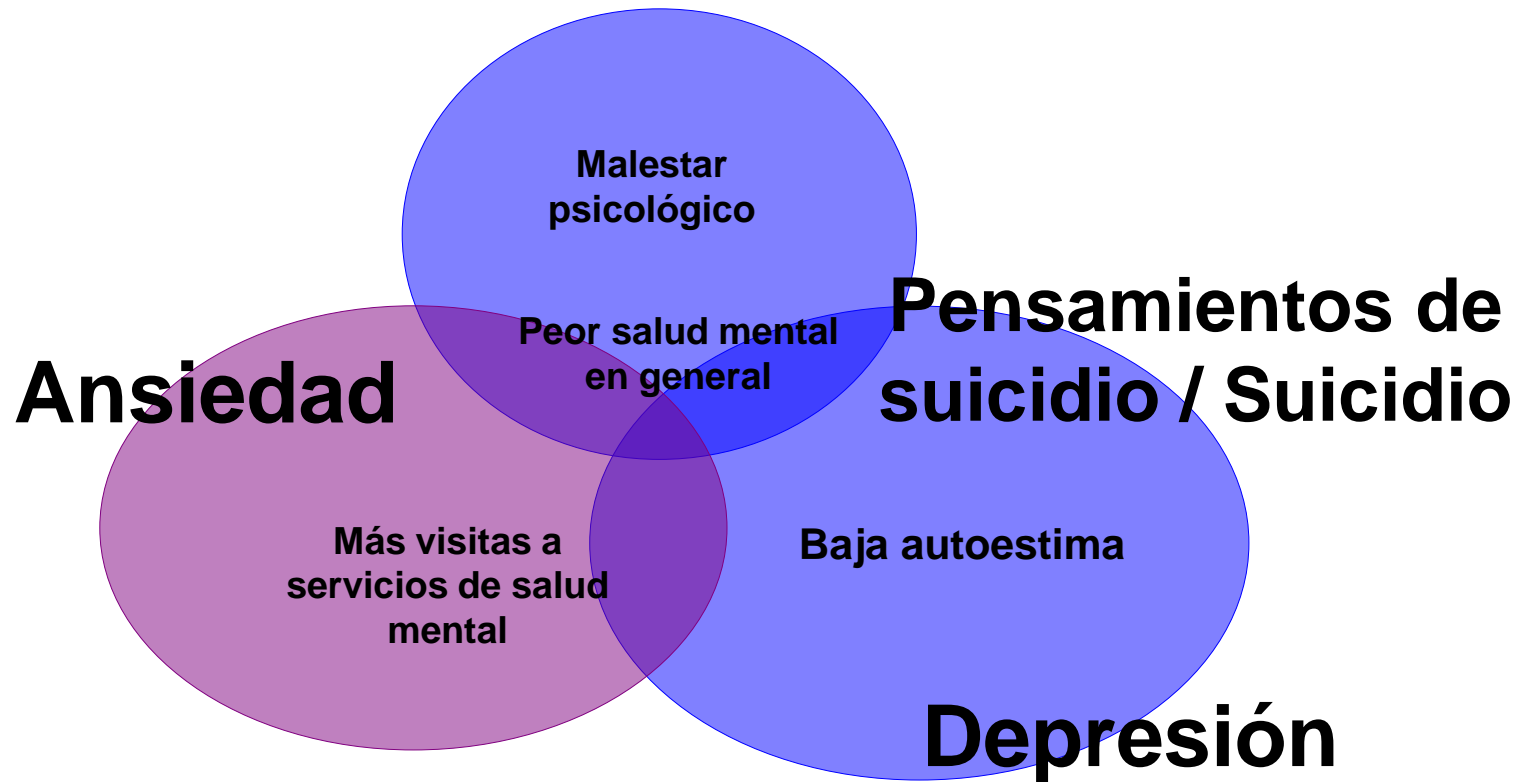
En esta unidad trabajaremos sobre dos grandes áreas de comorbilidad con la Dislexia: la **depresión** y la **ansiedad**.

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.

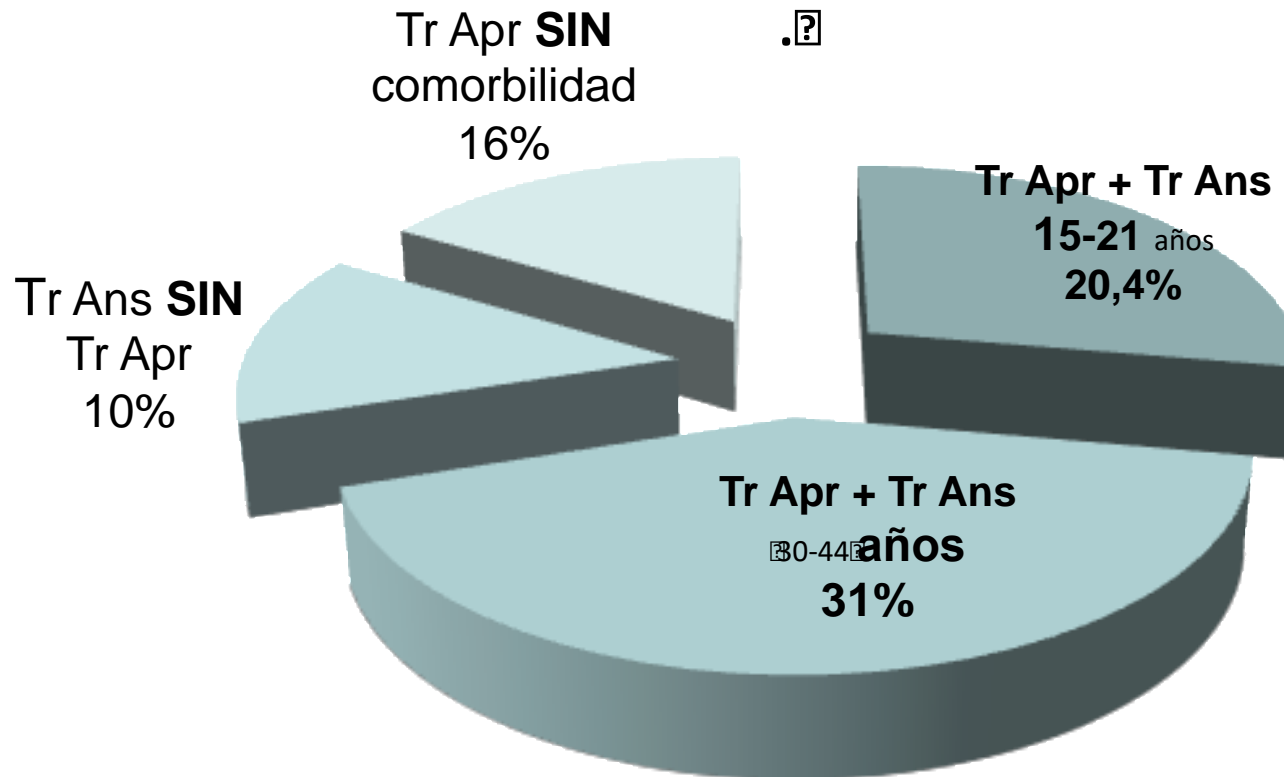
**Prevalencia** Trs. Ansiedad (fobia social, agorafobia, tr. pánico):

-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**

<b>Aspectos evaluados</b>	<b>Sin DA</b>	<b>Con DA</b>
<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**

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

## 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 Elbeheri<sup>1</sup>, John Everatt<sup>2,\*</sup> and Mohammad Al Malki<sup>1</sup>

**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).

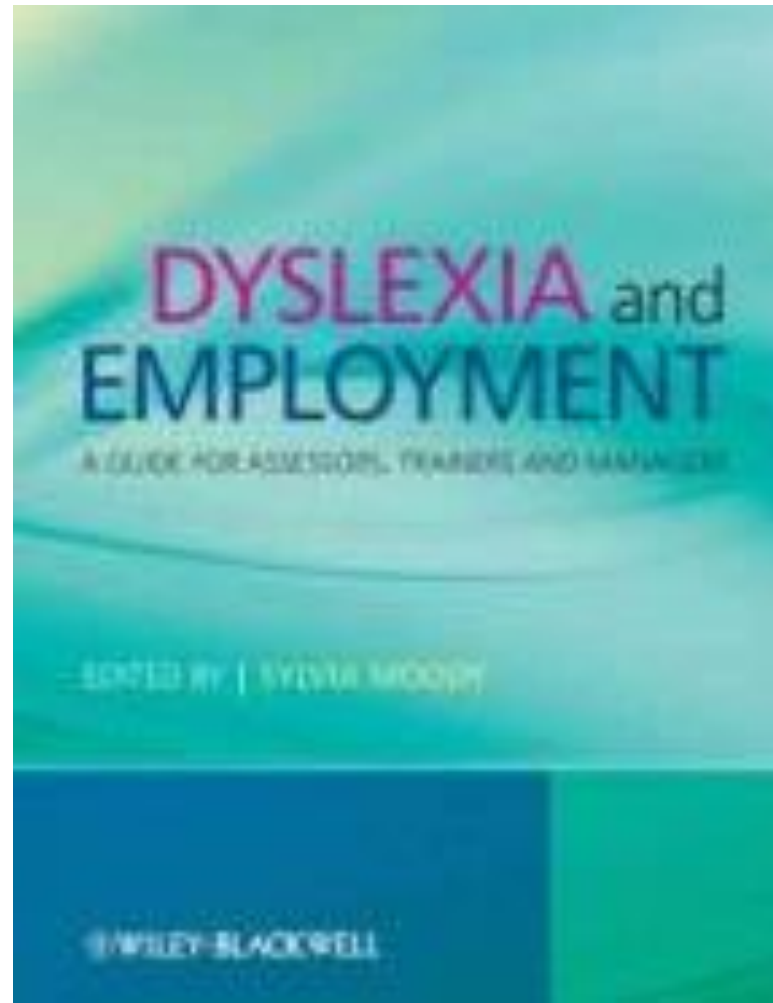
Samuelson, S., Gustavsson, A., Herkner, D., & Lundberg, I. (2000). Is the frequency of dyslexic problems among prison inmates higher than in a normal population? *Reading and Writing, 13*, 297–312.

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<br>sobredosis |
| - Citaloprán  |   |                                      |