

# DELIMITANDO EL PERFIL EMOTIVO-CONDUCTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISLEXIA OUTLINING THE EMOTIONAL-BEHAVIORAL PROFILE IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH DYSLEXIA

Linda Zuppardo<sup>1</sup>, Francisca Serrano<sup>2</sup>, Concetta Pirrone<sup>3</sup>

## Resumen

La dislexia es una dificultad de aprendizaje caracterizada por una lectura de palabras inexacta o lenta, déficits en decodificación, fluidez lectora y ortografía. Puede conllevar consecuencias emocionales y en el comportamiento, relacionadas con el fracaso escolar. Este trabajo examina estas variables de naturaleza emotivo-conductual de niños y adolescentes con dislexia, en comparación con estudiantes sin problemas de aprendizaje. Treinta y cinco estudiantes (entre 8 y 18 años) fueron evaluados con tres test, TMA, CBCL y MASC, para examinar su perfil emotivo y conductual. Veinticinco tienen un diagnóstico de dislexia y disortografía (grupo dislexia) y 10 no presentan problemas de lectoescritura (grupo control). Los resultados indican una peor autoestima total y en diferentes áreas evaluadas, especialmente la escolar, en participantes con dislexia; además, también problemas de

## Abstract

Dyslexia is a learning disability characterized by slow and inaccurate reading, bad reading fluency and decoding and orthographic deficits. It could be accompanied by emotional and behavioral problems as a consequence of repeated academic failure. This paper examines emotional and behavioral features of children and adolescents with dyslexia, compared to students without learning disabilities. Thirty-five students (aged 8 to 18) were tested with TMA, CBCL and MASC, for studying their emotional-behavioral profile. Twenty-five participants with dyslexia and ten participants matched in age and academic level, but without any learning problems, were tested. Participants with dyslexia showed low self-esteem level, not only in the academic area, but all the other tested. Moreover, social anxiety and behavioral problems were found in a higher extent in dyslexia sample. These findings highlight the

<sup>1</sup> Doctoranda en la Universidad de Granada (España) y Profesora del Instituto María Montessori de Catania (Italia).  
lindazuppardo@correo.ugr.es

<sup>2</sup> Dra. en Psicología y Profesora del Departamento de Psicología evolutiva y de la Educación. Miembro del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Facultad de Psicología de la Universidad de Granada (España).  
fdserran@ugr.es.

<sup>3</sup>

ansiedad social y de comportamiento, respecto a sus compañeros sin dificultades. Estos hallazgos apoyan la necesidad de considerar las habilidades emotivo-conductuales, junto con las de aprendizaje, en dislexia, buscando una mejora de su rendimiento escolar y su bienestar general. El estudio es un intervención sobre la lectoescritura que sea efectiva, de forma secundaria, para ayudar a solucionar problemas de autoestima, ansiedad y comportamiento en dislexia.

*Palabras clave:* dislexia, dificultades escolares, autoestima, ansiedad y problemas de comportamiento.

need for studying behavioral and emotional variables in population with dyslexia, aiming for improving their school performance and overall wellness. This study is a stepping stone in developing an intervention program which can intervene both academic and literacy problems in dyslexia, at the same time of helping overcoming these negative emotional and behavioral consequences.

*Keywords:* dyslexia, school difficulties, self-esteem, anxiety and behavioral problems.

## INTRODUCCIÓN

### Dislexia y DEA

La dislexia es una dificultad específica de aprendizaje (DEA) con base genética y de origen neurobiológico (Soriano- Ferrer y Piedra, 2014), caracterizada por dificultades académicas, específicamente en la lectoescritura (Serrano y Defior, 2008). Es un déficit específico del aprendizaje, catalogado dentro de trastornos del aprendizaje en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013). Para el niño con dislexia, leer no es un proceso automático; por lo tanto, emplea todos sus recursos cognitivos para llevarlo a cabo y eso lo lleva a cansarse excesivamente, a cometer muchos errores y a quedar atrás con respecto de los compañeros (Stella, 2000). Como consecuencia, pueden presentarse problemas de comprensión en la lectura y la práctica reducida puede afectar a la formación del léxico ortográfico (Defior, Serrano y Gutiérrez-Palma, 2015).

Las personas con dislexia presentan, así, notables dificultades en reconocer y distinguir lo siosas, preocupadas, no tienen confianza en sus capacidades y no explotan sus potencialidades.

La autoestima tiene una estructura multidimensional, en la que la autoestima global se presenta estrechamente unida a las varias dimensiones de que se compone:

relaciones i n t e r p e r s o n a l e s , competencia y control del entorno, emotividad, éxito escolar, vida familiar y experiencia corporal (Harter, 1985; Marsh y Holmes, 1990). Según Zeleke (2004), los muchos aspectos de la autoestima deben ser analizados separadamente, antes que desde una perspectiva global.

### Dislexia, autoestima y problemas emotivo-conductuales

En los últimos años, la preocupación por los aspectos clínicos y cognitivos de las DEA ha dirigido el interés de la investigación psicológica y psicoeducativa (Rodríguez, 2017), velando otros aspectos de tipo personal, emocional y motivacional. Recientemente, varios investigadores resaltan la importancia de considerar que las DEA pudieran acompañarse de problemas emocionales y conductuales serios, como ansiedad y depresión (Gishi, et al., 2016; Humphrey y Mullins, 2002; Novita, 2016; Riddick, 2010).

Se ha señalado que los niños con DEA tienen un concepto de sí mismos más negativo con respecto a los niños sin dificultades (Tabassam e Grainger, 2002), tienden a sentir más ansiedad y tienen poca consideración de sí mismos (Hall, Spruill y Webster, 2002). En particular, la ansiedad se cita como el síntoma emocional más frecuente en los casos de dislexia (alrededor del 70% - Nelson y Harwood, 2011). Se asociaría a sus notables dificultades durante su

desarrollo académico, con efectos a largo plazo, sobre todo cuando se diagnostica tarde o de manera imprecisa (Mateos y Castellar, 2011).

En la infancia y la adolescencia, la autoestima se vincula estrechamente al rendimiento escolar, a la motivación para aprender, al desarrollo de la personalidad y a las relaciones sociales (Hausller y Milicic, 1996). Hausller y Milicic (1996) afirman que los niños con buen rendimiento escolar tienen una buena autoestima, tienden a fiarse de sus capacidades y a sentirse autoeficaces.

Fernández González, Martínez-Conde Beluzan y Melipillán Aranedo (2009) afirmaron que los estudiantes con mejor rendimiento escolar tienden a mostrar mayores niveles de autoestima general, altos niveles de autoestima escolar y familiar, siendo la autoestima escolar el factor predictivo más significativo. Al contrario, los alumnos con bajo rendimiento tienden a presentar baja motivación a aprender, no se esfuerzan para alcanzar sus metas, se sienten frustrados por las continuas experiencias de fracaso, poco eficaces y evitan los desafíos escolares, ya que parten de la convicción previa de que no les irá bien.

González - Pienda y colaboradores (González - Pienda et al., 2000) afirmaron que niños con dificultades escolares tienden a presentar bajas expectativas de éxito y baja autoestima. Dicha actitud disminuye la motivación, promoviendo sentimientos negativos hacia la escuela

y sobre ellos mismos (González - Pienda et al., 2000). Además, los niños con DEA y dislexia tendrían una percepción más negativa sobre sus habilidades escolares que los niños sin dificultad (González - Pienda et al., 2000; Polychroni, Koukoura y Anagnostou, 2007). De acuerdo con Polychroni y colaboradores, tanto los aspectos cognitivos como aquellos emocionales dependen de las diferencias individuales en los resultados académicos (Polychroni et al., 2007).

Estudios previos, entrevistando a adultos con dislexia, diagnosticada en la escuela, han mostrado que tuvieron problemas de autoestima y que los años escolares fueron traumáticos, ya que, aunque se esforzaran, no pudieron evitar el fracaso escolar (Hellendoorn y Ruijsenaars, 2000; McNulty, 2003; Novita, 2016).

Además de baja autoestima, las personas con DEA presentan más dificultades conductuales y afectivo-motivacionales, en comparación con personas sin dificultad (Riddick, 2010), aunque es importante precisar que no en todos los casos y la naturaleza de estos problemas.

Así pues, existe consenso sobre los efectos que las dificultades asociadas a las DEA pueden tener efectos en la vida de quienes las sufren, como la falta de autonomía, frustración, ansiedad, escasa motivación y sentimientos de ineficacia; todos son consecuencia de su repetida experiencia de fracaso al afrontar las

situaciones de aprendizaje. Estos problemas emocionales se traducen en indefensión aprendida (Seligman, 1975), responsable de la desmotivación, emergiendo a menudo rasgos de depresión. Las emociones y los sentimientos negativos tienen efectos dañinos sobre el aprendizaje; por ejemplo, un excesivo estado de ansiedad afecta la ejecución de una tarea o la memoria de trabajo (Eysenck, Derakshan, Santos y Calvo, 2007), mientras las emociones positivas producen una mejoría en el aprendizaje. Así pues, sería un problema circular.

Los estudios difieren en determinar si es en general la autoestima, o sólo la autoestima escolar, la que es más baja en las personas con DEA. En el meta-análisis efectuado por Zeleke (2004) el 89% de los estudios mostraba que los estudiantes con DEA resultaron tener una autoestima académica significativamente más baja con respecto a su control. Además, en el 70% de los casos examinados, los niños con DEA no presentaron diferencias significativas con respecto de los compañeros en la autoestima social. Una explicación se puede encontrar en el hecho que no todas las personas con DEA presentan las mismas características.

En muchos casos, esta condición tiende a quedar estable en el tiempo (Vaughn, Elbaum, Schumm y Hughes, 1998) o hasta empeorar, a medida que a los niños avanzan en la

escolarización. En otros casos, los chicos aprenden a afrontar las dificultades y los fracasos, o reciben asistencia especial para sus dificultades, y su autoestima mejora (Burden, 2005).

Por todo esto, resulta de fundamental importancia analizar la autoestima y el perfil emocional y conductual de las personas con dislexia, determinar sus características y analizar su naturaleza, para poder emprender en el futuro una mejor intervención sobre sus problemas. Este trabajo se propone de indagar sobre estos aspectos, considerándolos como parte integrante o consecuencia de la dislexia.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra está compuesta por 25 estudiantes diagnosticados con dislexia y disortografía, 16 chicos y 9 chicas (Grupo dislexia, media edad [M]=11,7 años, desviación típica [DT] =1,8), y 10 (19,6 %) estudiantes sin problemas de lectoescritura, 5 chicas y 5 chicos (Grupo control, media edad [M]=10,5 años, desviación típica [DT] =1,5). El rango de edad era entre 8 y 18 años y los niños asistían a varias escuelas elementales, medias y superiores de Caltagirone y Siracusa (Italia). Los participantes con dislexia fueron diagnosticados y seleccionados en consultas de Neuropsiquiatría Infantil, según los siguientes criterios de

inclusión: certificación del diagnóstico de una DEA, ausencia de síndromes genéticos, enfermedades metabólicas, déficit neurosensorial o daños cerebrales. Los niños del grupo control eran sus compañeros de clase, sin dificultades, pareados en curso y edad. Los padres y tutores legales de los participantes fueron informados acerca del estudio y firmaron el consentimiento informado para participar en él.

### Instrumentos y Materiales

Se describen brevemente los instrumentos utilizados para valorar la autoestima y los problemas de ansiedad y comportamiento:

-Test de **V a l o r a c i ó n** Multidimensional de la Autoestima (“Test di valutazione dell’autostima”: TMA), Bracken (1993). Basado en un modelo jerárquico y multidimensional de la autoestima, asume que está compuesta de diversas dimensiones, asociadas a los múltiples contextos en los que la persona actúa y que resultan de igual importancia en su contribución a la construcción general de la autoestima. Está compuesto por 150 ítems tipo Likert, con escala de 4 puntos (absolutamente verdadero; verdadero; no verdadero; no verdadero en absoluto); son afirmaciones positivas y negativas sobre distintos aspectos. Los ítems de valor positivo son valorados en

orden decreciente; los ítems de valor negativo son valorados en orden creciente. La prueba está estructurada en seis escalas, que coinciden con las dimensiones consideradas constitutivas de la autoestima (relaciones **i n t e r p e r s o n a l e**, competencia/control sobre el entorno, emotividad, experiencia corporal, éxito escolar, vida familiar), más una escala total, que provee información sobre la idea general que los participantes tienen de sí mismos. Los datos conseguidos se interpretan en términos normativos.

- Formulario sobre el comportamiento del niño (“Child Behavior CheckList”: CBCL) para edades de 6 a 18 años (Achenbach y Rescorla, 2001). Permite indagar las competencias sociales y los problemas emotivo- conductuales de niños y adolescentes. Es un formulario rellenado por los padres, estructurado en dos partes. La primera recoge informaciones sobre varias áreas del funcionamiento personal y social, mediante preguntas sobre la participación en deporte, grupos, asociaciones, amistades, el desempeño en distintas actividades, las relaciones con otras figuras familiares y el rendimiento escolar. Cuenta, además, con preguntas abiertas sobre eventuales enfermedades, dificultades de la persona



evaluada, preocupaciones por algún aspecto en el crecimiento del hijo y sobre los aspectos positivos del hijo. La segunda parte contiene 113 ítems, que se presentan como afirmaciones relativas a los comportamientos en varios ámbitos y los problemas relacionales. Los padres contestan a cada ítem atribuyendo una puntuación de frecuencia relativa a l comportamiento evidenciado (0=Raramente/nunca; 1=A veces; 2=A menudo/siempre). Las puntuaciones, convertidas a valores normativos, se agrupan en tres escalas principales: Escala de los problemas Internalizados (Evitación, problemas somáticos, ansiedad/depresión); Escala de los problemas Externalizados (comportamiento delictivo y comportamiento agresivo) y Escala de Otros problemas (problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención). Muchos estudios han demostrado que el CBCL representa un instrumento válido y confiable para lavaloración de los problemas emotivo- conductuales de los niños y los adolescentes, también en el contexto italiano (Dedrick, Greenbaum, Friedman, Wetherington y Knoff, 1997; Frigerio, Cozzi, Pastore, Molteni, Borgatti y Montiroso, 2006).

- Test Multidimensional de escalas de ansiedad para niños (“Multi-dimensional Anxiety Scale for

Children”: MASC) (March, Parker, Sullivan, Stallings y Conner, 1997). Indaga los síntomas de ansiedad en participantes de 8 a 19 años. Está compuesto por 39 preguntas de respuesta múltiple y permite determinar si el niño padece un cuadro patológico de ansiedad (de acuerdo con los criterios del DSM). El formulario induce a dar informaciones acerca de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. El participante contesta a las preguntas rodeando el número que exhibe cuánto de verdadera sea la afirmación para él (0=Nunca verdadero; 1=Raramente verdadero; 2=A veces verdadero; 3=A menudo verdadero). Aporta seis tipos de informaciones: Síntomas físicos; Evitación; Ansiedad social; Ansiedad de separación; Puntuación Total). Además, aporta un Índice de ansiedad (“Anxiety Disorder Index”: ADI), que indica la tendencia del niño hacia la ansiedad. Una puntuación alta tiene valor predictivo con respecto a la posibilidad de desarrollar en el futuro síntomas de un trastorno de ansiedad.

### **Procedimiento**

Las evaluaciones de los niños con dificultades tuvieron lugar en dos consultas de Neuropsiquiatría Infantil. Los niños sin dificultades fueron evaluados en los centros educativos

donde estudiaban. En todos los casos la evaluación fue individual, en una sala habilitada para tal fin, donde tan solo se encontraba el alumno y el evaluador; se respetaron respetando los descansos necesarios y se cuidó que no hubiera distracciones, para garantizar las condiciones adecuadas para la evaluación.

### **Diseño y análisis estadísticos**

Se realizó un diseño de tipo ex post facto (Montero y León, 2007), tomando como variable independiente (por selección) el Grupo (2 niveles - grupo con dislexia, GD, y grupo control, GC). Las variables dependientes fueron las medidas de los test TMA (Autoestima y sus distintas escalas), CBCL (Total, Problemas internalizados y sus subescalas – Retraimiento, Problemas Somáticos y Ansiedad/depresión; Problemas externalizados y sus subescalas – Comportamiento delictivo y Comportamiento agresivo; Otros problemas y sus subescalas – Problemas sociales, Problemas de pensamiento y Problemas atencionales) y MASC (Síntomas físicos y sus subescalas – Tensión/Inquietud y Somáticos/Autonómicos; Evitación del daño y sus subescalas – Perfeccionismo y Afrontamiento Ansioso; Ansiedad social y sus subescalas – Humillación/rechazo y Miedo a actividades en público; Ansiedad por separación y sus subescalas – Pánico/Separación; y el Índice de Trastorno de Ansiedad.

Para comprobar las diferencias entre el GD y GC se ha usado la prueba t de Student para muestras independientes. Se consideró el valor  $p < 0,05$  como indicador de cambios significativos.

### **RESULTADOS**

Se presentan los resultados en cada uno de los test aplicados.

#### **TMA (Test de Valoración Multidimensional de la Autoestima)**

La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos por el GD (Grupo con dislexia) y el GC (Grupo control). Se encontraron diferencias significativas entre el GD y el GC en todas las escalas de TMA, la escala Total ( $t = -7,20$ ;  $p < 0,0001$ ) y en las escalas de Relaciones interpersonales ( $t = -6,04$ ;  $p < 0,0001$ ); Competencia ( $t = -6,90$ ;  $p < 0,0001$ ), Emotividad ( $t = -2,83$   $p < 0,01$ ), Experiencia Corporal ( $t = -4,53$   $p < 0,0001$ ), Éxito Escolar ( $t = -7,20$ ;  $p < 0,0001$ ) y Vida Familiar ( $t = -7,29$ ;  $p < 0,0001$ ). Los niños del GD obtuvieron puntuaciones más bajas que los niños sin dificultades (GC) en todas ellas.



Tabla 1.

Puntuaciones medias de las seis escalas constitutivas de la autoestima, más la escala total, en el Grupo con dislexia (N = 25,) comparado con el Grupo control (N = 10) y valor de la diferencia (p)

|                                   | GD            | GC             |            |
|-----------------------------------|---------------|----------------|------------|
|                                   | M (DT)        |                |            |
| <b>Total</b>                      | 89,32 (8,17)  | 112,40 (9,52)  | p = 0,0001 |
| <b>Relaciones interpersonales</b> | 90,60 (8,18)  | 109,90 (8,65)  | p = 0,0001 |
| <b>Competencia</b>                | 87,24 (11,10) | 114,60 (9,13)  | p = 0,0001 |
| <b>Emotividad</b>                 | 93,24 (8,85)  | 101,90 (5,97)  | p = 0,008  |
| <b>Experiencia corporal</b>       | 91,72 (13,06) | 112,40 (9,52)  | p = 0,0001 |
| <b>Éxito Escolar</b>              | 80,48 (9,60)  | 107,20 (11,49) | p = 0,0001 |
| <b>Vida Familiar</b>              | 94,16 (8,14)  | 117,20 (9,19)  | p = 0,0001 |

Nota. M: media; DT: desviación típica

Tabla 2.

Puntuaciones medias del Total del test CBCL y de las tres escalas principales agrupadas en: Escala de los problemas internalizados PI (Total PI y cada subescala: retraimiento, problemas somáticos, ansiedad/depresión); Escala de los problemas Externalizados PE (total PE y cada subescala: comportamiento delictivo y comportamiento agresivo); Escala de otros problemas OP (total OP y cada subescala: problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención) Total CBCL), en el Grupo con dislexia (N = 25), comparado con el Grupo control (N = 10) y valor de la diferencia (p)

|                                 | GD           | GC           |            |
|---------------------------------|--------------|--------------|------------|
|                                 | M (DT)       |              |            |
| <b>Total CBCL</b>               | 71,30 (7,57) | 58,20 (4,23) | p = 0,0001 |
| <b>Problemas internalizados</b> |              |              |            |
| Total PI                        | 72,00 (8,38) | 56,20 (6,74) | p = 0,0001 |
| Retraimiento                    | 69,60(11,98) | 55,40 (6,11) | p = 0,004  |
| Problemas somáticos             | 65,00(10,36) | 57,60 (3,89) | p = 0,049  |
| Ansiedad/depresión              | 70,80 (8,33) | 56,10 (5,10) | p = 0,0001 |
| <b>Problemas externalizados</b> |              |              |            |
| Total PE                        | 61,60 (7,60) | 56,40 (4,03) | p = 0,072  |
| Comportamiento delictivo        | 61,10 (7,68) | 55,80 (4,29) | p = 0,073  |
| Comportamiento agresivo         | 62,50 (7,63) | 56,50 (3,74) | p = 0,039  |
| <b>Otros problemas</b>          |              |              |            |
| Total OP                        | 12,10 (5,30) | 4,50 (1,43)  | p = 0,0001 |
| Problemas sociales              | 67,60 (7,35) | 57,70 (4,05) | p = 0,002  |
| Problemas de pensamiento        | 63,20 (9,68) | 55,30 (4,64) | p = 0,032  |
| Problemas de atención           | 70,20(10,16) | 59,60 (4,35) | p = 0,009  |

Nota. M: media; DT: desviación típica

## **CBCL(Formulario sobre el comportamiento del niño - Child Behavior Checklist)**

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos por el GD y el GC. Se encontraron diferencias significativas entre el GD y el GC en la puntuación Total del CBCL ( $t=4,77$ ;  $p<0,0001$ ), con puntuaciones más altas en GD, que en el grupo GC.

Respecto a la escala de Problemas internalizados (PI), se encontraron diferencias significativas en el Total PI ( $t=4,64$ ;  $p<0,0001$ ) y en las tres subescalas Retraimiento ( $t=3,33$ ;  $p=0,004$ ), Problemas somáticos ( $t=2,11$ ;  $p=0,049$ ) y Ansiedad/Depresión ( $t=4,75$ ;  $p<0,0001$ ). Las puntuaciones fueron más altas en GD, que en el grupo GC, en todas ellas.

Respecto a la escala de Problemas externalizados (PE), no se

encontraron diferencias significativas en el Total PE ( $t=1,91$ ;  $p=0,07$ ), ni en la subescala Comportamiento delictivo ( $t=1,91$ ;  $p=0,07$ ). Únicamente se encontraron diferencias significativas en la subescala Comportamiento agresivo ( $t=2,23$ ;  $p=0,04$ ), con puntuaciones más altas en el GD, respecto al GC.

Finalmente, en la escala de Otros problemas (OP), se encontraron diferencias significativas en el Total OP ( $t=4,37$ ;  $p<0,0001$ ) y en las tres subescalas Problemas sociales ( $t=2,95$ ;  $p=0,002$ ), Problemas del pensamiento ( $t=2,33$ ;  $p=0,032$ ) y Problemas de atención ( $t=2,95$ ;  $p=0,009$ ). Las puntuaciones fueron más altas en GD que en GC, en todas ellas.

**MASC: Test Multidimensional de escalas de ansiedad para niños (“Multi-dimensional Anxiety Scale for Children”)**

Tabla 3.

Puntuaciones medias de las escalas principales Síntomas físicos, Evitación del daño, Ansiedad social y Ansiedad por separación, de las subescalas de cada una y del Índice de trastorno de ansiedad, en el Grupo con dislexia (N = 25), comparado con el Grupo control (N = 10) y el valor de la diferencia (p)

|                              |                                       | GD           | GC              |            |
|------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------------|------------|
|                              |                                       | M (DT)       |                 |            |
|                              | Total SF                              | 49,00 (7,27) | 46,60<br>(6,81) | p = 0,450  |
| Síntomas físicos             | <i>Tensión/Inquietud</i>              | 49,90(9,09)  | 46,40 (5,5      | p = 0,312  |
|                              | <i>Somáticos/Autonómicos</i>          | 47,90 (5,21) | 47,20<br>(7,17) | p = 0,806  |
|                              | Total ED                              | 39,70 (7,57) | 39,30<br>(6,80) | p = 0,902  |
| Evitación del daño           | <i>Perfeccionismo</i>                 | 41,30 (8,97) | 42,00<br>(6,09) | p = 0,841  |
|                              | <i>Afrontamiento ansioso</i>          | 41,30 (5,10) | 39,80<br>(6,54) | p = 0,575  |
|                              | Total ASO                             | 57,30(10,10) | 43,20<br>(4,68) | p = 0,001  |
| Ansiedad Social              | <i>Humillación/Rechazo</i>            | 51.80(12.10) | 43.40<br>(4.27) | p = 0,053  |
|                              | <i>Miedo a actividades en público</i> | 63.00 (6.68) | 44.60<br>(5.12) | p = 0,0001 |
| Ansiedad por separación      | Total ApS                             | 51,70(10,95) | 43,70<br>(6,60) | p = 0,063  |
|                              | <i>Pánico/Separación</i>              | 58,20(11,68) | 50,20<br>(5,75) | p = 0,068  |
| Índice Trastorno de Ansiedad |                                       | 44,60 (9,04) | 43,20<br>(6,81) | p = 0,700  |

Nota. M: media; DT: desviación típica

## DISCUSIÓN

Este trabajo intentaba delimitar el perfil emotivo-conductual de personas con DEA, tanto niños como adolescentes, intentando ir más allá de los estudios que tradicionalmente se han centrado en los aspectos meramente cognitivos en la búsqueda de las características de esta población.

Las personas con DEA son sometidos más frecuentemente, con

respecto a sus compañeros de clase sin DEA, a situaciones académicas que les llevan a sufrir consecuencias de tipo afectivo, conductual y motivacional, como tener una baja autoestima o síntomas incluso más serios (Novita, 2016). Los resultados de este estudio apoyan esta idea, coincidiendo con algunos hallazgos de estudios previos (Gishi et al., 2016; Novita, 2016), a partir de los aspectos emocionales de autoestima, de comportamiento y de

ansiedad evaluados.

Los chicos y chicas con DEA muestran una autoestima más baja que sus compañeros sin dificultades, tanto a nivel general, como al considerar diferentes aspectos que conformarían la autoestima, referentes a las relaciones interpersonales, la competencia, la emotividad, la experiencia corporal, el éxito escolar y la vida familiar. Este hallazgo es importante porque, siendo la DEA una dificultad específica del aprendizaje, cabría esperar que se encontraran problemas de autoestima en lo referente al aprendizaje en la escuela, como en la escala de éxito escolar o la de competencia. Sin embargo, parece que los problemas específicos proyectan su efecto más allá de la escuela (Zelege, 2004), afectando a otros ámbitos, como la familia, las relaciones interpersonales y a otros más específicos de la persona, como su emotividad e incluso la imagen corporal, así como a la autoestima general (Gishi et al., 2016; Novita, 2016).

Adicionalmente, también se verían más afectados por problemas de comportamiento de índole psicopatológico, respecto a sus compañeros sin dificultades. Estos problemas serían de naturaleza interna, fundamentalmente, manifestándose en retraimiento y problemas somáticos y de ansiedad y/o depresión. Además, se encontrarían en estos chicos y chicas más problemas sociales, de pensamiento y de atención, así como, a nivel externo, problemas de

comportamiento agresivo.

Todos estos son problemas que podrían relacionarse con la frustración de no conseguir logros, pese al esfuerzo puesto en ello. El fracaso repetido es causa normalmente de frustración y ésta lleva consigo las conductas de retraimiento, problemas somáticos (como dolores de estómago, de cabeza, malestar general) y ansiedad y depresión, en los casos más graves (Burden, 2008; para una revisión en español, véase el cap. 12 en Defior et al., 2015).

A su vez, estos problemas podrían naturalmente desembocar en problemas sociales, como consecuencia del retraimiento, por ejemplo, el evitar la compañía de otros compañeros con más éxito en la escuela, o problemas de atención y de pensamiento, como consecuencia de la indefensión aprendida generada por no conseguir buenas notas, pese a estudiar y poner más esfuerzo en la escuela. Por su parte, el comportamiento agresivo se cita como una típica conducta adolescente (e infantil cada vez más frecuentemente) ante las dificultades inabordables; es una forma desadaptativa de afrontar la frustración ante ellas, lo que justificaría que se encuentre en el perfil de los chicos evaluados en este estudio (Pellegrini y Bartini, 2001).

Dentro de este perfil de comportamiento, según los hallazgos de este estudio, estos niños podrían tender a tener problemas de ansiedad, que se centrarían, especialmente, en ansiedad

social; podría relacionarse con situaciones en las que los chicos y chicas con dislexia se encuentran en comparación con sus compañeros, como cuando tienen que realizar tareas en público, que pongan de relieve y hagan evidentes sus dificultades enfrente de todo el mundo. Esta es una situación típica en el contexto escolar, en el que predominan los trabajos en grupo, las exposiciones en clase e, incluso, las notas se dan de forma colectiva y son públicas para todos los estudiantes (McNulty, 2003; Ryan, 2006).

Tomando todos estos resultados juntos, se puede definir un perfil emotivo-conductual de los niños con DEA que mostraría que tienen una imagen negativa sobre ellos mismos, considerándose inferiores a los niños sin dificultad (baja autoestima total). Eso lleva consigo una mayor posibilidad de malestar psicológico y comportamental (retraimiento, comportamiento agresivo, problemas somáticos y sociales, de pensamiento y atención); además, las comunes propuestas didácticas, educativas y relacionales pueden ponerles en una posición de particular desventaja y ansiedad con respecto de los compañeros (ansiedad social).

Estos hallazgos deben considerarse como una primera aproximación, ya que la muestra del estudio no es amplia. Pero justifica seguir estudiando este tipo de manifestaciones en los chicos y chicas con dislexia y DEA, para trazar un perfil más exacto que sea útil en el diseño de medidas para abordar

los problemas emotivo-conductuales y sus consecuencias, junto específicas de lectoescritura. Resulta, así, un buen punto de partida para una primera valoración global.

En este sentido, como trabajos futuros, se plantea seguir esta línea de estudio, aumentando la muestra. Adicionalmente, futuros esfuerzos del equipo de trabajo se dirigen a estudiar si mejorando las habilidades de lectoescritura, mejoraría la autoestima escolar de los niños con dislexia y por consiguiente, la autoestima global y otros aspectos del perfil emotivo-conductual delimitado.

En conclusión, este trabajo apoya la importancia de estudiar la autoestima y el perfil emotivo-conductual en relación con las dificultades que presentan los chicos y chicas con DEA y dislexia, como parte integrante de un proceso de valoración e intervención (Hellendoorn e Ruijsenaars, 2000; McNulty, 2003). Este repercutiría no sólo en su rendimiento escolar, sino también a nivel emocional y conductual, consiguiendo mejoras en su bienestar general.

## **AGRADECIMIENTOS**

Han colaborado en este estudio la Unidad Operativa de Neuropsiquiatría Infantil de los Distritos de Caltagirone y Siracusa, dirigidos por los neuropsiquiatras infantiles Dr. Sergio Messina y Dr. Rio Bianchini, a todos los



## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Univ. Vermont.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. N.Y: APA.
- Bracken B. A. (1993). *Test di valutazione dell'autostima*. Trento: Edizioni Erikson.
- Burden, R. (2005). *Dyslexia y self-concept: Seeking a dyslexic identity*. London: Whurr.
- Burden, R. (2008). *Is dyslexia necessarily associated with negative feelings of self-worth? A review and implications for future research*. *Dyslexia*, 14 (3), 188-196. doi: 10.1002/dys.371
- Campbell J.D. y Lavalee L.F. (1993). *Who am I? The Role of Self-concept Confusion in Understanding the Behaviour of People with Low Self-esteem*. En Baumeister R.F, *Self-esteem. The puzzle of low Self-regard* (pp. 3-20). New York: Plenum.
- Dedrick, R. F., Greenbaum, P. E., Friedman, R. M., Wetherington, C. M. y Knoff, H. M. (1997). *Testing the structure of the Child Behavior Checklist/4-18 using confirmatory factor analysis*. *Educational and Psychological Measurement*, 57 (2), 306-313. <https://doi.org/10.1177/0013164497057002009>
- Defior, S., Serrao, F. y Gutiérrez-Palma, N. (2015). *Dificultades Específicas de Aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. y Calvo, M.G. (2007). *Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory*. *Emotion*, 7, 336-353. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fernández González, O. M., Martínez-Conde Beluzan, M. y Melipillán Araneda, R. (2009). *Estrategias de aprendizaje y autoestima: su relación con la permanencia y deserción universitaria*. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 35 (1), 27-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052009000100002>
- Ferraboschi, L. y Meini N. (2005). *Recupero in ortografia. Percorso per il controllo consapevole dell'errore. Kit con CD-ROM. Percorso per il controllo consapevole dell'errore. Kit. Con CD-ROM*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Frigerio, A., Cozzi, P., Pastore, V., Molteni, M., Borgatti, R. y Montiroso, R. (2006). *La valutazione dei problemi emotivo comportamentali in un campione italiano di bambini in età prescolare attraverso la Child Behavior Checklist e il Caregiver – Teacher Report Form*. *Infanzia e Adolescenza*, 5 (1), 24-37.
- Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A.M., Cerea, S. y Mammarella, I.C. (2016). *Socioemotional Features and*



*Resilience in Italian University Students with and without Dyslexia.*

*Frontiers in Psychology*, 7, 1-9. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00478

González Pienda, J. A., Núñez, J. C., González Pumariega, S., Álvarez, L. O., García, M. y Valle,

A. (2000). Autoconcepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12 (4), 548-556. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=370>

Hall, C. W., Spruill, K. L. y Webster, R. E. (2002). Motivational and attitudinal factors in college students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 25 (2), 79-

86.

<https://doi.org/10.2307/1511275>

Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. En R.L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp.55-121). NY: Academic Press.

Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En Baumeister,

R.F. (Ed.), *Self-esteem* (pp. 87- 116). Y: Springer US.

Hausler, I. y Millicic, N. (1996). Confiar en uno mismo: programa de autoestima. Chile: Dolmen

Educación.

Hellendoorn, J. y Ruijsenaars, W. (2000). *Personal Experiences and Adjustment of Dutch Adults with Dyslexia. Remedial and Special Education*, 21 (4), 227-239.

doi:10.1177/07419325000210040

5 Heyman, W. B. (1990).

The self-perception of a learning disability and its relationship to academic self-concept and self-esteem. *Journal of Learning Disabilities*, 23 (8), 472-475. doi:

10.1177/00222194900230080

4 Humphrey, N. y Mullins, M. P. (2002). Personal constructs and attribution for academic success and failure in dyslexia. *British Journal of Special Education*, 29 (4), 196-203. doi: 10.1111/1467-8527.00269

Idan, O. y Margalit, M. (2014). Socio-emotional self-perceptions, family climate and hopeful thinking among students with learning disabilities and typically achieving students from the same classes. *Journal of Learning Disabilities*, 47, 136-152.

doi:10.1177/0022219412439608

James W. (1890). *Principles of Psychology*, vol. I Cambridge, MA; Harvard University Press (trad it. *Principi di psicologia*, Principato, Milano, 1983)

Marsh H. W. y Holmes. I. W. (1990). *Multidimensional self-concept: Construct validation of responses by children. American Educational*

- Research Journal*, 27, 89-117. doi: 10.3102/00028312027001089
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P. y Conners, C. K. (1997). *The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity*. *Journal of the American academy of child y adolescent psychiatry*, 36 (4), 554-565. <https://doi.org/10.1177/108705479900300202>
- Mateos, R. y Castellar, G. (2011). *Dificultades de aprendizaje. Problemas del diagnóstico tardío o infradiagnóstico*. *Revista de Educación inclusiva*, 4 (1), 103-111.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology*. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7 (3), 847-862. <http://www.redalyc.org/html/337/33770318/>
- McNulty, M.A. (2003). *Dyslexia and the Life Course*. *Journal of Learning Disabilities*, 36 (4), 363-381. doi: 10.1177/00222194030360040701
- Nelson, J. M. y Harwood, H. (2011). *Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis*. *Journal of Learning Disabilities*, 44 (1), 3-17. doi: 10.1177/0022219409359939
- Novita, S. (2016). *Secondary symptoms of dyslexia: a comparison of self-esteem and anxiety profiles of children with and without dyslexia*. *European Journal of Special Needs Education*, 31 (2), 279-288. doi:10.1080/08856257.2015.1125694
- Pellegrini, A. D. y Bartini, M. (2001). *Dominance in early adolescent boys: Affiliative and aggressive dimensions and possible functions*. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47 (1), 142-163. doi: <https://doi.org/10.1353/mpq.2001.0004>
- Polychroni, F., Koukoura, K. y Anagnostou, I. (2007). *Academic self-concept, reading attitudes and approaches to learning of children with dyslexia: do they differ from their peers?* *European Journal of Special Needs Education*, 21 (4), 415-430. doi:10.1080/08856250600956311
- Riddick, B. (2010). *Living with Dyslexia: The Social and Emotional Consequences of Specific Learning Difficulties (2ª ed.)*. London: Routledge.
- Riddick, B., Sterling, C., Farmer, M. y Morgan, S. (1999). *Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexic students*. *Dyslexia*, 5, 227-248. doi:10.1002/(SICI)1099-0909(199912)5:4<227::AID-DYS146>3.0.CO;2-6
- Rodríguez, A. (2017). *Evaluación de dificultades lectoras escolares*. En M. El Homrani, F. Peñafiel y A. Hernández (cords.), *Entornos y estrategias educativas para la inclusión social*. Granada: Comares.
- Ryan, M. (2006). *Problemi sociali ed emotivi legati alla dislessia*.

- Dyslexia*, 3 (1), 29-35.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt y Co.
- Serrano, F., y Defior, S. (2008). *Dyslexia speed problems in a transparent orthography*. *Annals of dyslexia*, 58 (1), 81-95. doi: 10.1007/s11881-008-0013-6
- Soriano-Ferrer, M. y Piedra, E. (2014). *Una revisión de las bases neurobiológicas de la dislexia en población adulta*. *Revista de Neurología*, 32 (1), 50-57. doi: 10.1016/j.nrl.2014.08.003
- Stella, G., (2000). *Lo sviluppo cognitivo*. Roma: Bruno Mondadori editore.
- Tabassam, W. y Grainger, J. (2002). *Self- concept, attributional style and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder*. *Learning disability quarterly*, 25 (2), 141-151. <https://doi.org/10.2307/1511280>
- Vaughn, S., Elbaum, B. E., Schumm, J. S. y Hughes, M. T. (1998). *Social outcomes for students with and without learning disabilities in inclusive classrooms*. *Journal of Learning Disabilities*, 31 (5), 428-436. <https://doi.org/10.1177/002221949803100502>
- Zelege S. (2004). *Self-concepts of students with learning disabilities and their normally achieving peers: a review*. *European Journal of Special Needs Education*, 19 (2), 145-170. <http://dx.doi.org/10.1080/08856250410001678469>