



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA INCIDENCIA DE INDICADORES DE DEPRESIÓN EN EL
TRASTORNO ENURÉTICO.**

**TESIS, QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA, PRESENTA:**

Sandra Christian Roldán Roldán.

Directora: Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona.

Revisora: Dra. Rosa Shein Korbman Chjetaite.

Asesor estadístico: Lic. Ma. de Lourdes Monroy Tello.

México. D.F. 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al H. Jurado:

- Mtra. María Cristina Heredia Ancona, por dirigir esta tesis. Por su orientación, confianza, y comprensión.
- Dra. Rosa Shein Korbman Chjetaite, por asesorar esta tesis, por su interés, apoyo y amable escucha. Por ser fuente de motivación. Por su disposición y su valiosa enseñanza.
- Mtra. Patricia Meraz Ríos, por sus interesantes y detalladas observaciones, por su generosidad y todo el tiempo dedicado. Por ser un importante sostén para finalizar esta tesis.
- Mtra. María Martina Jurado Baizabal, por sus críticas y observaciones para mejorar esta tesis, y por compartir sus enriquecedoras experiencias.
- Lic. María de Jesús Ortiz Heredia, por su interés en mi tesis y su apoyo. Y por todos sus comentarios para optimizar esta investigación.

A la Lic. María de Lourdes Monroy Tello, un especial agradecimiento, por su asesoría estadística, llena de gran experiencia y conocimientos, por la motivación y generosidad al brindarme su tiempo. Porque en un momento crucial fue quién brindó orientación y asesoría a esta tesis.

Al Programa de Becas para tesis de investigación en Licenciatura de la U.N.A.M., por el apoyo económico para realizarla.

A la Lic. Gabriela Pérez Correa, por su confianza y por creer en este proyecto. Gracias por todo el aprendizaje que tuve a tu lado.

A mi Madre, ejemplo de entereza e inteligencia, gracias por todo tu amor y soporte. Tu valentía me inspira. Tu fortaleza me sostiene. Te debo más que tanto.

A cada una de las personas que ayudaron a la realización de esta tesis: Lic. Gilberto Mora, a los doctores Ofelia Roldán y Francisco Shimasaky, A Gaby y Ricardo, Reyes y Laura. Gracias por su amistad y generosidad.

Gracias Dios.

Esta tesis la dedico a: Amelia Rodríguez y Reyes Roldán.
que me amaron y escucharon siempre.
Ahora viven dentro de mi memoria. Pasado que navega en mí presente.

Y a todos los niños que con su historia, dieron vida a esta investigación.

Con el deseo que en nuestra nación, se mire con verdadero interés a la infancia, y que sus dirigentes tomen decisiones que favorezcan la vida de los niños y niñas, para así construir un terreno apropiado y con equidad para la niñez.



INDICE

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.....I

CAPITULO I

LA

ENURESIS.....1

1.1	La enuresis a través del tiempo.....	1
1.2	Definición.....	1
1.3	Síntomas y Trastornos asociados.....	5
1.4	Fisiología de la micción.....	8
1.5	Desarrollo del control vesical.....	10
1.6	Etiología.	11
1.7	Curso.....	28
1.8	Efectos y características de los niños con enuresis.....	28
1.9	Investigaciones sobre enuresis.....	32
1.10	Prevención.....	36
1.11	Los tratamientos con mayor difusión.....	37

CAPITULO II

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.....43

2.1	Historia de los Trastornos del Aprendizaje.....	43
2.2	Definición.	44
2.3	Síntomas y Trastornos asociados. (Prevalencia y Diagnóstico Diferencial).....	46
2.4	Etiología.....	48
2.5	Relación entre el aprendizaje y grado de adaptación personal y social.....	61
2.6	Características clínicas de niños con problemas de aprendizaje.	63
2.7	Funcionamiento Socio – Emocional.....	65
2.8	Curso Evolutivo y Pronóstico.....	70
2.9	Tratamiento.....	71

CAPITULO III

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y SU EVALUACIÓN CON PRUEBAS PROYECTIVAS.....77

3.1	Antecedentes.....	77
3.2	Concepto de Depresión en niños.....	77
3.3	Criterios diagnósticos de la Depresión en niños.....	82
3.4	La Depresión en el niño desde el enfoque del Psicoanálisis.....	85
3.5	Curso y Pronóstico.....	87
3.6	La importancia de las Pruebas Proyectivas.....	88
3.7	Los test proyectivos con niños enuréticos.....	89
3.8	Estudios en niños con trastornos del aprendizaje utilizando pruebas proyectivas.....	90
3.9	El test del dibujo de la familia y sus aportaciones.....	93

CAPITULO IV

MÉTODO.....98

4.1	Planteamiento del problema.....	98
4.2	Hipótesis de trabajo.....	99
4.3	Hipótesis estadísticas.....	99
4.4	Variables.....	100
4.5	Diseño de investigación.....	104
4.6	Tipo de estudio.....	104
4.7	Población.....	104
4.8	Muestra.....	105
4.9	Sujetos.....	105
4.10	Escenario.....	106
4.11	Instrumentos o materiales.....	106
4.12	Procedimiento.....	111

CAPITULO V	
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	113

CAPITULO VI	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	127

6.1 Discusión.....	127
6.2 Conclusión.....	144

CAPITULO VII	
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	147

7.1 Limitaciones.....	147
7.2 Sugerencias.....	147

ANEXOS.

Anexo I Código.....	153
Anexo II Formatos elaborados para recoger datos.....	158
Anexo III Tabla 6.....	164

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

El campo de trabajo de la psicología es amplio, una de sus aplicaciones es la atención que presta a la salud mental de diferentes poblaciones existentes, una de éstas es la población de niños, grupo que en muchas ocasiones es vulnerable a problemas emocionales.

Los distintos trastornos que aparecen en la niñez como la Enuresis y los Trastornos del Aprendizaje influyen mucho en la forma en como el niño se percibe a sí mismo, el cómo los demás lo perciben y cómo a partir de esto se configura el tipo de relación que mantienen.

En nuestra cultura se espera que a una determinada edad (5 años) se logre el control vesical y cuando el niño no lo ha logrado, se convierte en blanco de burlas. En la actualidad existe acuerdo en reconocer que el Trastorno enurético aparece con frecuencia en la infancia, que va disminuyendo con la edad y que ocasiona un malestar en el niño. En especial, es de nuestro interés las propuestas de autores como Ajuriaguerra y Marcelli (1984), Mujica, (2000), Fernández (2000), Díaz-Atienza (1999) y Obidigbo (1999) quienes consideran importante señalar que los niños que presentan enuresis son más vulnerables al sufrimiento psíquico como lo es una baja autoestima, miedo a participar en actividades que impliquen pernoctar fuera del hogar, y padecer descalificaciones, burlas y rechazo por parte de sus hermanos, padres, y medio social en general.

En el caso particular de los niños con enuresis, se ha observado una fuerte descalificación familiar y rechazo social (específicamente en la escuela). Debido a la poca información que tienen los familiares, maestros y sociedad en general, sobre el origen y tratamiento de la enuresis, muchos de estos casos no se canalizan adecuadamente a la consulta psicológica u hospitalaria. En el caso de los niños con trastornos del aprendizaje, se ha observado que deterioran la autoestima del niño debido a los fracasos y frustraciones que experimentan, favoreciendo así la aparición de indicadores depresivos; sin embargo es frecuente que los maestros orienten a los padres a que este tipo de problemas necesitan recibir atención especializada.

Se sabe que uno de los síntomas que puede agudizarse de forma importante si no se recibe un tratamiento adecuado y oportuno, es la depresión, que actualmente ha incrementado su tasa de prevalencia.

Por tal motivo y teniendo en cuenta que ambos trastornos (Enuresis y Trastornos del Aprendizaje) generan en el niño indicadores depresivos en virtud de que afectan los hábitos de vida tanto del niño como de la familia, el presente estudio tiene como objetivo conocer cuántos y cuáles indicadores de depresión presenta cada grupo y si entre éstos existe alguna diferencia; mediante la utilización de instrumentos de psicodiagnóstico de tipo proyectivo, en virtud de que éste tipo de pruebas permiten al niño manifestar libremente los conflictos internos que maneja acerca de la percepción familiar, del medio ambiente y de sí mismo.

La presente investigación cobra relevancia, ya que nos permitirá conocer en ambos trastornos la incidencia de indicadores de depresión, lo que conducirá a premisas para poder establecer un mejor tratamiento, que abarque el área biológica, psicológica y social.

RESUMEN

“La Incidencia de indicadores de depresión en el trastorno enurético”.

El presente estudio, es una investigación de campo, transversal y ex-post-facto; tuvo como objetivo determinar si existen diferencias en la incidencia de indicadores depresivos en los niños con Enuresis y los niños con Trastornos del Aprendizaje. Los indicadores de depresión fueron obtenidos a través de la Entrevista con el niño y los padres, y de las siguientes pruebas proyectivas: Test de la Figura Humana de Machover y Koppitz, Test de persona bajo la Lluvia de Hammer, y Test de la Familia de Corman. Las pruebas y las entrevistas se codificaron, utilizando un código y un formato diseñado ex-profeso para la investigación. La muestra de la investigación se conformó por 30 niños con diagnóstico de Enuresis y 30 niños con Trastornos del Aprendizaje, de los cuales 20 fueron niñas y 40 niños, cuya edad osciló entre los 6 y 11 años de edad, de nivel socioeconómico medio y bajo, y que habitan en el D.F y el Estado de México. Los datos obtenidos de las pruebas y las entrevistas, fueron sometidos a un análisis de frecuencias, la prueba t y de la χ^2 . Los resultados indicaron que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos presentados, los cuales son más altos en el grupo de Enuresis, es decir hay una diferencia estadísticamente significativa, en la comparación entre las medias del grupo de Enuresis y el grupo de niños con Trastornos del Aprendizaje. Además se determinaron cuáles son las variables con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, encontrando significativas 17 de las 74 variables consideradas en el estudio, las variables significativas que contienen los indicadores de depresión son: Sentimiento de no Aceptación, Conducta Disocial, Ideación Autodespreciativa, Socialización, Rendimiento Escolar, Técnicas correctivas para el control de los esfínteres, Trastornos del sueño, Ansiedad, Intranquilidad, Tipo de línea (TFH), Tamaño de las figuras (TFH), Tipo de historia (TFH), en Test de Persona bajo la lluvia, Presión del trazo, Tipo de línea, Tamaño de la figura, y Expresión facial; y en Test de la Familia, Ausencia de alguna figura primaria; obteniendo mayor cantidad de indicadores de depresión los niños enuréticos, equivalente a las $\frac{3}{4}$ partes del total de las variables significativas.

CAPÍTULO I.

ENURESIS

A los cinco años de edad, la mayoría de los niños han complementado el proceso de maduración de la vejiga y han alcanzado la continencia, sin embargo muchos otros no, y todavía se orinan, hecho que resulta molesto y que a veces va unido a alteraciones de conducta o problemas emocionales. Una de las preocupaciones de los padres de niños en edad preescolar, es enseñar a éstos el control de esfínteres, en virtud de que el ingreso al Kinder o Jardín de niños puede depender de que el niño haya adquirido dicho control. La decisión de los padres respecto a la edad que consideran oportuna para comenzar la enseñanza del control de esfínteres, varía y depende de los valores culturales, y del condicionamiento impuesto por la sociedad. Actualmente, los niños viven una época donde su inserción social es más temprana, como excursiones e invitaciones de fines de semana, que originan sentimientos contradictorios, por un lado alegría y por otro la angustia de su enuresis. Consecuentemente se puede decir que cuando un niño presenta problemas en esta área y se detecta un trastorno de enuresis, éste afectará los hábitos de vida, tanto del niño como de la familia.

Se sabe que existen familias de niños con enuresis que no consultan atención profesional y especializada, posiblemente porque piensan que este trastorno no tiene tratamiento, que son cronodependientes y que tienden a desaparecer espontáneamente con la edad, agudizando así la enuresis. En relación a esto Békei (1992) señala que aunque los problemas de enuresis, llegan a los consultorios públicos y privados, no revelan más que una fracción de la totalidad de los casos existentes, muchos de los cuales se descubren por casualidad o no se conocen nunca.

1.1 LA ENURESIS A TRAVÉS DEL TIEMPO

La enuresis existe prácticamente desde que el hombre primitivo salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpia su morada y de regular sus funciones eliminatorias. La primera mención sobre el tema se encuentra en el Papiro de Ebers que puede fecharse alrededor de 1500 A.C. donde se describe el trastorno y se recomienda una cocción de hierbas para su tratamiento. (Glicklich, 1951) (cit. en Békei, 1992).

Pablo de Aegina, médico bizantino del siglo VII D.C., adjudica a la relajación de los músculos del cuello de la vejiga la causa de la incontinencia de la orina y da como tratamiento tónicos y aplicación local de calor. Hasta fines del siglo XVII fue común que los autores que se ocuparon de la enuresis, utilizaran una mezcla de medidas prácticas con base racional y de fórmulas curativas de carácter mágico. Sólo en el siglo XVIII, con la aparición de la patología celular, la interpretación y el tratamiento de la enuresis se hicieron más racionales, sin embargo no dejaron de ser, aproximaciones sin verdadero rigor científico.

En el siglo XIX, cuando la pediatría se constituyó como especialidad médica, se multiplicó notablemente el número de los trabajos dedicados a la enuresis. Sin embargo, la escasez de conocimientos concretos sobre el problema se puso de manifiesto en la multiplicidad y divergencia de las teorías elaboradas, así como en la diversidad de las medidas aconsejadas para su tratamiento. (Békei, 1992).

En la actualidad, el trastorno de la enuresis se encuentra definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) su edición del 2001 (el cual posee un dominio mundial), ahí es abordado por diferentes corrientes y se recomienda que se trate de una manera interdisciplinaria.

1.2 DEFINICIÓN

El término enuresis proviene del griego *en dentro*, *oûron* orina y la terminación *sis* acción (Herrera, 1974) (Braier, 1980), raíces y terminaciones que forman la palabra griega *enoureîn* que significa no contener la orina. (Masson, 2002). En el presente trabajo, se manejará la definición de enuresis dictada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2001) como “la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos. En la mayor parte de los casos este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones es intencionado. El sujeto debe haber alcanzado una edad en la que es esperable la continencia (la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de cinco años o, en niños con retrasos del desarrollo, una edad mental de, como un mínimo de cinco años). La emisión de orina debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o un deterioro social, familiar y académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”. El

comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia, por ejemplo un diurético, ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo, etc.).

De acuerdo a la situación en que ocurre la enuresis, se definen tres subtipos:

Nocturna. Este es el subtipo más frecuente. La emisión de orina ocurre sólo durante el sueño nocturno, el episodio enurético ocurre típicamente durante el primer tercio de la noche. Ocasionalmente, la emisión tiene lugar durante el período de movimientos oculares rápidos (REM) del sueño y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar.

Diurna. Se define como la emisión de orina sólo durante las horas de vigilia. La enuresis diurna es más frecuente en mujeres que en varones y es poco frecuente tras los 9 años de edad. El episodio enurético suele sobrevenir en la mayor parte de los casos a primeras horas de la tarde en los días escolares.

Nocturna y Diurna (Mixta). Se define como una combinación de los dos subtipos anteriores.

Atendiendo el curso del trastorno enurético, se distinguen dos tipos:

La enuresis primaria. La cual ocurre en un niño que nunca ha establecido continencia urinaria. (también llamada enuresis continua). Por definición la enuresis primaria se inicia a los cinco años de edad.

La enuresis secundaria. Es cuando el trastorno se desarrolla después de un periodo de continencia urinaria establecida. Es decir en la que se rompe el control vesical después de haberse conseguido y/o establecido, (también llamada enuresis intermitente). La época más frecuente en que se inicia una enuresis secundaria es de los cinco a ocho años de edad, pero ésta puede ocurrir en cualquier momento.

La enuresis primaria, también llamada continua, representaría una falla grave en el desarrollo emocional del niño, que inició desde épocas tempranas y persistió hasta y durante el período de la adquisición del control de los esfínteres, que pudo tener un carácter de privación o de sobreestimulación, configurando un trastorno del control del

esfínter uretral. Aquí el factor psíquico interviene tempranamente e interfiere la maduración neurológica de modo que impide que el control se establezca. (Békei, 1992).

La enuresis secundaria, nombrada por diferentes autores como intermitente, sería resultado de una falla no tan grave como la anterior en la relación diádica temprana, que aparentemente se supera pero deja un punto de fijación. Una nueva interferencia en el vínculo, en el periodo edípico, puede hacer regresar a este punto, y se produce una enuresis. En este caso la maduración se ha completado y la interferencia viene a romper un patrón ya establecido. (Békei, 1992).

PREVALENCIA

Los datos estadísticos sobre la prevalencia del trastorno varían según el criterio usado para definir a éste. El índice exacto de la enuresis, no se conoce, debido a que como se ha mencionado anteriormente los niños que la padecen quizá nunca llegan a consulta, porque algunas veces suele considerarse como un mal hábito. (Reca, 1971).

De acuerdo al DSM-IV (2001) a los 5 años de edad la prevalencia de enuresis es del 7% en niños y del 3% en niñas. A los 10 años de edad las cifras disminuyen a un 3% y 2%, respectivamente. La mayor parte de los niños con este trastorno se hacen continentales durante la adolescencia, pero aproximadamente en el 1% de los casos el trastorno se prolonga hasta la edad adulta.

La enuresis nocturna primaria es más frecuente en los varones, mientras que la enuresis diurna es más frecuente en las niñas. La enfermedad cursaría como enuresis nocturna en un 6.4%, enuresis diurna en un 1.8% y enuresis mixta en un 1.6%. (Gómez; Meneghello, 2000).

Entre sexos hay diferencias significativas, así las niñas adquieren el control de la micción antes que los niños, con una diferencia entre ambos de 2 o 3 años. Esto explica la mayor incidencia de enuresis nocturna entre varones. (Marsellach, 1998).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Basándose en la historia clínica y los exámenes médicos del sujeto, se establece el diagnóstico diferencial. Para el DSM-IV (2001), el diagnóstico de enuresis no se debe establecer en presencia de una vejiga neurogénica o de una enfermedad médica que cause poliuria o urgencia, (tal es el caso de la diabetes mellitus o diabetes insípida no tratadas), durante una **infección aguda del tracto urinario, enfermedades neurológicas** como espina bífida o si la acción de orinarse tiene relación con **trastornos convulsivos** (epilepsia nocturna). Sin embargo, el diagnóstico de enuresis es compatible con estos procesos si había incontinencia urinaria antes de presentarse la enfermedad médica o si persiste después de la instauración del tratamiento apropiado.

Así mismo, Lewis (1991) considera que la insuficiencia renal, las anomalías en el tracto urinario y los trastornos neurológicos, deben ser considerados antes de emitir el diagnóstico.

1.3 SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

La intensidad de las alteraciones asociadas a la enuresis depende de la limitación ejercida sobre las actividades sociales del niño (imposibilidad de dormir fuera de casa) o de su efecto sobre su autoestima, del grado de aislamiento social a que le sometan sus compañeros, y del enojo, castigo y rechazo ejercido por sus cuidadores.

Según el DSM-IV (2001) los trastornos mentales en niños enuréticos es mayor que en la población general, y pueden asociarse a encopresis, sonambulismo y terrores nocturnos. Así mismo, Gómez también señala que en la enuresis se ha encontrado comorbilidad con encopresis, déficit de atención, terror nocturno, sonambulismo y otras parasomnias, trastornos del aprendizaje y retrasos del lenguaje. (cit. en Meneghello, 2000).

Moilanen, Tirkkonen, Järvelin y Tamminen (1998) en su estudio epidemiológico distinguieron que, de acuerdo a los reportes de los padres, una gran proporción de niños enuréticos tenía dificultades para dormir y para despertar. También encontraron

que los niños con enuresis tienen frecuentemente más despertar nocturno que despertar matutino; mientras que las niñas con enuresis tienen más pesadillas.

Recientemente Díaz–Atienza, Santiago, Navarro y Gurpegui., (1999) informa que el porcentaje de niños con enuresis en los que se ha detectado patología psiquiátrica es del 19%. La patología psiquiátrica más frecuente asociada ha sido la encopresis (9%), los trastornos de conducta (6%) y los trastornos del estado de ánimo (4%).

Albarran (1979) realizó un estudio, en el que encontró una serie de síntomas que aparecen en el niño enurético, y que se ha juzgado de gran interés e importancia para establecer una relación con la enuresis; éstos son: Terrores nocturnos, Trastornos del Aprendizaje, Anorexia, Tics, Cefaleas, Manifestaciones Psicósomáticas (vómitos, diarreas), Rabietas y Depresión. Los síntomas anteriores se obtuvieron a través de la historia clínica y las valoraciones de tests psicométricos y proyectivos (Dibujo de la Figura Humana, Persona bajo la lluvia y Dibujo de la Familia).

Recientemente García, Tarrega y González (1998) llevaron a cabo un estudio en una población de 150 niños en una clínica, y hallaron que el 10% de los niños presentaba enuresis en curso y el 15.3% con enuresis en su historia; del primer grupo (10%) encontraron asociación con bajo rendimiento escolar, terrores nocturnos y dificultades sociales.

Por su parte, Felthous y Bernard (1978) (cit. en Lewis, 1991) declaran que en la enuresis coexisten trastornos como la encopresis, retardo del desarrollo y trastornos del sueño. Por su parte en un estudio anterior Kanner (1972), informa que el 5% de los pacientes enuréticos tenían pesadillas, el 3% terrores nocturnos, el 4% era sonámbulo y el 2% lloraba durmiendo. Este estudio también hace referencia a los rasgos de personalidad en niños enuréticos encontrando que el 32% de su población eran llorones, melindrosos, taciturnos e irritables, el 14% eran desobedientes, rencorosos y tenaces y el 8% eran tímidos, vergonzosos, solitarios y comúnmente tranquilos.

Como se ha descrito, la enuresis se halla frecuentemente asociada a la encopresis. Hallgren (1956) (cit. en Rutter, 1985), en un examen de una amplia población escolar halló que el 13% de los niños que aun se orinaban a los 7 años habían tenido episodios de incontinencia fecal desde los 3 años de edad, en comparación con sólo el 3 % de un grupo control. Sin embargo, los mecanismos neuromusculares implícitos en la

continencia fecal se encubren en cierta medida con los relacionados al control de orina. Por esto, un hallazgo de problemas asociados no indica necesariamente un retraso más generalizado del desarrollo.

Una diferencia importante es que un apreciable número de niños enuréticos, han atravesado un periodo anterior de continencia, en contraste con los retrasos en la lectura, lenguaje o capacidad motora, donde una vez adquiridas estas facultades, se conservan siempre. (Rutter, 1985).

Rutter y cols. han probado que los enuréticos durante la infancia intermedia o la primera adolescencia tienen índices mayores de alteración psiquiátrica que los no enuréticos, pero que no todos incontinentes tienen, en modo alguno, alteraciones de este tipo. (Rutter, 1985).

Rutter y cols. (1973) (cit. en Toro, 1992) realizaron un estudio, y concluyen que existe una consistente asociación entre enuresis y trastornos emocionales y conductuales en las niñas, siendo esta asociación menos perceptible en los varones. Además observaron que los porcentajes de enuréticos que presentaban algún trastorno oscilaban entre un 13% y un 39%.

Shaffer (1973) (cit. en Toro, 1992). revisó 35 trabajos referentes a este tema y llegó a las siguientes conclusiones: - Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en enuréticos que en no enuréticos. La asociación es más evidente en niñas que en niños y se produce en todas las edades. – Una minoría de enuréticos presenta algún trastorno emocional. – No se ha podido demostrar la existencia de asociaciones específicas entre enuresis y algún trastorno en concreto. y – Los trastornos emocionales son más frecuentes en la enuresis mixta. Retomando el punto de la minoría de enuréticos con psicopatología asociada, cabe señalar que no por ser minoría cobran menos importancia, lo que se debe plantear es que las minorías también deben ser atendidas.

La asociación con el sexo femenino y los trastornos psiquiátricos en la enuresis diurna está reconocida desde hace tiempo (Bakwin, 1973). Un trabajo realizado por Halliday y cols. (1987) con 44 enuréticos diurnos, encontró que el 25% de los niños padecía trastornos emocionales significativos y otro 14% de carácter impreciso. En opinión de

los maestros, eran niños con conducta perturbadora, hiperactivos y con problemas de atención; según los padres tendían a ser asociales. (Toro, 1992).

La maduración de la anatomía y las fases del desarrollo del control de la micción, tienen un papel decisivo en el establecimiento del control vesical, por lo que serán descritas a continuación.

1.4 FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN

La orina, tras su elaboración en los riñones, llega a la vejiga a través de unos conductos tubulares, los **uréteres**. La **vejiga** es el órgano responsable del almacenamiento de la orina, así como de su expulsión en el momento oportuno. La pared de la vejiga está constituida por un músculo de fibra lisa, nombrado **detrusor**, depósito de la orina, cuyo paso al exterior es a través de la **uretra** y queda regulado por dos **esfínteres**, interno y externo. (Toro, 1992).

La vejiga desemboca en un tubo, la **uretra**, que vierte directamente la orina al exterior. La función del **esfínter interno** es abrir y cerrar la vía de salida de la orina; dada su condición de musculatura lisa carece de control voluntario. Rodeando la uretra e inmediatamente después del esfínter interno se sitúa el **esfínter externo**, constituido por fibras musculares estriadas y sometido a un control voluntario. (Toro, 1992).

Cuando la orina alcanza una determinada presión intravesical (alrededor de 400 ml de orina) (Doleys 1989; Mc Lorie y Husman, 1987) (cit. en Toro, 1992) se pone en marcha el **reflejo de micción**, innato. Este reflejo consiste en la contracción del detrusor y en la relajación de los esfínteres, lo que provoca la emisión de orina. Las “ganas de orinar” corresponden a las primeras contracciones intensas del detrusor.

El control voluntario de la micción, consiste en la relajación del esfínter externo. Cuando ésta se produce, la presión intravesical, las contracciones del detrusor y la relajación del esfínter interno dan lugar a la micción. (Yeates, 1973) (cit. en Toro, 1992). De esta forma, el control de la micción, supone poder inhibir el reflejo innato de micción y para lograrlo es imprescindible haber alcanzado el nivel de maduración fisiológica adecuado.

Debido al control voluntario, es posible el aplazamiento de la micción, una vez experimentadas las “ganas” de orinar. Estas “ganas” corresponden a la percepción de ciertas sensaciones que parten del órgano vesical. (Yeates, 1973, cit. en Toro, 1992). El control voluntario, también se manifiesta a través de actos como iniciar la micción sin tener ganas o interrumpir la emisión de orina.

La **micción voluntaria** normal es el final de todo un proceso de adquisición de control. Cuando existen “ganas” de orinar, y hay un momento y lugar adecuado y el sujeto decide orinar; se produce en primer lugar la relajación voluntaria del esfínter externo, y al relajarse éste, la presión intravesical, las contracciones del detrusor y la relajación del esfínter interno, hacen el resto, y la orina se vierte al exterior a través de la uretra. (Yeates, 1973, cit. en Toro, 1992).

Cabe señalar que el índice de producción urinaria aumenta con el ejercicio y la ingesta de líquidos y está sometida a los ritmos circadianos. El ritmo de excreción de agua suele estar en su punto más bajo entre la medianoche y las 5 horas. (Hellbrugge, 1960, cit. en Rutter, 1985).

Todo este proceso se lleva a cabo, bajo una compleja integración de funciones regidas por los **sistemas nervioso parasimpático y simpático**. Lo que nos lleva a revisar brevemente la neurofisiología de la micción.

Neurofisiología de la micción

El **sistema Parasimpático**, es responsable de la inervación del músculo detrusor y también en la zona proximal de la uretra. Su activación provoca las contracciones del músculo vesical, incrementando la presión en el interior de la vejiga. (Toro, 1992).

El **sistema Simpático**, inerva sobre todo el cuello de la vejiga y la porción posterior de la uretra. Es responsable de la contracción y relajación del esfínter interno. De forma que interviene impidiendo o facilitando la micción.

El **sistema nervioso Somático**, es el responsable de la activación voluntaria del esfínter externo, alcanza ésta zona muscular a través del plexo pelviano y el nervio pudendo.

Existen tres centros de la micción: lóbulo frontal (facilitador de la micción), área parietal (inhibidor de la micción) y (un segundo centro facilitador) el hipotálamo posterior (Mc Lorie y Husmann, 1987; cit. en Toro, 1992). La integración de estos tres centros constituiría el centro de la micción propiamente dicho.

Cabe señalar que las lesiones en la pared media del córtex frontal anterior y parte del giro cingulado que envuelve la rodilla del cuerpo caloso, dan lugar a la micción con escasa sensación previa e incontinencia nocturna. (Nathan, 1976) (cit. en Rutter, 1985).

1.5 DESARROLLO DEL CONTROL DE LA MICCIÓN

El proceso del control de la micción corresponde a la interacción entre los factores biológico-madurativos (maduración de las vías neurológicas y estructuras anatómicas que rodean la vejiga) y los experienciales o ambientales (estimulación dirigida al niño a vaciar la vejiga en el momento y lugar adecuado durante el día y a contener el flujo nocturno de orina). A continuación resumiremos los factores madurativos y de experiencia que transcurren en la adquisición del control vesical.

Tabla. 1. Adquisición del control vesical.

Edad	Avance.
A partir del nacimiento	El lactante orina debido al reflejo de micción y por tanto innato. A medida que crece aumentan los períodos de tiempo en que el niño no se moja.
15 meses	Acostumbran a señalar sus ropas mojadas. Poco después pueden despertarse por la noche y llorar para que cambien sus ropas cuando se han orinado. En su repertorio verbal suelen disponer de una palabra para designar tanto a la orina como a las heces.
Entre los 18 y 24 meses.	Muchos niños avisan a su madre cuando han ensuciado sus ropas.
2 años	Cuenta con dos palabras distintas para designar heces y orina. Tienden a avisar cuando se están orinando; tiempo después cobran conciencia de que su vejiga está llena y empiezan a avisar que está a punto de orinarse.
2 años y medio	Son conscientes de su necesidad de orinar (Roberts y Schoellkopf). El niño aguanta su orina durante cierto tiempo antes de percibir que necesita orinar. Posteriormente busca un lugar adecuado para orinar. El niño hace saber sus necesidades de forma regular y consistente.
3 años	El niño suele ir solo al excusado, acostumbrado a anunciarlo previamente. A veces “no llega a tiempo”, especialmente si está jugando.
4 años	Puede ir a cualquier baño sin problemas y empieza a cerrar la puerta.

Edad	Avance.
5 años	Orinar es ya prácticamente una actividad privada (tanto en el día como en la noche). El niño es capaz de iniciar el vaciado de la vejiga, cualquiera que sea la cantidad de orina que contenga.

(Toro, 1992).

Cabe señalar, que la adquisición del control vesical diurno ocurre habitualmente entre los 2 y 3 años de edad, precediendo el control nocturno que se logra entre los 3 a 5 años. (Almonte, 2003). Se debe recordar que este proceso depende tanto de la madurez de los mecanismos de control de vejiga, como de las facultades motoras y de lenguaje. En consecuencia se puede decir que la mayoría de los niños alcanzan el control vesical hacia el final de los 4 años de edad.

Para Rutter (1985) los niños que no poseen el control de la micción después de los 4-5 años, tienen probabilidad de presentar problemas asociados, en particular de tipo emocional o de conducta. Tiempo atrás Rutter y cols. (1973) señalaron que los niños que presentan eventos enuréticos de día tienen mayores probabilidades de tener un problema de conducta asociado, que los niños que sólo se orinan de noche.

Neligan y cols. (1976, cit. en Rutter, 1985). hallaron que los niños prematuros tenían mayor probabilidad de tener sucesos enuréticos a los 6 años de edad. Para finalizar se mencionara el orden en que suele aparecer la adquisición del control esfínteriano: en primer lugar hace su aparición el control rectal nocturno, a continuación el diurno, posteriormente el control vesical diurno y, por último, el nocturno. (Toro, 1992).

Consecuentemente se puede decir que “es indudable que para el logro del control vesical la maduración es una base indispensable, pero solo se alcanza por medio de la aceptación e internalización de los deseos y prohibiciones parentales, transmitidos por la madre y fracasa si la relación madre-hijo es inadecuada”. (Békei, 1992. p. 275).

1.6 ETIOLOGÍA

Se han propuesto una serie de factores como causa de la enuresis, ya que no se ha determinado una sola causa en lo particular. El valorar un factor etiológico dependerá de la postura teórica de cada autor. A continuación expondremos los factores descritos más usualmente. La literatura sobre el tema hace mención a múltiples factores, tanto

biológicos como psicológicos, cuya presencia e interacción determinaría la génesis del trastorno enurético.

FACTORES BIOLÓGICOS

El **factor genético** se explica por la relativa frecuencia de enuresis en la historia familiar, sin que se haya podido probar una transmisión genética precisa. (Ajuriaguerra, 1996). Según el DSM-IV (2001), aproximadamente un 75% de los niños enuréticos tienen un familiar biológico en primer grado, que es o fue enurético. Estudios de gemelos (Bakwin, 1973; cit. en Rutter, 1985) demuestran que hay coincidencia de incontinencia persistente en los gemelos monocigotos superior que en los dicigotos. Estos resultados sugieren que al menos una parte de los niños con enuresis pueden tener una predisposición estructural o funcional en el aparato genitourinario.

Finalmente, cabe señalar que la influencia genética es más evidente en la enuresis nocturna primaria. (Gómez; Meneghello, 2000).

El **sueño del enurético**. La investigación realizada sobre el papel del sueño en la enuresis es poco consistente. El concepto de enuresis como un trastorno del sueño ha sido investigado, con la conclusión de que no hay asociación de la enuresis con una etapa particular del sueño. (Mikkelson, 1980; cit. en Lewis, 1991). Los episodios de enuresis nocturna pueden ocurrir en cualquier periodo del sueño, aunque en un porcentaje elevado ocurren en las fases III y IV del sueño No-REM. (Gómez; Meneghello, 2000). Así mismo Doleys (1989) (cit. en Wicks, 1997) señala que el suceso enurético puede producirse en cualquiera de las fases del sueño, no sólo durante el sueño profundo.

Es motivo de debate, la consideración de la enuresis como un trastorno de activación durante el sueño, algunos estudios muestran una diferencia significativa entre los niños enuréticos y los controles normales en relación con el tiempo que demoran en despertarse. (Gómez; Meneghello, 2000). Investigaciones clínicas han demostrado que los niños con enuresis, no tienen una forma anormal de dormir. (www.cas.ucsf.edu/ 2001).

Los episodios enuréticos ocurren más típicamente durante el primer tercio de la noche. En ocasiones, la emisión tiene lugar durante el período REM y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar. (Gómez; Meneghello, 2000). Al respecto Ajuriaguerra (1996) señala que el niño enurético tiene sueños “mojados” (juegos dentro del agua, inundaciones o simplemente sueña que se orina).

El factor endocrino metabólico. En particular la secreción de la hormona antidiurética, que se encarga de regular la producción de orina por parte de los riñones. En niños enuréticos no existe como en los no enuréticos un aumento de la secreción nocturna de hormona antidiurética para disminuir la cantidad de orina filtrada por los riñones, la vejiga se ve superada en su capacidad y se produce una micción involuntaria. (López, 2003).

Posibles **alteraciones del tracto genitourinario.** En los sujetos con enuresis diurna es más frecuente hallar infecciones urinarias. También se menciona que la enuresis diurna estaría asociada con cierta frecuencia con disfunciones vesicales, una capacidad vesical menor, vejigas hiperactivas y con alteraciones en el desarrollo del cuello vesical que tienen influencia directa en el funcionamiento del esfínter interno. (Gómez; Meneghello, 2000).

Los niños enuréticos presentan **alteraciones del desarrollo** y retrasos generales leves en el desarrollo dos veces más que en la población general. También se asocian con retrasos madurativos del lenguaje y con déficit de atención. (Gómez; Meneghello, 2000). La teoría del retraso del desarrollo argumenta que en el caso del retrasado de la madurez de la vejiga, puede que ocurran resoluciones espontáneas a medida que el niño crece. (www.cas.ucsf.edu/. 2001).

La **mecánica vesical del enurético.** Walsh (cit. en Lewis, 1991) señala, que la enuresis ha sido relacionada con anomalías en el tamaño de la vejiga, su función o su capacidad, presión intravesical, etc., pero que estos factores anatómicos explican solamente una pequeña minoría de pacientes.

Las **anomalías constitucionales de los enuréticos.** Sobre estas se puede decir que son comunes algunas alteraciones de la anatomía y la fisiología (Rutter, 1985). Sin embargo no son “suficientes” para explicar la enuresis. Por eso es necesario examinar también los factores psicológicos, sociales y formas de entrenamiento.

Cabe señalar, que para algunos autores la enuresis se debe exclusivamente a un retardo de la maduración, probablemente hereditario. Sin embargo Scheafer (1979) (cit. en Békei, 1992) difiere con dicha teoría exclusivamente biológica de la enuresis, debido a que la contradice el hecho de que los niños enuréticos tengan noches o periodos secos, además para Békei la concurrencia familiar del trastorno no se debe a factores hereditarios, sino a la actitud parental.

Para Reca (1971) la mayoría de los enuréticos no está constituido por incontinentes de origen orgánico, sino que lo integran niños en los cuales cierto aspecto del desarrollo en el establecimiento del control de los esfínteres ha sido perturbado por la acción de factores que influyen sobre la esfera afectiva. Para esta autora, los niños que presentan enuresis también se le asocian otros síntomas.

Después de conocer los factores biológicos, tenemos que considerar la etiología del carácter psicológico de la enuresis y ver cómo éstos actúan.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Existen autores como Ajuriaguerra (1983) que consideran que los factores psicológicos son relevantes para explicar la etiopatogenia de los niños enuréticos.

El control de la micción es un mecanismo que se desarrolla sobre la base de una aceptación activa o pasiva impuesta por los padres en función de normas culturales o sociales; por tanto, la organización de este control no es únicamente madurativa. De aquí que pensamos que existe una psicogénesis de la enuresis, que ha sido admitida por la mayoría de los psicólogos y especialistas, al observar, una cierta coincidencia de la iniciación de la enuresis con la aparición de problemas afectivos y de su cesación con la solución de los conflictos del niño. (Albarran, 1979). Así mismo Gerard (cit. en Kanner, 1972) señaló que la enuresis se presenta en diversas situaciones de conflictos afectivos, y que ésta no posee una etiología uniforme para todos los casos.

En (1971) Reca, distingue la importancia y función de diferentes sucesos como factor etiológico de la enuresis, señala que es variable en cada caso, pero también responden a ciertas categorías generales. Dependen del tipo de acontecimiento y de su intensidad como experiencia personal, la cual, a su vez, está en relación con las características de

su familia y el ambiente. Señala que existen factores inicialmente productores de la enuresis y factores capaces de mantenerlo, una vez producido.

Existen diferentes dinámicas psicológicas que originan la enuresis. Las siguientes circunstancias, dificultan la maduración de la personalidad y producen enuresis. Para Reca (1971) se pueden clasificar en cinco factores.

Albarran (1979) distingue que estas causas influyen sobre el control vesical y pueden provocar la enuresis. Estas causas se localizan en la etapa del niño en que se establece el control vesical (2 1/2 a 3 años).

Causas Psicológicas Iniciales y Precipitantes de la Enuresis Primaria

1) Las relaciones y condición del niño dentro de la familia, y sucesos que las varían

-Relación con los padres

Albarran (1979) señala que el siguiente aspecto tiene una influencia decisiva, en virtud de que el tipo de relación con los padres, es un factor fundamental en el desarrollo del niño, elemento que interviene en la conducta del niño y, por tanto en el control de la micción, ya que el niño, en su contacto con la madre, aprende las normas sociales, y entre ellas el control de los esfínteres.

a) La **actitud de rechazo, crueldad o ansiedad** de ambos padres o uno de ellos, en especial de la madre.

El rechazo y la crueldad, según su grado, pueden dar origen a trastornos serios en la maduración de la personalidad (psicosis infantil, y personalidades y/o reacciones neuróticas). La inseguridad y la ansiedad de los padres, transfiere al niño una situación de ansiedad, generando perturbaciones como (terrores nocturnos, tics, etc.). En ambos casos, el hecho que exterioriza las dificultades es la enuresis. (Reca, 1971).

b) **Actitud general de incomprensión** acerca de lo que significa el proceso de maduración y desarrollo del niño, teniendo como consecuencia una educación inadecuada respecto al control esfínteriano.

Una actitud **sobreprotectora** por parte de los padres, donde el niño se encuentra en un ambiente excesivamente protegido y mimado, determinará un retraso en su proceso madurativo, y por tanto en la conducta del control de los esfínteres. (Albarran, 1979).

Por ejemplo si la madre o ambos padres, tratan al niño a nivel afectivo y de personalidad como un niño más pequeño, éste se comportará como tal y dificultará el proceso de maduración. Así mismo, **la indiferencia**, la pasividad o el descuido, en los hábitos de la higiene del niño pueden conducir también a una enuresis. (Reca, 1971).

Kanner (1972) también piensa, igual que Telma Reca, al señalar que la falta de preparación del niño en los hábitos de la micción puede ser consecuencia del exceso de protección materna. Algunas madres aceptan la enuresis del niño con la explicación de que es demasiado pequeño o muy delicado, pretexto para tenerlo sometido a una mayor protección y dependencia y así el niño deseará seguir siendo infantil y conservar su forma infantil de orinar.

Este retroceso general a la conducta infantil, también se manifiesta por medio de los caprichos en las comidas y otras acciones tendientes a monopolizar la atención de la madre. (Kanner, 1972).

Detrás de esta justificación racional está el deseo de la madre de hacer que su hijo dependa de ella el mayor tiempo posible. Con el correr del tiempo, la madre reconoce en la enuresis un comportamiento carente de madurez y que se ha transformado en un problema que requiere la intervención de un profesional.

Es característico de los enuréticos una constelación familiar desfavorable para el niño y características de la madre que alteran el “ambiente” y conducen a errores educativos. Kemper, (1986). Como lo señala Békei (1992) tanto la educación mal realizada como la falta absoluta de entrenamiento es perjudicial.

Ajuriaguerra (1983) y Gómez (cit. en Meneghello, 2000), también mencionan que la disfunción familiar (conflictos frecuentes) y los patrones de negligencia (falta de afecto y

cuidado) en el cuidado del niño, fungen como factores que se relacionan con la enuresis, con influencia de otras variables que estarían interactuando.

c) **Actitud “especial”** del progenitor que ha sido enurético o en cuya familia hay enuréticos. La actitud del padre o de la madre que han sido enuréticos, se torna diferente hacia la educación de los esfínteres. Por ejemplo, a veces el padre, preocupado por el establecimiento del control, hace al hijo objeto de enseñanza muy temprana e insistente acerca de ello, exteriorizando de esta forma su ansiedad al respecto. Otras veces, recordando sus propias humillaciones, extreman su protección al niño en todo lo relativo a esta función. Y con su impaciencia y angustia ante la creación de hábitos de control, perjudican el establecimiento. Por lo que su actitud está teñida de ansiedad y no se conduce adecuadamente. (Reca, 1971).

Al señalar, lo anterior Reca excluye toda referencia a la herencia y lo que desea expresar es la posición que toma el padre que ha sido enurético frente al niño.

Para Reca (1971) el nacimiento de un hermano y la relación con los otros hermanos son otros aspectos de las relaciones familiares que aparecen como causa de la enuresis.

- Relación con los hermanos

El **nacimiento de un hermano** crea en el niño un conflicto afectivo, que se manifiesta en celos dirigidos hacia el hermano recién nacido, pensando que viene a ocupar el puesto privilegiado que él tenía en el afecto y cuidado de sus padres. Estos celos crean en el niño la necesidad de regresar a una etapa anterior madurativa en que aún no tenía adquirido el control de los esfínteres, o quedar fijado en la etapa que está cuando nació el hermano, y poder sustituir así al recién nacido. (Albarran, 1979). El niño manifestará su protesta, resentimiento y deseo de ser atendido, por medio de la enuresis, ya que su hermano es quien ahora recibe cuidado y atención especial.

Kanner (1972) comprobó que hay niños que ya poseen control vesical y comienzan ha orinarse cuando llega un nuevo hijo a aumentar la familia; otros se vuelven enuréticos cuando los padres salen de viaje.

Esta causa es más importante cuando ocurren algunas de las siguientes circunstancias:

- Cuando después de establecerse el control vesical, existe el nacimiento de un hermano.
- Si el nacimiento del hermano ocurre en la época del establecimiento del control vesical, éste suele retrasarse.
- El tipo de relación que el niño ha tenido con sus padres antes del nacimiento del hermano; o si ha sido un niño sobreprotegido o mimado.
- Si el niño ha sido hasta ese momento hijo único o único en su sexo, o muy distanciado de los hermanos mayores por su edad.
- La actitud que adoptan los padres después de haber nacido el hermano.

Una **rivalidad** entre hermanos o con el hermano mayor puede también ser causa de la enuresis, por ejemplo: Si el hermano mayor, por alguna circunstancia especial como: enfermedad, invalidez, etc. recibe un cuidado acentuadamente mayor, el pequeño tendrá, en general, problemas de conducta, entre los que figurara la enuresis; o si el hermano mayor es capaz, responsable y maduro, y por alguna circunstancia hace sentir inferior o angustiado al niño, éste exteriorizará su sentimiento de incapacidad para emular o competir con el mayor, por medio de la enuresis, con el fin de que la madre o el padre se fijen en él y le presten atención. (Reca, 1971). Lo cual es, una situación de dependencia, que exige cuidado y tolerancia.

2) Actitud equivocada con respecto a la educación de los esfínteres y a la educación general del niño

La educación muy temprana sobre el control vesical, por medios coercitivos, produce resultados desfavorables, lo mismo se espera cuando a esta educación se le añade castigos y amenazas ya que crean una perturbación emocional. (Reca, 1971).

A veces la educación esfinteriana, pone énfasis en la pulcritud, el buen comportamiento y la anulación de actividades infantiles y expresión de impulsos agresivos normales, creando así en el niño una estructura de tipo perfeccionista, por lo que la enuresis es consecuencia de la falta de expresión emocional normal. (Reca, 1971).

3) Situación o conjunto de hechos capaces de engendrar un estado de ansiedad intenso en el niño

En niños que son enuréticos, y que no existe hecho particular alguno en su biografía que permita señalar una mala relación con los padres o con los hermanos. Se ha encontrado que son niños en cuyas vidas domina como nota general la ansiedad y la inseguridad, afectando a toda la familia. (Albarran, 1979). Por lo tanto la ansiedad jugaría un rol importante en la enuresis pero en interjuego con muchos otros elementos.

También se ha observado que en circunstancias familiares de grandes privaciones, sufrimiento y las angustias de toda índole, originan en el niño un estado de inseguridad y ansiedad que es obstáculo para su maduración. Probablemente se deba a causas de este tipo, la enuresis tan frecuentemente comprobada en niños que viven en asilos y que se curan al entrar en el seno de una familia "normal". (Reca, 1971).

Es conocido que el trastorno enurético es frecuente en niños institucionalizados, en familias con escasos recursos económicos y en situaciones de privación psicosocial. (Díaz-Atienza, Santiago, Navarro y Gurpegui, 1999). Ajuriaguerra (1996) distingue que hay un gran número de enuréticos entre los niños que viven en los internados.

Al respecto Christoffel (cit. en Békei, 1992) señala la importancia del cariño en el control esfínteriano en la atención hospitalaria, este autor describe la rápida desaparición de la enuresis en niños internados si se hace cargo de la sala una enfermera maternal.

En el 2001, Stein, Alagiri y Kohen presentaron el caso de un niño de 6 años de edad con Déficit de Atención con Hiperactividad, quién presentaba desórdenes de enuresis diurna y nocturna y con síndrome de Hinman. Stein y sus colaboradores, plantean que la hipótesis para la patogenia de este desorden, es una disfunción de la micción iniciada por estrés psicológico durante la niñez. Lo que respalda los argumentos sobre que los factores psicológicos en este caso un ambiente desfavorable y/o estresante en los primeros años de vida, pueden llegar a influir en el desencadenamiento del fenómeno de la enuresis.

Por consiguiente, como lo señala Békei (1992) las condiciones ambientales desfavorables, pueden interferir en la maduración y el logro del control vesical.

4) Experiencias de orden sexual

Las experiencias de orden sexual, pueden ser causantes de enuresis primaria. Entre estos hechos o experiencias, podemos incluir las siguientes:

- Experiencias masturbatorias del menor.
- Juegos sexuales con otros niños.
- Observación del coito entre adultos, o conocimiento confuso del acto sexual de los padres.

Para Reca (1971) estas experiencias provocan en el niño una excitación local y originan sentimientos de culpa y ansiedad, que disminuyen el control voluntario de los esfínteres.

A menudo estas tres experiencias sexuales pueden coexistir, sin embargo las que siempre suelen incidir como causas de la enuresis son la masturbación y las experiencias sexuales con otros niños de su edad. (Albarran, 1979).

Para Albarran estas experiencias sexuales habrán de tener un carácter traumático para el niño, al producir un conflicto emocional relacionado con su experiencia sexual, conflicto que, dará origen a la enuresis.

5) Las experiencias del niño, relacionadas con la función urinaria misma

Cuando el niño pasa por una experiencia que confiere un valor y un significado particular a la micción, como los traumatismos, las enfermedades del tracto urinario, etc., pueden dar origen a situaciones en las que la función urinaria tiene una carga considerable de ansiedad que perturba el establecimiento del control. Especialmente cuando sobrevienen en la época de la maduración del control esfínteriano. (Reca, 1971).

Se han visto casos de niños que comienzan a orinarse después de sufrir una enfermedad que los mantiene en cama, donde son objeto de atenciones que no han tenido anteriormente. (Kanner, 1972).

Por lo anterior se puede decir que los factores psicológicos son relevantes, en virtud de la frecuencia con que aparece o desaparece la enuresis coincidiendo con un episodio significativo en la vida del niño.

Causas Desencadenantes de la Enuresis Secundaria

Reca (1971) habla de **causas predisponentes** y **precipitantes** de la Enuresis Secundaria (la que sobreviene tras un periodo de control vesical). Señalando como factores o causas **predisponentes** las siguientes:

- Adiestramiento del control de esfínteres retrasado o laxo (DSM-IV) (2001).
- Educación esfinteriana demasiado temprana.
- Sobreprotección, con dependencia o inmadurez emocional.
- Restricción de las actividades del niño y dirección de su conducta en concordancia con un ideal que conduce a la represión de los movimientos asertivos espontáneos y las tendencias normales defensivo-agresivas.
- Sentimientos de ansiedad y frustración relacionados con acontecimientos penosos de la vida del niño.

Además, la autora iguala las causas **precipitantes** con las que se han señalado en la Enuresis Primaria.

FORMAS DE ENTRENAMIENTO

Miller y cols. (cit. en Rutter, 1985) hacen referencia a las siguientes influencias **psicosociales** como probables determinantes de la enuresis:

1) Tipos de **entrenamiento del control de los esfínteres**, que retrasan o facilitan la continencia.

- Momento del entrenamiento

La edad de entrenamiento es importante. Rutter (1985) recomienda que éste se inicie alrededor de los dos años. Los entrenamientos precoces o los tardíos están relacionados con la aparición de enuresis. (Gómez, 2000) (cit. en Meneghello, 2000).

Békei (1992) señala que si la enseñanza vesical diurna se introduce tardíamente o falta en absoluto no se logrará el control diurno y por consiguiente tampoco el control nocturno. Por su parte Rutter (1985) declara que si se retrasa la enseñanza del control de los esfínteres, es más probable la incontinencia posterior.

Un estudio realizado por Kaffman y Elizur (1977) (cit. en Rutter, 1985). sugiere que, si se retrasa el entrenamiento por encima del 1 año 8 meses, aumenta significativamente la probabilidad de una incontinencia urinaria persistente. Así mismo señala que sólo un 5% de los niños cuyo entrenamiento empezó antes del 1 año 8 meses se orinaban aún a los 6 y 8 años.

Esto plantea la posibilidad de que la enuresis (diurna o nocturna), sea una consecuencia de experiencias nocivas en el entrenamiento del control de los esfínteres.

- Entrenamiento severo

La enuresis puede tener como factor desencadenante un **entrenamiento exigente, punitivo o inadecuado**, aunque este factor no actúa solo.

Dentro del entrenamiento del control de los esfínteres el grado de dureza o punitividad que los padres emplean con el niño por un fallo en la deposición de orina en el lugar y momento adecuado; puede producir efectos no deseados; en referencia Sears y cols. (cit. en Rutter, 1985) señalan que los padres que dijeron haber castigado severamente a sus hijos recordaban que sus hijos habían tenido problemas emocionales durante el entrenamiento. De esta asociación existen diversas explicaciones. Por una parte puede haber sucedido que los niños "difíciles" hayan suscitado en sus padres una actitud más punitiva. Otra posibilidad es que los padres severos durante el entrenamiento del control de los esfínteres también apliquen métodos punitivos en otras áreas de la crianza, y que produzcan una inestabilidad emocional en sus hijos.

Sears (cit. en Rutter, 1985) ha aportado pruebas de esta última posibilidad. Las madres que han sido severas durante el entrenamiento del control de esfínteres también aplicaron más castigos físicos, en general, y utilizaban menos el razonamiento en la crianza de sus hijos. Tenían una mayor ansiedad acerca de su capacidad para criar a sus hijos y mostraban menos afecto hacia éstos.

Por su parte Békei (1992) señala que una educación precoz ejecutada con rigor, amenazas y castigos, es ineficaz y causa daño, estas medidas empleadas despiertan en el niño temor. El miedo de fallar y de perder por consecuencia el cariño materno, se mezclan con los sentimientos hostiles dirigidos hacia la madre exigente; surge entonces la ambivalencia y la angustia, que desorganizan e impiden el progreso de la maduración neurológica y psicosexual. Para esta autora, cuando la maduración vesical se completa, es necesario el estímulo externo adecuado para que el control de esfínter se establezca.

Aunque es posible que los métodos punitivos como: poner al niño en evidencia delante de hermanos o amigos, reñirle, pegarle y amenazarlo, controlen por un momento los eventos enuréticos, éstos sólo consiguen que el niño este más nervioso. (Fernández, 2000).

Consecuentemente se puede decir que un entrenamiento bien programado, que subraye el elogio y que no sea trastocado por experiencias familiares no favorables, facilita la adquisición del control vesical en la mayoría de los niños.

2) Las situaciones de **estrés durante el periodo en que se desarrolla el entrenamiento del control de esfínteres** determinan un retraso en la adquisición de éste.

Las situaciones estresantes, especialmente las sufridas durante los primeros años de vida, pueden estar asociadas a la presencia de enuresis. Douglas (1973) (cit. en Toro, 1992) y Gómez (2000) (cit. en Meneghello, 2000) señalan que se ha observado que diversos sucesos de estrés en la etapa preescolar, estaban asociados a un aumento de la prevalencia de la enuresis. Las situaciones de estrés más susceptibles de ser asociadas a enuresis fueron las siguientes: estas experiencias incluyen: -la ruptura familiar por fallecimiento, divorcio o separación, -la separación temporal de la madre; - hospitalización; -abuso sexual; nacimiento de un hermano, -cambio de domicilio, y - accidentes. En un análisis de correlaciones se halló que el efecto de los sucesos anteriores era más marcado en las niñas que en los niños; que una única hospitalización no producía efectos, pero si el niño era ingresado en el hospital tres o más veces durante la primera infancia aumentaba tres veces la probabilidad de la enuresis. Gómez (cit. en Meneghello, 2000) declara, que tanto el ingreso en una

institución como la pérdida de la madre por duelo son los factores que están más estrechamente relacionados con la enuresis.

En el caso de la hospitalización, la probabilidad de enuresis estaba en proporción directa con el número de ingresos: tres o más admisiones significaban una prevalencia de enuresis tres veces superior a la observada en niños no hospitalizados. (Douglas, 1973) (cit. en Toro, 1992).

Douglas (1973) (cit. en Toro, 1992) en un estudio halló que la enuresis guardaba una relación directa con la experimentación de acontecimientos estresantes durante los primeros cuatro años de vida. Un solo estresor ya incrementaba la probabilidad de enuresis. En cualquiera de las edades comprendidas entre cuatro y medio y quince años, el haber experimentado cuatro o más estresores suponían el doble de probabilidad de ser enurético.

Kaffman y Elizur (1977) (cit. en Rutter, 1985) encontraron en sus estudios que el efecto de la separación de un padre, era especialmente marcado, si era a consecuencia de la muerte, y el efecto de la ruptura familiar era mucho mayor si esto suponía la crianza del niño en otro lugar o también la separación de sus hermanos. Además encontraron que los niños que se habían separado de sus madres durante el periodo del control de esfínteres se orinaban en la ropas a los siete años, y que los niños que habían tenido una separación de sus padres también alcanzaban, a los cuatro años un control vesical menor que los que no habían tenido una separación de sus padres.

En la investigación de Douglas (1973) (cit. en Toro, 1992), la separación o alejamiento de la madre respecto del niño sólo se asociaba a enuresis si éste quedaba en manos de un ambiente no familiar.

Se observó que la prevalencia de enuresis era superior en los niños que no vivían con sus madres. Estudios más recientes han señalado que la separación de los padres parece ser un factor importante estresante capaz de aumentar el riesgo de enuresis, situación observada en un 15% de 156 enuréticos por un 4% en los controles (Järvelin y cols., 1990) (cit. en Toro, 1992).

Los factores que interfieren en las condiciones óptimas de aprendizaje tales como los sucesos de tensión y las alteraciones familiares, han resultado estar asociados al retraso en el aprendizaje del control de la micción. (Rutter, 1985).

Estos estudios sugieren, por tanto, que la experiencia de estrés durante el momento en que se desarrolla el entrenamiento del control de esfínteres puede producir enuresis.

La hipótesis más común sobre los mecanismos a través de los cuales se produce este efecto, es que el malestar emocional asociado a la separación de un padre o al ingreso en el hospital interfiere con el proceso de aprendizaje. También puede ocurrir que los padres que sufren de estrés, pueden no prestar la debida atención al elogio o castigo del entrenamiento del control de esfínteres. (Rutter, 1985).

Otra explicación del vínculo entre los sucesos de tensión iniciales y la enuresis es que puede ser un signo de un trastorno emocional subyacente. (Rutter, 1985).

Finalmente se puede decir que las situaciones estresantes parecen predisponer o precipitar un porcentaje no bien definido de enuresis. Además, esta asociación es más evidente cuando los estresores actúan durante **los cinco primeros años** de vida, que cuando lo hacen posteriormente.

3) **Alteraciones emocionales o de conducta** que determinan el retraso en la continencia.

- Altos niveles de ansiedad.
- Psicológicamente vulnerables.

Werry y Cohrssen (cit. en Rutter, 1985) estudiaron un grupo de casos de enuresis secundaria y observaron que el antecedente más común, descrito por los padres, era algún cambio o suceso ambiental que se supone tuvo que haber producido un - **alto nivel de ansiedad**. Por otro lado Rutter (1973) halló que la mayoría de los niños que habían empezado a orinarse tras el suceso causante de estrés habían sido descritos como “nerviosos” antes del comienzo de su enuresis. Estos hallazgos pueden ser interpretados en el sentido de que un niño - **psicológicamente vulnerable**, y un estrés adicional puede propiciar el desarrollo de la enuresis, pero también parece ser que en

muchos de los niños, la ansiedad está ya presente durante el proceso de adquisición del control de esfínteres.

FACTORES SOCIALES

Nivel Socioeconómico

Un determinado nivel socioeconómico no es un factor concreto que influya directamente en los individuos. Sí pueden hacerlo los estilos de vida que suelen practicar las personas situadas en dicho nivel, las prácticas educativas que desarrollen, o las situaciones y hechos estresantes que frecuentemente en él se den. Las situaciones sociales más deprimidas y marginales implican más enuresis, pero también más agentes negativos de todo tipo. Así mismo el DSM-IV (2001) ha sugerido como factor predisponente de la enuresis el estrés psicosocial.

Por ejemplo, Miller y cols. (cit.en Rutter, 1985), hallaron que la enuresis era más común en familias con grandes desventajas que dependían de la asistencia social y ofrecían a sus hijos un entorno caracterizado por la privación.

La tendencia a que la enuresis sea más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos ha sido documentada en varias investigaciones. El fenómeno apunta, a que si la clase social influye en la aparición de enuresis, habrá de hacerlo a través de actuaciones, situaciones y comportamientos concretos presentes en el medio social y familiar del niño. Rutter y cols. (1973) (cit. en Toro, 1992). Para Fernández (2000) la enuresis no esta relacionada con la profesión de los padres, sin embargo es más común en familias con grandes desventajas y en donde el entorno esta caracterizado por la carencia.

De la misma forma (Gómez; cit. en Meneghello, 2000) menciona que los niveles socioeconómicos bajos tienen una relación con la enuresis, pero influirían además otras variables.

Essen y Peckham (1976) (cit. en Toro, 1992) y Ajuriaguerra (1996) distinguen que en el mundo occidental está admitida una mayor incidencia de enuresis en situaciones de pobreza, hacinamiento, e institucionalización infantil. Así mismo Gómez (cit. en

Meneghello, 2000) señala que la enuresis secundaria, tiene una alta frecuencia de asociación con factores ambientales adversos.

Sin embargo este hecho no queda verificado en otras culturas, como por ejemplo: en el Sudán no se ha comprobado la influencia de la privación económica y el hacinamiento, con la presencia de enuresis, así como tampoco de la no asistencia a la escuela hecho estrechamente asociado a unas condiciones de vida deficientes. (Cederblad y Rahim, 1986; cit. en Toro, 1992).

Agentes Socio familiares

El tamaño de la familia parece guardar una relación con la enuresis. Rutter y cols. 1973, hallaron una ligera tendencia a presentarse este trastorno enurético con mayor frecuencia entre hijos de familias numerosas. Una investigación, realizada por Opiel describió, que después de un tratamiento a dicho trastorno, las recaídas eran más abundantes en hijos de familias numerosas; así mismo Tissier (1983) (cit. en Toro, 1992) señala que la enuresis es más frecuente en familias numerosas (en función del número total de personas que viven en el domicilio) y hacinadas.

La edad de la madre también juega un papel importante. En un estudio realizado por Nilsson (1973) (cit. en Toro, 1992) se observó que: 1) las madres de enuréticos de 11 años de edad eran más jóvenes al contraer matrimonio que las madres de los no enuréticos. 2) Que la madre trabaje fuera de casa también fue encontrado como factor que guarda relación con la frecuencia de enuresis. Estos tres factores - **tamaño de la familia, - edad de la madre al contraer matrimonio y - trabajo de esta fuera del domicilio**, no pueden considerarse aisladamente de las consideraciones socioeconómicas de vida; y lo mismo sucede con el hacinamiento. En sociedades del siglo XX, se observa que el mayor número de hijos suele darse en los niveles sociales bajos, cuyas familias suelen ocupar viviendas reducidas que favorecen el hacinamiento. Además, las mujeres procedentes de tales medios, suelen casarse más precozmente que en los estratos sociales medios y altos. En la actualidad la pobreza ha obligado a muchas mujeres, tanto en medios urbanos como rurales, ha ganar parte del gasto familiar en trabajos fuera del hogar, de forma que los niños son inscritos a edades tempranas a centros de desarrollo infantil, etc., donde el entrenamiento del control vesical es una de sus tareas.

Por su parte Fergusson (1986) (cit. en Lewis, 1991) también señala, que la relación de enuresis con el rango de factores psicosociales; incluyendo familia, social y económicos, es significativo.

1.7 CURSO

Según datos del DSM-IV (2001) la mayor parte de los niños con enuresis se hacen continentes durante la adolescencia, y solo en el 1% de los casos se prolonga hasta la edad adulta. Así mismo Seen (1971) coincide con esta declaración.

La enuresis primaria, sin tratamiento tiene una remisión de 10% a 20% por año, el cual se incrementa gradualmente con la edad. (cit. en Lewis, 1991). En general la tasa de remisión espontánea es de un 5 a un 15% anual y es mayor en las niñas. (Gómez; Meneghello; 2000).

Cómo se puede observar la enuresis por lo regular cesa espontáneamente “pero no se cura y no es un trastorno tan benigno como se suele suponer solo cambia de forma. En la adolescencia, suelen aparecer en su lugar la masturbación compulsiva o trastornos del sueño que pueden dar paso más tarde, en el adulto a trastornos sexuales”. (Békei, 1992, p. 282-283).

1.8 EFECTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON ENURESIS

Para Kanner (1972) la enuresis suele provocar nuevos conflictos, esto es las consecuencias emocionales del trastorno, y estas son tan importantes para las medidas terapéuticas como los factores etiológicos.

Los efectos, dependen de las actitudes observadas por las personas que son importantes para los niños. Castigarlos, regañarlos, y avergonzarlos, sólo crean o agravan los sentimientos de culpa o imperfección.

Los eventos enuréticos diurnos conducen a muchos niños al **aislamiento**, y a falta de confianza en sí mismos. Tienen la tensión a un “accidente” que pudiera ocurrirles durante el juego o alguna actividad, además el temor a que sus compañeros perciban el

olor y lo comenten, los intranquiliza, y perturba su atención en la clase. Así mismo Seen (1971) señala que la perturbación que provoca el evento enurético, impulsa a los niños a rehuir a sus compañeros. Mujica (2000) indica que a veces el niño enurético muestra síntomas de conflicto emocional como tristeza, irritabilidad persistente o cambios en los hábitos de alimentación o del sueño.

Por su parte Kanner (1972) y Ajuriaguerra (1996) distinguen que los niños enuréticos suelen rechazar las invitaciones a pasar la noche en casa de parientes y amigos, y pueden envidiar a los niños que sí realizan estas actividades. De igual forma, Butler (1987) (cit. en Toro, 1992) señala cierta tendencia en algunos enuréticos a ser más sensibles y retraídos socialmente que la población promedio de la misma edad, sin mencionar si dichas características fueran previas al trastorno enurético o consiguientes al mismo.

El deterioro psicosocial en los niños enuréticos puede estar en función del efecto de la enuresis sobre la autoestima de los niños, el grado el cual el trastorno causa aislamiento social y ostracismo, y la respuesta negativa de cuidadores (enojo, golpes). (Couchells et. al. 1981) (cit. en Lewis, 1991). Cabe mencionar que es impresionante el maltrato que se le da a algunos niños enuréticos por parte de los padres y maestros, por ejemplo: les ponen en un rincón de cara a la pared, los hacen pasar al frente de la clase e informar que el niño se orina en la cama, etc.

Se han visto casos de padres que llaman “cochinos y sucios” a sus hijos por ser enuréticos y como castigo por mojar su cama los hacen dormir en el piso, también hay padres que amenazan a sus hijos con llevar el colchón mojado o sus ropas sucias a la escuela en la hora del recreo si no dejan de mojarse, etc. Para Ajuriaguerra (1996) la respuesta familiar puede implicar agresividad: castigo, amenazas, burla o violencia física y nada de noches fuera de casa para evitar las complicaciones ocasionales, o por el contrario la familia se vuelve complaciente y protectora.

También se ha observado que en algunas escuelas exhiben al niño que se orinó, no reservando el hecho, esto es evidenciando ante el grupo al niño que se ha orinado, utilizan técnicas como reunir a todo el grupo en círculo o en dos hileras paralelas, la maestra al frente y preguntando ¿quién fue?, ¿quién se hizo? “voy a empezar a bajar los calzones uno por uno”. Estas situaciones provocan vergüenza y angustia en los niños, pues están siendo exhibidos. Lo que pone de manifiesto el uso de métodos

basados en la severidad y reprimendas. Y es aquí donde los psicoterapeutas y psicólogos, pueden intervenir, ya que pueden promover la anulación de estas conductas.

El trastorno enurético normalmente ocasiona un malestar en el niño y su **familia**. Para Mujica (2000) la enuresis es importante, sobre todo si tenemos en cuenta que afecta los hábitos de vida de la familia. Los padres viven preocupados porque el niño no moje la cama y/o ropas en general y tienen que tomar precauciones al respecto. Al niño, por su parte, le resulta vergonzoso ante sus iguales y va quedando aislado (muchas veces dejan de asistir a paseos de la escuela, quedarse en casa de amigos, etc.). Por esta razón Gandhi (1994) (cit en, Díaz-Atienza, et al, 1999) señala que los niños corren el riesgo de presentar síntomas de sufrimiento psíquico (baja autoestima, miedo a participar en actividades que impliquen pernoctar fuera del hogar, descalificaciones de los hermanos y de los padres).

Fernández (2000) encontró en su investigación que algunos padres, ante la persistencia del evento enurético, consideran a los niños provocadores, sucios y que se burlan de ellos. Algunos padres son severos durante el entrenamiento de limpieza y utilizan métodos punitivos en otras áreas de la crianza, produciendo inestabilidad emocional en sus hijos. Estos niños presentan problemas de aprendizaje, retraimiento social, conducta agresiva o delictiva o bien, recurren a represalias pasivo agresivas contra las figuras de autoridad. Muchos padres utilizan los castigos físicos y regaños para conseguir que el hijo haga las cosas bien, produciendo gran cantidad de efectos secundarios, creando resentimientos y un peor comportamiento.

Para (Gómez; cit.en Meneghello, 2000) la enuresis es mal tolerada por pares y adultos, los síntomas emocionales en gran parte de los casos serían una consecuencia de la enuresis.

La enuresis diurna, por ser más limitante y perturbadora que la enuresis nocturna, produce en el niño más problemas de adaptación social y familiar. Existe una asociación significativa entre alteraciones emocionales y enuresis, en especial en el grupo de enuresis secundaria y enuresis diurna. (Gómez; cit. en Meneghello, 2000).

El siguiente estudio es de interés, ya que permite conocer diferentes características encontradas en niños enuréticos, Reca y colaboradores (1969) usaron un timoléptico

(Tofranil) para analizar sus efectos terapéuticos en niños enuréticos, y obtuvo datos que permitieron clasificar al grupo de niños enuréticos en tres subgrupos:

- a) Personalidades inmaduras y dependientes de la figura materna.
- b) Sujetos con sentimientos hostiles, por entrenamientos en el control de esfínteres, inadecuados, con sentimientos de culpa y ansiedad.
- c) Personalidades frustradas y angustiadas.

En el 2000, Mujica señala que los padres deben saber que los niños enuréticos generalmente se sienten avergonzados con el episodio. Por lo tanto en lugar de avergonzarlo o hacerlo sentir que es malo se le debe de animar, y tener confianza de que pronto logrará mantenerse seco.

Por otro lado Kanner (1972) señala que la falta de éxito de las medidas tomadas para tratar la enuresis suele crear en los niños una sensación de desesperanza. La idea que algunos médicos dan de una “vejiga débil” o “riñones débiles” convence a los niños de que están físicamente enfermos y les sugiere la noción de que son distintos a los demás. Y el panorama se cubre de incertidumbre y aprensiones.

Butler (1987) (cit. en Díaz–Atianza, et al., 1999) propone, que los niños mayores con enuresis, están expuestos a una mayor morbilidad psiquiátrica debido al mayor tiempo de evolución y la desaprobación familiar sería más acentuada.

Además Díaz –Atianza, et al. (1999) señala que los niños con enuresis secundaria y mixta manifiestan un mayor riesgo de padecer patología psiquiátrica. Posiblemente las niñas con enuresis mixtas (diurnas /nocturnas) conforman un subgrupo especialmente vulnerable para la morbilidad psiquiátrica, pero al ser la entidad menos frecuente se necesitarían diseños metodológicos específicos para esta población. Así mismo declara que el riesgo de morbilidad psiquiátrica es mayor en los varones, en los niños menores de nueve años y en los subtipos de enuresis secundarias y mixtas.

Por su parte Toro (1992) indica que la incidencia de trastornos psicológicos es más frecuente en la forma mixta de enuresis (diurna y nocturna) que en la simple y menor en las formas primarias que en las secundarias. Cabe señalar, que algunos niños con enuresis mixta son considerados por los padres como haraganes para ir al baño, que esperan al último momento o son distraídos. (López, 2003).

Para Kemper (1986), los casos más difíciles son los de los niños con enuresis primaria, según el autor, en este grupo de enuréticos se encuentran en la vida posterior múltiples rasgos, y especialmente marcados, de rechazo obstinado, rebelión y protesta contra exigencias del entorno, que pueden llegar hasta el comportamiento directamente antisocial.

Además Kemper también indica que el modo en que el niño se enfrenta al aprendizaje de la limpieza, y a una clasificación social, se conservará después en el carácter de sus futuras relaciones interhumanas.

1.9 INVESTIGACIONES SOBRE ENURESIS

Obidigbo (1999) investigó la relación entre depresión, ansiedad, y diferencia de sexos, entre 16 enuréticos y 16 no-enuréticos de 10 a 17 años de edad en Nigeria. Y se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) y el Inventario del estado característico de Ansiedad (State Trait Anxiety Inventory). Los resultados muestran que el puntaje de enuréticos es mayor que el de los no-enuréticos sobre la medida de Depresión y Ansiedad. La diferencia de sexos fue también notoria cuando los enuréticos fueron comparados con esas variables.

Vázquez, y Lara, (1998) realizaron un estudio, donde conciben a la Enuresis como una parasomnia, estudiaron 22 niños enuréticos (nocturna), comparados con 22 no enuréticos, respecto a la autoestima de los mismos, considerando la posible afectación en los primeros a través del cuestionario de autoestima de Coopersmith, donde no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, considerando que esto significa una diferencia respecto a poblaciones anglosajonas determinado por las características de la sociocultura mexicana y la aceptación del niño a pesar del problema del sueño.

En sus resultados encontraron que entre los niños enuréticos y los no enuréticos, no existen diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las subescalas del inventario de Coopersmith; aunque sí existen algunas diferencias cualitativamente.

Estos investigadores encontraron que, no existen diferencias en la autoestima de los niños enuréticos comparativamente con los otros menores que no presentan ésta

alteración del sueño, lo que puede considerarse a aspectos socioculturales, ya que la aceptación del niño a pesar del problema puede considerarse que es debida a las características afiliativas de la sociocultura mexicana, donde se debe considerar también que el hecho de afectar al primogénito en muchos casos, su propia situación dentro del orden de nacimiento facilita ésta aceptación.

En la evaluación que el individuo hace de sí mismo, el grado en que el individuo se cree capaz, significativo y exitoso, en los niños de esta investigación son iguales, y los autores explican los resultados debido a sus características, ya que provienen de familias integradas, que no presentan ningún tipo de problema de aprendizaje o algún problema físico, y dónde al existir familiares enuréticos, el problema ya es conocido y aceptado. Punto que difiere con lo que señala Reca (1971) donde se habla de todas las ansiedades que se remueven cuando los padres fueron enuréticos y ven que sus hijos también la padecen; esta autora indica que es al contrario, que la situación se tiñe con ansiedad y los padres no quieren que sus hijos pasen por lo mismo.

Se observó que la autoestima no se ha visto disminuida, ya que estos niños son aceptados con todas sus cualidades y defectos, además Vázquez y Lara encontraron que son bien aceptados en el núcleo familiar.

A la enuresis se le minimiza o se integra como un rasgo de comportamiento sin conflicto para la vida personal, familiar e incluso social, no se le considera un rasgo negativo y aun cuando es desagradable para él, no afecta al niño en sentir desamor o rechazo.

El trabajo de Vázquez y Lara señala que ésta alteración del sueño específica (enuresis) no afecta la autoestima del menor, si éste se encuentra dentro de una familia integrada y afectuosa.

Moilanen, Tirkkonen, Järvelin y Tamminen (1998) realizaron el estudio nacional epidemiológico psiquiátrico, de tipo longitudinal, empezó en 1989, obteniendo información de 6017, de una selección al azar de niños nacidos en Finlandia en 1981, esto representó el 10% de la población de esa edad. De los cuales 549 resultaron enuréticos de algunas veces o semanalmente. A la edad de 8 años, la enuresis fue más frecuente entre niños que niñas. A esa edad, los puntos de probables trastornos mentales, fueron evaluados por los padres y por los maestros, estos últimos dieron un puntaje alto entre enuréticos.

El análisis de subpuntos para características (rasgos) antisociales e hiperactividad, tal como reportaron los padres y maestros, reveló el mismo hallazgo (puntaje alto). En contrario, los puntos para características (rasgos) neuróticas fue alto en enuréticos solamente como lo evaluado por los padres y por los maestros. Moilanen, et al. (1998)

Para Moilanen, et al. (1998) la baja seguridad en sí mismo del niño con enuresis diurna, puede ser también una consecuencia de las situaciones “vergonzosas” causadas por sus iguales, o padres. Además indican que la enuresis se correlaciona más cercanamente con hiperactividad y conductas antisociales. Las correlaciones entre desórdenes psiquiátricos, que reportaron los padres y maestros, a los 18 años y los adolescentes de 14 años, acerca de previa o prevalente enuresis fue significativo.

Las habilidades de los padres para educar a sus hijos también fue un foco de la investigación, señalando que las técnicas cognitivas en el tratamiento individual, tienen efectos favorables. (Moilanen, et al. 1998).

En la investigación realizada por Fernández, en el 2000, señala que los enuréticos no presentan un sueño más profundo que los no enuréticos, se comprueba más fase 1, más sueño fragmentado y menor sueño delta. La muestra consistió en 30 niños enuréticos y 26 hermanos sin enuresis, todos de 9 a 14 años de edad. El tipo de enuresis más frecuente fue la nocturna en 25 casos (83%) y mixta en 5 casos (17%).

Todos los progenitores habían intentado alguna medida correctiva para aliviar la enuresis, de los cuales sobresalen los **castigos físicos** en 23 casos (77%). Las Medidas correctivas de la enuresis utilizadas por los padres, incluyen: Regaños (93%), Castigos físicos (87%) *, Aplicar pañal (57%), Restricción de dinero (33%), Le dicen “vieja” (33%) y Amenaza con vestirlo de mujer (33%). Los porcentajes más altos de * Tipos de castigos físicos fueron: Cinturonazos 43%, Nalgadas 27%, Jalones de oreja 10%.

Fernández (2000) encontró que los castigos físicos eran utilizados por los padres en un 76% de los casos, otras medidas correctivas eran los regaños y gritos en 93%; a 33% se le decía que era “vieja” y se le amenazaba con vestirlo de mujer. Esta crianza inadecuada favorece los problemas de adaptación psicosocial y la psicopatología infantil, repercutiendo en la autoestima del niño, por lo que éste tiende a síntomas como

ansiedad, depresión, aislamiento y somatización; en su estudio 53% presentaron síntomas frecuentes de aislamiento y ansiedad-depresión.

Los tipos de tratamientos caseros empleados por los padres en el tratamiento de la enuresis antes de llevarlos al médico, fueron los siguientes: Aplicados en abdomen: pomada de la abeja, aceite de oliva y aceite de ricino entre otros. Aplicados por vía bucal: aceite de oliva, té de hierbabuena y de lima, fueron los más frecuentes. Para Fernández (2000) el pobre conocimiento de los padres acerca de la enuresis, favorece que se utilicen métodos caseros que en nada mejoran a sus hijos.

Los cuestionarios CIS (Escala Columbia de Disfunción) y CBCL (Cuestionario de conducta infantil) fueron contestados por los padres. En sus respuestas, percibieron a sus hijos enuréticos (97%) con problemas de adaptación psicosocial, (resultado fue estadísticamente significativo). Según la respuesta de los niños enuréticos al CIS, (83%) percibieron alterado su propio funcionamiento psicosocial. De los hermanos sanos, sólo (8%) se percibieron con disfunción psicosocial, cifra idéntica a la de sus padres (resultado estadísticamente significativo).

Al comparar los CIS de los niños enuréticos, con los CIS de los hermanos sanos, los enuréticos se perciben peor, siendo la diferencia altamente significativa. Los padres también perciben más problemas de adaptación psicosocial en los niños enuréticos al compararlos con sus hermanos sin enuresis. El síndrome más identificado por los padres en sus hijos enuréticos fue el de conducta antisocial, seguido por el aislamiento, ansiedad-depresión, conducta agresiva, atención deficiente, somatización y trastorno del pensamiento. (Fernández, 2000).

Así mismo los padres, tienden a percibir que su hijo enurético muestra una conducta provocadora, son sucios y hostiles y que se están burlando de ellos; lo cual condiciona que sean severos durante el entrenamiento de limpieza y utilicen métodos punitivos en otras áreas de la crianza.

Como se puede observar en el estudio de Fernández (2000), los papás también distinguen al niño enurético con más psicopatología y alteraciones en la adaptación psicosocial, siendo ésta diferencia muy significativa estadísticamente, para la autora tal diferencia podría deberse a que efectivamente, los niños con enuresis presentan más psicopatología y dificultades de adaptación; explica que el hecho frecuentemente

observado de que los niños enuréticos sean sometidos al trato burlón, humillante y hasta punitivo de padres y hermanos, hace suponer que tales factores inciden negativamente en la autoestima de éstos niños y favorecen el desarrollo de psicopatología de diversos tipos y un pobre funcionamiento psicosocial.

Fernández (2000) señala que la poca calidez y aceptación del niño favorece a que presente depresión, con influencia particular sobre la generación de la conducta de aislamiento. Y concluye que los niños enuréticos presentan más dificultades en la adaptación psicosocial y más psicopatología comparativamente con sus hermanos sin enuresis.

1.10 PREVENCIÓN

Consideramos que las siguientes medidas pueden contribuir a un entrenamiento del control vesical eficaz: -Respetar las fases de maduración neuromuscular, y tomar en cuenta éstas para tomar la decisión de comenzar el entrenamiento del control de esfínteres. (O' Leary y Wilson, 1987) (cit. en Wicks, 1997). Así mismo Békei (1992) coincide con los autores anteriores. En referencia a lo mencionado Reca (1971) sugiere el evitar la enseñanza del control vesical de forma temprana y por medios inadecuados.

Además O' Leary y Wilson (1987) (cit. en Wicks, 1997) sugieren tener al niño con ropa que sea fácil de quitar y tener un orinal disponible para niños. Gómez, señala que en la enuresis diurna, es recomendable facilitar el acceso al baño durante el día y es conveniente establecer horarios de ir al baño en la casa y la escuela, que pueden ser recordados por un adulto en forma no impositiva. (cit. en Meneghello, 2000)

Foxx y Azrin (cit. en Rutter, 1985) proponen que el entrenamiento del control vesical puede contener reforzadores (caricias, besos, comestibles y elogios) por la deposición de la orina en el retrete y por las conductas previas, tales como indicar la necesidad de orinar, y bajarse los pantalones. Así mismo O' Leary y Wilson (1987) señalan que la práctica de elogiar y motivar al niño por la conducta de ir a tiempo al retrete, y hacerlo de una forma adecuada, han demostrado ser eficaces. (cit. en Wicks, 1997). Los elementos negativos (o castigos) utilizados en el entrenamiento pueden incluir las reprimendas, la retirada de atención durante varios minutos y el hacer cambiar de pantalones al propio niño.

Reca (1971) y Békei (1992) señalan que se debe procurar que no exista sobrecarga de ansiedad en lo que atañe a esta función; tratar que la disposición de su cama y dormitorio no sean fuentes de experiencia y estimulación sexuales. Por último estas autoras proponen como medida preventiva de la enuresis, orientar la educación del niño de un modo en que se contemplen sus rasgos emocionales y de actividad en general, y fomentar una buena relación parental.

1.11 LOS TRATAMIENTOS CON MAYOR DIFUSIÓN

Para poder aplicar el tratamiento conveniente, éste debe ajustarse a cada caso. Békei (1992) señalan que hay que recurrir al tratamiento antes de que la “curación espontánea” tape el cuadro, ya que la enuresis tiende a remitir espontáneamente, incluso sin tratamiento.

Fernández (2000) distingue que el tratamiento de la enuresis requiere de la colaboración de los padres y del niño para poder obtener mayor efectividad en los resultados. Así mismo Mujica (2000) y López (2003) distinguen que antes de iniciar el tratamiento se debe resaltar que es necesaria la cooperación de los padres.

Las personas que rodean al niño, familia, escuela y el ambiente en general participan en la determinación y el mantenimiento de la enuresis, por lo que es necesario también dirigir el tratamiento hacia la familia. Reca (1971) señala que hay que liberar de culpa y otros sentimientos negativos al paciente y a la familia; y recordar que la familia es una fuente importante de apoyo para el paciente. Así mismo Békei (1992) recomienda la terapia familiar, si este medio es perturbado y deposita en el niño su enfermedad. Mujica (2000) también recomienda trabajar con la familia. Cabe señalar, que se recomienda que en el medio Familiar y Social se establezca que el niño no debe ser objeto de descalificaciones, burlas, castigos u otros manejos erróneos por su enuresis.

Para López (2003) el papel de los padres consiste en brindar apoyo y estimular positivamente al hijo, lo que permitirá fortalecer su confianza y su seguridad en sí mismo, mientras que los castigos y las reprimendas además de no ser efectivos pueden ser contraproducentes, interfiriendo en la superación del trastorno.

Mujica (2000) menciona que no hay que compararlo con niños de su edad que ya han logrado el control de los esfínteres. Es recomendable tratar de que sus actividades no sean afectadas por el trastorno (dejar de ir a paseos y viajes no es recomendado), mejorando así la funcionalidad psicosocial.

Debido al proceso etiopatogénico de la enuresis se hace inviable un tratamiento único. A continuación se menciona una vía adecuada, para tratar la enuresis. Cabe señalar que se debe tener siempre en cuenta la valoración completa (pediátrica –examen urológico- psicológica, y neurológica) en virtud de que debemos descartar una causa médica de los problemas urinarios.

Gómez; Meneghello, (2000) señala los siguientes aspectos como necesarios para considerarse, en el tratamiento de un niño enurético.

- El tratamiento de la enuresis se debe planificar para cada caso considerando los factores intervinientes que sea necesario modificar.
- Se considerarán: -la edad del paciente, -la actitud familiar frente al síntoma y -la solicitud de los padres y el niño con respecto al tratamiento.
- Si existe comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos importantes, convendría dar también atención a éstos.
- El tratamiento se planificará de acuerdo con los hallazgos de la evaluación nefrourológica y psicológica.

Por otro lado Reca (1971) considera que la elección de la psicoterapia dentro del tratamiento es adecuado, en virtud de los aspectos psicodinámicos que se inscriben en la enuresis, sin dejar de lado las medidas higiénicas y haber tenido una buena valoración pediátrica.

Psicoterapia

Cuando la enuresis esta relacionada exclusivamente con errores educativos y no se halla establecida a nivel más profundo de conducta, la orientación y el cambio de actitud de los familiares, sobre todo en la madre, pueden conducir a un mejoramiento del trastorno. (Albarran, 1979).

Así mismo, Békei (1992) señala que en el caso de que el niño ya poseía el control vesical y vuelve a mojarse a raíz de un acontecimiento traumático conocido (separación de los padres, nacimiento de un hermano) se pueden hacer señalamientos a los padres para corregir las fallas.

En los demás casos es aconsejable iniciar una terapia encaminada al fortalecimiento del yo del niño enurético y a la solución de los problemas de agresividad que pueda estar enmascarando la enuresis. (Albarran, 1979).

Para el tratamiento de la enuresis Dolto (1974) señala: -la importancia de analizar el comportamiento afectivo del niño para saber en que estadio del desarrollo se encuentra y en virtud de que barrera sufrió la regresión. También indica -la necesidad de analizar las características del síntoma con base a la edad del niño y buscando el origen en las vicisitudes del periodo edípico. Además advierte de, -las dificultades y peligros que implicaría eliminar la enuresis sin analizar a profundidad que conflicto psíquico se está manifestando o que factor del desarrollo está involucrado.

Para esta autora, respecto al curso del tratamiento, en algunos casos se obtendrá la eliminación del síntoma a corto plazo sin consecuencias como trastornos de carácter, tendencias autopunitivas, angustia que se traducirá en (dolores de cabeza, de dientes, cansancio) o sueños con simbolismos castradores, etc. Para Dolto (1974) cualquiera que fuere el caso se debe contener la angustia de los padres.

En síntesis, el terapeuta debe disipar las ideas o creencias erróneas sobre la génesis del trastorno enurético, ya que existe la creencia en la gente común o creencia popular de que si el padre o alguno de ellos tuvo enuresis, su hijo la va heredar o también va a tener enuresis, es necesario trabajar con los reproches y la humillación que ha vivido el niño por parte de su familia (si es el caso). Así mismo el terapeuta, puede trabajar con el significado que tiene para el niño la enuresis.

Técnicas Conductuales

- Cuadro de las estrellas

Método diseñado por Leo Kanner en 1935, en el que se utiliza una hoja de papel con el nombre de los días de la semana, el día que el niño se mantiene seco, pega en el

espacio correspondiente una estrellita. Cuando se orina, el espacio queda en blanco. Cada semana o cada dos, recibe premios por las estrellas.

Gómez sugiere que previamente se pueden establecer refuerzos sociales o tangibles que se otorgarán. (cit. en Meneghello, 2000).

El propósito, es el de estimular al niño y que los padres destaquen los éxitos y no los fracasos, en virtud de que esta actitud levantará la estimación que tiene el niño de sí mismo. (Kanner, 1972). Cabe señalar, que reforzar positivamente es más efectivo que hacerlo en forma negativa. Es decir, felicitarlo o darle un premio cuando pueda lograr la micción en un lugar adecuado será mejor que reprenderlo cuando no lo pueda lograr.

A éste método se le puede agregar el plantearle al niño, que piense, qué puede ocurrir si una noche no se orina y que esa noche seca pueda repetirse.

- Alarma urinaria

La alarma urinaria o sistema de “timbre y almohadilla” es el tratamiento conductual enfocado a la enuresis nocturna. Este procedimiento lo introdujo Pflaunder en 1904. El sujeto lleva un sensor urinario en la ropa interior, que va conectado a una alarma que se lleva en la pijama o en la muñeca, cuando la orina se absorbe en la ropa interior se cierra un circuito eléctrico que activa la alarma, la cual suena hasta que se apague manualmente. También se instruye a los padres para que despierten al niño cuando suene la alarma y al niño se le enseña a apagar la alarma e ir al retrete para finalizar la evacuación. (Hersen, 1986). Por otro lado Seen (1971) señala que el empleo de la alarma urinaria, no elimina ninguna dificultad psicológica subyacente. De aquí la importancia de que la atención no sea parcializada y el niño reciba un tratamiento psicoterapéutico.

Dietas

La dieta consiste en: la restricción de líquidos; dieta blanda sin alimentos sazonados o picantes, con mucho contenido de agua en las primeras horas del día y poco contenido

de agua y mucha sal en las últimas horas del día. (“Método Krasnogorski”, 1933). (Kanner, 1972).

Los tres últimos métodos anteriormente descritos tienen en común que se dirigen sólo al síntoma de la micción y no miran al niño de manera global. Al respecto Lewis y Ostroff propusieron que el procedimiento terapéutico tiene sentido para los niños, cuando éste apunta a disminuir la ansiedad, la desesperanza y el sentimiento de culpabilidad por la enuresis. (Kanner, 1972).

Kanner (1972) coincide con este punto de vista pues señala que los niños se sienten aliviados cuando “son ellos y no su vejiga, el objetivo central del programa terapéutico”, además señala que los sentimientos de culpabilidad y las derivaciones perturbadoras de la enuresis disminuyen cuando los castigos y los menosprecios se suprimen. (p.460).

Empleo de fármacos.

Probablemente el fármaco más empleado es el clorhidrato de **Imipramina** (Tofranil), que es un **antidepresivo tricíclico**. Duché (1992), señala que la utilización del Tofranil obtiene resultados superiores a cuando se emplea un placebo en el niño enurético. Sin embargo no se conocen bien los mecanismos específicos responsables de la acción de éste; su efecto parece basarse en el uso continuado del fármaco por parte del niño.

En (1969) Reca y colaboradores realizaron una investigación, utilizando Tofranil, en niños con enuresis primaria o secundaria. A 16 se les administró Tofranil y a 9 (grupo de control) un placebo. Encontrando que a los 9 pacientes a quienes se administró el placebo, no se observó ninguna modificación de la enuresis. Mientras que en el otro grupo, se obtuvieron resultados positivos, como cese total o disminución en el número de eventos enuréticos.

Entre los fármacos usados se encuentran **anticolinérgicos** específicos como: la Oxibutinina y la Desmopresina. La **Oxibutinina** se utiliza en los casos en que se descubre una vejiga inestable o alteraciones de la presión intravesical. (Almonte, 2003). Y la desmopresina ha demostrado algunos éxitos, en la reducción de la enuresis nocturna. (Walsh; cit. en. Lewis, M.1991)

En lo referente a la posible ausencia de la hormona antidiurética en los niños enuréticos, existe otro fármaco anticolinérgico, este es la **Desmopresina** (Minirin) (facmed.unam.mx, 2005) es análogo a la hormona antidiurética, y su efecto se basa en la capacidad de controlar un alto nivel de producción de orina durante la noche. Es decir actúa sobre el riñón simulando la acción de la hormona antidiurética. Sin embargo si se interrumpe la medicación, se produce una recaída y los efectos secundarios son motivo de preocupación. (Warady, 1991; cit. en Wicks, 1997). Puede ser administrado por vía oral (tabletas) o como spray nasal. Esta medicación disminuye la cantidad de orina producida por los riñones, y por lo tanto permite que los niños lleguen a la mañana siguiente secos. La posibilidad de que el niño sea un respondedor total a esta medicación es del 75%. (López, 2003).

Dobson (cit. en Albarran, 1979) aconseja el uso de un fármaco llamado **Furosemida** (Lasix o Zafamida) (facmed.unam.mx, 2005), capaz de producir diuresis en cuatro horas, tal que los pacientes quedan deshidratados, de modo que cuando no reciben alimentos ni líquidos la vejiga no se encuentra repleta en varias horas permitiendo que el niño pase la noche seca.

Cabe señalar que los medicamentos, deben ser utilizados exclusivamente por médicos y no por psicólogos, debido a los efectos secundarios que pueden producir, además de que muchos de ellos requieren de receta médica.

Como se ha revisado existen distintos tratamientos y cada método puede tener sus éxitos. Además pueden tener algo en común, como es la llegada del niño a una fase del desarrollo en que el control del esfínter vesical se haga posible y aceptable.

CAPÍTULO II.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los problemas de aprendizaje frecuentemente se diagnostican en el transcurso de la escuela primaria, cuando las deficiencias y el desfase entre habilidad y el logro es ya muy notorio, por lo que el niño no puede aprender a la par de sus compañeros a leer, a escribir y/o a realizar operaciones matemáticas. (Solloa, 2001).

2.1 HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los problemas del aprendizaje han sido estudiados desde hace muchos años bajo diferentes perspectivas; antes de 1940 se pensaba que los niños que no lograban aprender padecían retraso mental o algún trastorno emocional severo; en 1947, Strauss, Werner y Lethinen (cit. en Solloa, 2001), postularon que este grupo de niños presentaba las mismas dificultades que personas que habían sufrido algún tipo de daño neurológico; explicaron que como el daño no era localizable éste debería ser muy sutil o mínimo, y así fue como surgió el concepto de daño cerebral mínimo. Sin embargo para Clements en 1966, no se podía atribuir la presencia de un daño cuando éste no era localizable, él pensaba que la dificultad para aprender estaba relacionada con un funcionamiento cerebral diferente o disfuncional; y sugirió el término de disfunción cerebral mínima para referirse a este tipo de padecimientos.

En esta época alrededor de 1963, se celebró un simposio patrocinado por la Fund for Perceptually Hadicapped Children, donde Kirk señaló en su discurso que los niños objeto de su interés manifestaban una serie de deficiencias, que se suponían estaban relacionadas con disfunciones neurológicas, específicamente con dificultades en el aprendizaje, problemas de percepción e hiperactividad. Kirk propuso que el término trastornos del aprendizaje era el adecuado para referirse a todos estos niños, y también para evitar la necesidad de establecer disfunciones del sistema nervioso al tratar de identificar a esos niños. Así Kirk pensó que dicho término podría guiar la evaluación y las soluciones educativas que necesitaban estos niños. (Hammill, 1993; cit. en Wicks, 1997).

El término trastorno del aprendizaje (TA), en el discurso de Kirk concedió la creación de un nuevo campo de estudio, y poco a poco este término fue cada vez más aceptado tanto por los grupos profesionales como por los padres. En lo sucesivo, los educadores y los padres desempeñarían un papel importante en un campo que anteriormente había estado dominado por médicos y psicólogos.

Algunos años después se distinguieron diferentes tipos de dificultades para aprender, y se acuñó el término dislexia para los problemas relacionados con la lectura, disgrafía para los problemas en la escritura, y discalculia para los problemas en el área de matemáticas.

2.2 DEFINICIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2001) se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las habitualmente asociadas al déficit en cuestión.

Cabe mencionar que Taylor en 1988, señala que en la mayoría de los grupos con TA el CI medio suele situarse alrededor de 90. (cit. en Wicks, 1997).

Actualmente el apartado de trastornos del aprendizaje inscrito en el DSM –IV, incluye:

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la expresión escrita y
- Trastorno del aprendizaje no especificado.

Ahora continuaremos con los criterios para el diagnóstico de los trastornos de la lectura, del cálculo y de la expresión escrita, debido a que dichos trastornos se encuentran dentro del apartado de los trastornos del aprendizaje.

Criterios del DSM-IV para diagnosticar los trastornos del aprendizaje en la lectura, el cálculo y la expresión escrita

- a) El rendimiento, medido mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo lo esperado, dada la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- b) La alteración interfiere significativamente con el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren dicha habilidad.
- c) Si hay un déficit sensorial, las dificultades excederán de las que habitualmente se asocian al mismo.

Además de lo anterior, hay que tener presente que para hacer el diagnóstico es indispensable llevar a cabo una valoración psicopedagógica completa en la que se incluya información sobre el funcionamiento cognitivo, emocional, familiar y académico del niño.

El problema de lectura tiende a complicarse con frecuencia con trastornos de escritura y matemáticas. El niño que no puede leer bien, carecerá de esta herramienta indispensable para todo tipo de aprendizaje. El trastorno de la lectura rara vez se diagnostica al iniciarse el primer curso de enseñanza básica, puesto que la enseñanza de la lectura habitualmente no comienza en la mayor parte de las escuelas hasta ese momento. (DSM-IV, 2001).

El trastorno del cálculo con frecuencia se pone de manifiesto durante el segundo o tercer curso, sin embargo puede no hacerse manifiesto hasta el quinto año de primaria o incluso más tarde, debido a que el niño puede rendir en el nivel de sus compañeros durante los primeros cursos utilizando algunas estrategias compensatorias.

Por su parte, los trastornos de la expresión escrita rara vez se diagnostican antes de finalizar el primer curso de enseñanza básica puesto que la enseñanza en la escritura usualmente no se lleva a cabo hasta ese momento en la mayoría de las escuelas. (DSM-IV, 2001).

Es frecuente encontrar que el trastorno del cálculo y el trastorno de la expresión escrita se presenten en combinación con el trastorno de la lectura; cuando esto sucede, deberán hacerse todos los diagnósticos.

2.3 SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los trastornos del aprendizaje (TA) pueden asociarse a baja autoestima y déficit en habilidades sociales. Cabe señalar que la tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40 %. Se ha visto que personas (10-25 %) con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico también presentan trastornos del aprendizaje. (DSM-IV, 2001). En general para Solloa (2001), los problemas de aprendizaje se encuentran asociados a trastornos conductuales o trastornos de tipo emocional, por ejemplo ansiedad o depresión. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con (TA) (en especial el trastorno de la lectura). Los trastornos del aprendizaje igualmente pueden asociarse a una mayor tasa de trastorno del desarrollo de la coordinación. (DSM-IV, 2001).

También pueden existir anormalidades del procesamiento cognoscitivo (p.ej., déficit de percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria o una combinación de estos procesos) que suelen preceder o asociarse a trastornos del aprendizaje. Aunque las predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, la presencia de estos trastornos no predice invariablemente un posible trastorno del aprendizaje, existiendo muchas personas con TA que no tienen historia semejante alguna. Sin embargo, los trastornos del aprendizaje se hallan asociados frecuentemente a distintas enfermedades médicas, por ejemplo: envenenamiento por plomo, síndrome alcohólico fetal o síndrome de X frágil. (DSM- IV, 2001).

PREVALENCIA

De acuerdo a estimaciones internacionales, se considera que entre la población escolar básica, de un 2 a 10% de los niños presentan trastornos de aprendizaje. Los índices de

prevalencia son difíciles de determinar debido a la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas. (DSM-IV, 2001). Se ha encontrado que dicho trastorno es más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 3 a 1. La diferencia entre sexos la han explicado por razones de vía de referencia, es decir, los varones tienden a ser menos capaces de tolerar un déficit de lectura o de otro tipo, y lo exteriorizan, ocasionando problemas en la escuela, por tanto son referidos a asistencia profesional con mayor frecuencia. También se ha observado que la prevalencia está relacionada con las exigencias del sistema escolar al que asiste el niño. (Kessler, 1988; cit. en Wicks, 1997).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el DSM-IV, los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de los siguientes aspectos:

-De las posibles **variaciones normales del rendimiento académico**, así como de dificultades escolares debidas a **falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales**.

-Por otro lado una **visión o audición alteradas** puede afectar la capacidad de aprendizaje debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de estos déficit sensoriales, sólo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit.

-En el **retraso mental**, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo en algunos casos de retraso mental leve, el nivel de rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados en función de la escolarización y la gravedad del retraso. En estos casos debe realizarse el diagnóstico adicional correspondiente al trastorno del aprendizaje adecuado.

-Dentro de un **trastorno generalizado del desarrollo** sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno del aprendizaje cuando la insuficiencia académica se sitúe significativamente por debajo de los niveles esperados dadas la capacidad intelectual y

la escolaridad del sujeto. En los individuos con **trastornos de la comunicación**, la capacidad intelectual puede valorarse utilizando tests normalizados de capacidad intelectual no verbal. Cuando el rendimiento académico se sitúa significativamente por debajo de la capacidad medida, deberá diagnosticarse el trastorno del aprendizaje correspondiente.

2.4 ETIOLOGÍA

Coles en 1989, propone que es adecuado pensar que el origen de los problemas de aprendizaje puede encontrarse tanto en variables neurológicas como ambientales. (Wicks, 1997).

Cabe señalar que en los (TA) Trastornos del Aprendizaje están implicadas deficiencias en muchos **procesos cognitivos**, entre los que figuran la atención, la percepción y la memoria. Dentro de la hipótesis etiológicas sobre los TA, la hipótesis de los **factores biológicos**, ha dominado durante mucho tiempo, debido a que existen pruebas que indican que el trastorno de la lectura puede transmitirse genéticamente, así mismo hay pruebas de que las disfunciones neurológicas originan dificultades en el aprendizaje. (Wicks, 1997). Los hallazgos que se han arrojado indican que las variables biológicas pueden ser una causa decisiva para el desarrollo de trastornos del aprendizaje.

Por otro lado, las variables **ambientales**, tales como los métodos de instrucción defectuosos y las actitudes parentales, tienen algo que aportar con respecto a las causas de los TA. Por lo tanto podríamos pensar que los TA se pueden explicar mediante la interacción de la predisposición inicial y la influencia social. (Wicks, 1997).

Los modelos más antiguos relacionaron los trastornos de aprendizaje con un daño o disfunción neurológica. Estos fueron los primeros intentos de encontrar una explicación a estos trastornos así como de diseñar formas de tratamiento, esta idea no ha dejado de estudiarse, ya que la incidencia de complicaciones prenatales, perinatales y postnatales es alta en esta población. (Solloa, 2001). En años más recientes han surgido nuevas teorías y explicaciones, poniendo el acento en las deficiencias en los procesos cognitivos o en el desarrollo de habilidades académicas. (Solloa, 2001).

CONDICIONES INTELECTUALES, NEUROLÓGICAS Y TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Brueckner (1986) señala que existe relación entre las condiciones intelectuales, cerebrales, y el grado de competencia en aprendizajes tales como lectura, aritmética y lenguaje. Para clasificar a un sujeto entre los que tienen dificultades reales de aprendizaje es necesario que sus resultados escolares sean inferiores a su nivel de expectación.

Por consiguiente al determinar la influencia de las condiciones intelectuales y neurológicas, hay que considerar, además de la inteligencia general, las limitaciones mentales específicas tales como la memoria deficiente, e incapacidad de relacionar las partes con el todo. Existe también la posibilidad de que, a causa de alguna lesión o deterioro del sistema nervioso, se produzcan trastornos en el aprendizaje de la lectura y ortografía. (Brueckner, 1986).

Cuando existe una lesión o desórdenes corticales (primarios, genéticos, neonatales, traumáticos, etc.), encontramos una conducta rígida, estereotipada, confusa, evidente en el área perceptivomotora (hiperkinesias, espasticidad, sincinesias, etc.), o en la comprensión (apraxias, afasias y dislexias). (Paín, 1983).

Condición Intelectual

Antes de atribuir definitivamente la causalidad de los problemas de aprendizaje a un bajo nivel de inteligencia, es necesario que el maestro se asegure que los procedimientos de medida utilizados han dado al niño la oportunidad para demostrar su capacidad real; con estos datos se conocerá, si el alumno probablemente tiene un retraso mental o es un caso de inhabilidad específica, (es decir, que su rendimiento en alguna rama del programa es sensiblemente inferior al que podría esperarse de su capacidad general). (Brueckner, 1986).

Para Brueckner, si los maestros quieren usar con propiedad los test de inteligencia deben tener presente que una baja puntuación en un test de inteligencia, que requiere el dominio normal de la lectura, no constituye una auténtica prueba si la capacidad lectora del sujeto es inferior a la media de su grupo.

Deficiencias mentales específicas

Aunque se reconoce la posibilidad de dificultades de aprendizaje en sujetos con alta inteligencia general, en ocasiones prevalece la interpretación de que tales dificultades son el efecto de limitaciones mentales específicas. La evidencia muestra, pues, que una facultad como “memoria deficiente” no está relacionada con las deficiencias específicas del aprendizaje.

Existe evidencia de cierta correlación entre lectura deficiente e ineptitud para la organización del “campo perceptivo visual” en los sujetos de inteligencia general elevada.

Puede decirse que las deficiencias mentales específicas no se hallan estrechamente ligadas a las dificultades específicas de aprendizaje; y, en tanto no se disponga de suficientes elementos de juicio no es aconsejable para el maestro dedicar tiempo y esfuerzo a la identificación de posibles limitaciones específicas. (Brueckner, 1986).

Cabe señalar que en los TA están implicadas deficiencias en muchos procesos cognitivos, entre los que figuran la atención, la percepción, la memoria y la metacognición. (Wicks, 1997).

Condiciones Neurológicas y Cerebrales

Estado del sistema nervioso. Cualquier defecto del sistema nervioso puede constituir un factor básico en la aparición y desarrollo de problemas de aprendizaje. Como efecto de una lesión cerebral el hombre a veces pierde sus aptitudes lectoras, ortográficas u otras funciones lingüísticas. Estas funciones son, en muchos casos susceptibles de reeducación, aunque en ocasiones esto constituye una difícil y larga tarea. Brueckner (1986) supone que las lesiones cerebrales de nacimiento o producidas con anterioridad al aprendizaje de la lectura, ortografía y cálculo pueden influir en la aptitud del sujeto para el dominio de estas técnicas. Por lo tanto si un niño muestra síntomas evidentes de falta de coordinación, defectos expresivos y de pronunciación u otros, indicativos de trastornos cerebrales, debe ser sometido a un reconocimiento por un neurólogo.

Irregularidades en la relación de dominio entre los hemisferios cerebrales

Las lesiones cerebrales y las interferencias de dominio entre los hemisferios pueden explicar ciertos casos de alumnos de gran capacidad que tropiezan con dificultades de aprendizaje.

Para Brueckner (1986), el maestro debe reconocer que los niños con bajo nivel de inteligencia generalmente desarrollan sus capacidades y destrezas a ritmo más lento, y en ningún caso alcanzarán los altos resultados que pueden lograr los niños de inteligencia normal o superior. Este autor señala que cuando un niño presenta síntomas de carencia intelectual o defectos cerebrales, el maestro debe adoptar la enseñanza a éstas limitaciones, ya sean funcionales o fisiológicas.

Diferencias en la morfología y dominancia cerebral

Hynd y Semrud (1989) (cit. en Solloa, 2001) encontraron que en la investigación relacionada con la morfología y dominancia cerebral, ha llegado a probarse que:

- Los disléxicos presentan desviaciones de los patrones de asimetría normal en el cerebro: se ha encontrado un patrón de simetría en la corteza parieto-occipital en disléxicos con mayor frecuencia que en la población normal.
- El tálamo y sus núcleos están relacionados con los déficits auditivo-lingüísticos presentes en la dislexia.
- La corteza derecha anterior también está relacionada con el funcionamiento lingüístico: Los componentes del lenguaje manejados por el hemisferio derecho son la prosodia y los gestos, por tanto, la dislexia puede incluir estructuras del hemisferio derecho también.

Influencia genética

En los TA, la lectura es el área más estudiada, y se ha visto que los trastornos de la lectura son hereditarios; es decir, los padres y los hermanos de individuos afectados tienen más posibilidades de desarrollar dichos trastornos que los parientes de individuos que no presentan trastornos en la lectura. Lo que ha llevado a pensar que se

tiene un componente heredado por genes dominantes. (Wicks-Nelson, 1997). Así mismo, las comparaciones entre gemelos indican la heredabilidad.

Hay pruebas de que los trastornos de lectura se transmiten mediante distintos mecanismos genéticos. En investigaciones sobre la identificación de cromosomas específicos y mecanismos que podrían ser los causantes de los trastornos de la lectura, se ha observado que en algunos casos pueden estar implicados los cromosomas 15 y 6. En estudios cromosómicos realizados por Ollandick y Hersen (1991) (cit. en Solloa, 2001) encontraron una relación entre dislexia y malformaciones en el cromosoma 15. También se piensa que los efectos pueden ser tanto poligénicos como debidos a un solo gen; sin embargo todavía no se puede extraer una conclusión. (Smith, 1990) (cit. en Wicks-Nelson, 1997).

Anomalías cerebrales

Algunas de las investigaciones sobre la etiología de los TA tienen que ver con las anomalías cerebrales y en el campo de las discapacidades verbales, en particular en el de los trastornos de la lectura se ha avanzado más. (Wicks-Nelson, 1997).

Los hallazgos, procedentes de exploraciones cerebrales y de estudios post mortem del cerebro, implican al planum temporale y revelan diferencias en la morfología cerebral de personas con problemas de aprendizaje. (Hynd, et al., 1995) (cit. en Wicks, 1997). Se trata de una región situada en la parte superior del lóbulo temporal que se extiende hacia la superficie inferior del lóbulo parietal. Los estudios post mortem de cerebros de disléxicos, revelan que tanto la ubicación como la organización de las neuronas es diferente, especialmente en regiones temporales y en la fisura de Silvio. En un cerebro normal, el lado izquierdo del planum temporale suele ser mayor que el lado derecho. En individuos con dislexia esta asimetría no existe, además se ha encontrado una estructura celular anormal, así como una activación y un metabolismo anormales.

Por su parte Geshwind (1993) (cit. en Solloa, 2001) indica que en la población general existe una asimetría normal en el plano temporal izquierdo (30% mayor que el derecho). En los disléxicos no se encuentra esta diferencia; esta asimetría se observa desde la semana 31 de gestación, por lo que la simetría anormal que muestra la población de disléxicos no puede atribuirse a un evento postnatal. Este y otros reportes acerca de

diferencias en la arquitectura del cerebro apoyan la hipótesis de que la migración de neuronas a la corteza izquierda pudo haber sufrido un retraso durante el desarrollo.

Es importante señalar que existe un pequeño número de estudios que demuestran que el funcionamiento del planum temporale es diferente en individuos con dislexia con respecto al de los individuos sin dislexia cuando se realizan tareas de procesamiento fonológico y de lectura. Así mismo, se piensa que las anomalías en el planum temporale pueden existir ya durante los primeros seis meses del desarrollo prenatal, debido a factores genéticos.

FACTORES FÍSICOS, SENSORIALES Y SU RELACIÓN CON LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

FACTORES FÍSICOS

En 1986 (Brueckner) señala que las características físicas y sensoriales del niño están directamente relacionadas con el rendimiento escolar. Declara que los escolares con limitaciones de este tipo tienen predisposición a ciertas deficiencias de aprendizaje, por ejemplo le predisponen a determinadas deficiencias en materias básicas como la lectura escritura, cálculo, ortografía y otros aspectos del lenguaje.

Al respecto Paín (1983) es necesario establecer si el niño se alimenta correctamente, en cantidad y diversidad, pues el déficit alimenticio crónico produce una distrofia generalizada que abarca sensiblemente la capacidad de aprender.

Las condiciones físicas precarias, como la mala nutrición, enfermedades frecuentes y ciertos estados glandulares se relacionan en cierto grado con un rendimiento escolar pobre. Cualquier anomalía física del niño que desgaste su energía, le distraiga, le produzca inquietud o malestar, puede ejercer una mala influencia sobre su aprendizaje. La atención difusa, la fatiga, el escaso control motriz y los defectos visuales o auditivos tampoco contribuyen a la realización de un trabajo eficiente. (Brueckner, 1986).

Respecto al funcionamiento glandular, Paín (1983) considera que es importante estudiarlo no sólo por su relación con el desarrollo general del niño, sino también porque muchos estados de hipomnesia, falta de concentración, somnolencia y

“lagunas” suelen explicarse por la presencia de deficiencias glandulares. Incluso algunas autointoxicaciones por mal funcionamiento renal o hepático tienen consecuencias parecidas.

Estado físico general

Un estado físico general frágil e inestable se relaciona con las dificultades en el aprendizaje en muchos sentidos, por ejemplo un niño débil, falta a menudo a la escuela, perdiendo así parte de las clases; y el que padece enfermedades frecuentes, probablemente carece de la vitalidad necesaria para aprender eficazmente, suele ser desatento y muestra signos de fatiga y aburrimiento. Sin embargo, cabe señalar que el niño sano con dificultades escolares también presenta estos mismos síntomas.

Puede suceder que la salud del niño sea buena y que la falta de energía física sea consecuencia del cansancio, por ejemplo muchos niños no descansan lo suficiente a causa de un abuso en el tiempo dedicado a ver la televisión. (Brueckner, 1986).

Control motor

Se ha descubierto que la falta de coordinación motora esta asociada a deficiencias lectoras y ortográficas, sin embargo no se ha podido determinar si esta asociación significa una relación causal o se trata de una concomitancia. La falta de control motor tiene un efecto nocivo y desventajoso, en el establecimiento de hábitos eficientes de escritura; que a su vez pueden dar origen a dificultades en otras materias. Dando lugar con ello a la aparición de sentimientos de frustración y pérdida de confianza. (Brueckner, 1986).

FACTORES SENSORIALES

Deficiencias visuales

Brueckner (1986) distingue que el porcentaje de deficientes visuales es ligeramente superior entre los alumnos con problemas educativos que entre la población escolar

normal, así como que los niños con anomalías de visión muestran cierto grado de retraso en el grado escolar respecto a su edad. Es decir, que si bien los defectos visuales aumentan las probabilidades de aparición de dificultades en el aprendizaje en ningún caso son causa determinantes, de las mismas, ya que por cada escolar con deficiencias de visión que sufre trastornos educativos se encuentra otro de características similares que progresa en la escuela con normalidad.

Las investigaciones señalan que: -La visión débil está asociada con problemas escolares, por lo tanto es importante un diagnóstico de esta dificultad incluyendo un examen de la agudeza visual. - Los niños aprenden a leer a pesar de sus anomalías visuales y que la tensión provocada por el esfuerzo extraordinario que realizan impide a estos escolares soportar largos períodos de lectura. (Brueckner, 1986). Por consiguiente cuanto más grave el defecto visual, mayores son las posibilidades de su influencia desfavorable para el aprendizaje.

Entre las anomalías de visión más frecuentemente asociadas con dificultades de aprendizaje y con anomalías lectoras, se encuentra la hipermetropía y la aniseikonia (formación de imágenes de tamaño o formas diferentes en cada ojo). (Brueckner, 1986).

Deficiencias auditivas

Brueckner (1986) señala que los defectos auditivos, pueden constituir una causa primaria de dificultades lectoras. Suelen encontrarse deficiencias auditivas con más frecuencia entre los alumnos que fallan en lectura y ortografía que entre aquellos que desarrollan un trabajo normal o superior en estos campos, pero esta correlación, aunque relativamente constante, no alcanza los límites para ser considerada estadísticamente significativa. Esto quiere decir que, por sí sola la falta de agudeza auditiva no es suficiente para explicar la aparición de problemas de aprendizaje.

Reynolds y Bond (cit. en Brueckner, 1986), coinciden en declarar que el grado de correspondencia entre la pobreza auditiva y las deficiencias en el aprendizaje de la lectura depende fundamentalmente del método de instrucción utilizado.

Con referencia a lo anterior Paín (1983) indica que es adecuado atender la salud de los niños, en virtud de que la hipoacusia y la miopía suelen encontrarse tardíamente, pues se ha observado que el niño con pérdida sensorial, opta por aislarse o pedir lazarillos que le repitan lo que se dice, que le dejen copiar, etc.

Sin embargo Paín (1983) recalca que tales perturbaciones pueden tener como consecuencia problemas cognitivos más o menos graves, pero que no configuran por sí solos un problema de aprendizaje.

En general se puede decir que, la falta de energía física, la escasa coordinación motora y los defectos visuales y auditivos no determinan un aprendizaje deficiente, pero aumentan sus probabilidades. En el caso concreto de las anomalías sensoriales (visuales y auditivas), su efecto sobre el éxito escolar depende de la oportunidad de su corrección médica y de la adecuación de los métodos de enseñanza. (Brueckner, 1986).

Retraso en la maduración

Este factor propone que los trastornos de aprendizaje son la manifestación de un retraso generalizado en el desarrollo neuropsicológico, relacionado con un proceso lento de maduración. (Solloa, 2001).

Hasta aquí se han revisado las características físicas del sujeto como posibles causas coadyuvantes al desarrollo de las dificultades de aprendizaje. Y hemos visto que ninguno de estos factores internos determina necesariamente la aparición de estas dificultades, sino que su influencia se reduce a crear una predisposición en el niño.

FACTORES AMBIENTALES Y EDUCATIVOS

Ciertas condiciones externas al alumno (ambientales o educativas) contribuyen a obstaculizar el proceso del aprendizaje. Si bien el factor ambiental incide más sobre los problemas escolares que sobre los de aprendizaje propiamente dicho, esta variable pesa notablemente sobre la posibilidad del sujeto para compensar o descompensar el cuadro. (Paín, 1983).

Para Taylor (1985) (cit. en Wicks, 1997) las variables que se sabe influyen en el aprendizaje, pueden influir en el aprendizaje de los niños con discapacidades: posición socioeconómica, valores culturales, interacciones familiares, forma en la que se trata al niño características del niño como la motivación y el temperamento, y la correspondencia entre las expectativas que se tienen del niño y la capacidad del mismo.

Aunque la mayoría de las conceptualizaciones de los TA asigna un papel secundario a las causas ambientales, no todos los autores están de acuerdo con ello. En 1987 Coles (cit. en Wicks, 1997) sostenía que sólo un pequeño porcentaje de los niños a quienes se les había diagnosticado TA presentaban disfunciones neurológicas que podían interferir en el aprendizaje y el rendimiento escolar. Coles (1989) reconoció diferencias individuales en el funcionamiento biológico, no obstante, partió de la base de que las influencias sociales, culturales, políticas y económicas eran esenciales para el desarrollo o la prevención de los TA. Así, por ejemplo, cuando un niño no era capaz de aprender en la escuela, se intentaba encontrar la causa del fracaso examinando la interacción niño-profesor, así como mediante el análisis de factores más generales, tales como el modo en el que la estructura y las actitudes de la escuela podían estar causando dicho fracaso.

Por lo tanto, Coles (1989) (cit. en Wicks, 1997), propone que debe existir una mayor investigación de los factores ambientales, que pueden afectar al niño, al profesor y al colegio, ya que estos pueden influir en el desarrollo de los TA.

Influencia de factores externos en la aparición y desarrollo de dificultades en el aprendizaje

Para Brueckner (1986) los factores ambientales y educativos se encuentran en la raíz de la mayor parte de los problemas escolares que degeneran en casos serios de trastornos en el aprendizaje. Entre los factores más importantes de este tipo se encuentran los siguientes:

1. Condiciones desfavorables en el hogar

Brueckner (1986) declara que el papel del hogar es de suma importancia, ya que si los miembros del grupo familiar discuten fuertemente, son demasiado exigentes y rigurosos

o se muestran excesivamente protectores o inconsistentes en sus actos, es muy probable que el niño llegue a la edad escolar defectuosamente preparado para hacer frente a las exigencias de aprendizajes complejos como el de lectura, aritmética, ortografía y expresión escrita.

Por lo tanto, es imprescindible que los padres se preocupen del trabajo escolar de sus hijos y estimular a éstos para que lo lleven a cabo lo mejor posible, evitando al mismo tiempo ejercer una presión excesiva y la crítica negativa, especialmente en los casos en que el niño se halla ante dificultades para poder aprender. Así mismo en la escuela, lo que más necesita el niño es estimulación y evitar tener hacia él una actitud de reproche o hacer comparaciones con los demás compañeros de clase ya que esto puede agravar el problema. La cooperación con la escuela, es importante para superar estas dificultades. (Brueckner, 1986).

2. Condiciones desfavorables en la comunidad local

El niño que tiene la fortuna de vivir en una comunidad interesada en proporcionar a sus habitantes el más alto grado de instrucción, al alcance de sus posibilidades, se hallará en las mejores condiciones de progresar escolarmente; así para Brueckner (1986) la ayuda local a la educación se refleja en la calidad del rendimiento escolar. Cabe señalar que la responsabilidad del gobierno con respecto a la educación no se reduce a la ayuda económica a las escuelas, sino que es mucho más amplia, en virtud de que el establecimiento de lugares de recreo y esparcimiento, de alguna biblioteca y la medida en que otros recursos del pueblo se ponen a disposición de niños y adultos, influyen en el desenvolvimiento y nivel cultural de la comunidad.

Así mismo Paín (1983) señala que las posibilidades que brinda el medio social, constituyen un campo de aprendizaje, esto es, la cantidad, calidad y frecuencia de los estímulos como las características de la vivienda, del barrio, la escuela, la disponibilidad de tener acceso a lugares de esparcimiento y deporte, así como los diversos canales de cultura (periódicos, radio, televisión, etc). Repercuten en los problemas escolares que puedan tener los niños.

3. Inadaptación del programa a los intereses del niño

Brueckner (1986) señala que los intereses desempeñan un papel importante en el aprendizaje de las técnicas. Por ejemplo, un escolar puede resistirse a aprender ortografía si no reconoce la importancia de escribir correctamente; si no está interesado en escribir, rehuirá el esfuerzo que requiere el hacerlo bien. Esto es, si el escolar tropieza con dificultades en el aprendizaje de una materia, probablemente perderá el interés por ella; y si el interés no se mantiene adecuadamente, el niño rehusará en muchos casos la realización del esfuerzo requerido para el aprendizaje.

Lo mejor para el niño será colocarlo en situaciones de aprendizaje con sentido para él, de tal modo que sienta la necesidad de la adquisición de las técnicas y destrezas que se intenta inculcarle. De este modo quedan garantizados entrenamiento e interés, ambos requisitos para un aprendizaje eficaz. (Brueckner, 1986).

4. Métodos de instrucción defectuosos

La enseñanza ineficaz es posiblemente la causa más importante de las dificultades educativas, según Brueckner (1986). Los métodos y procedimientos usados en la enseñanza de materias complejas como (lectura, cálculo y escritura), deben ser bien definidos y de probada efectividad.

Con frecuencia las clases son numerosas, el material escolar es pobre y la ayuda técnica nula; influyendo a que los niños con frecuencia fallan en su aprendizaje, debido a que cuando la enseñanza por éstas razones resulta imperfecta, puede dar lugar a que muchos alumnos fracasen escolarmente. (Brueckner. 1986).

Otro punto importante al cual se refiere el autor, es que se refleje una secuencia al diseñar los programas, es decir, el orden seguido en la presentación del contenido puede decidir el éxito o el fracaso de los alumnos en el aprendizaje. Así mismo Wicks (1997) señala que los métodos de instrucción, pueden influir en si se producen o persisten los TA. Por consiguiente, el uso de métodos que aseguren la preparación del alumno para pasar de una a otra fase es una condición esencial para evitar obstáculos en el progreso instructivo.

Para Brueckner (1986) la inmediata corrección de las pequeñas anomalías constituyen el mejor procedimiento para prevenir las deficiencias en el aprendizaje.

5. Condiciones escolares desfavorables

Las clases demasiado numerosas, no permiten al profesor el estudio de cada uno de sus alumnos, y si además de tener clases sobrecargadas, la escuela no dispone de buenos métodos de apreciación del rendimiento ni del material escolar necesario, las probabilidades de fracaso escolar se multiplican. (Brueckner. 1986).

Una iluminación imperfecta, la falta o mal estado de los pizarrones, insuficiencia o inadecuación de los asientos, aulas demasiado reducidas, alrededores escolares deprimentes, etc., son factores que pueden interferir en el desenvolvimiento educativo normal de los niños. Sin embargo, es evidente que si el maestro sabe aprovechar al máximo todas las posibilidades, sea cual fuere la situación escolar, quedarán contrarrestados en gran parte los efectos negativos de estas condiciones desfavorables. Así la tarea del profesor consistirá en averiguar dónde radica la dificultad y qué medidas correctivas deben tomarse. (Brueckner, 1986).

Chiaradia en 1978, señala que el sistema educacional debe transformarse, comenzando por cambios que vayan concientizando y comprometiendo a los educadores en el cambio social. Esto beneficiará a todos los alumnos y docentes, y permitirá al niño altos niveles de integración, útiles para lograr creatividad y confianza en sus propias fuerzas en relación con las de su grupo escolar, en donde por ser un productor logrará capacitarse para la sociedad en la que vive y lo espera con roles y funciones específicos.

Después de haber tomado en cuenta las reflexiones de los factores etiológicos de los TA. Resulta conveniente revisar las características clínicas de los niños con TA, y sus interacciones familiares.

2.5 RELACIÓN ENTRE EL APRENDIZAJE Y EL GRADO DE ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL

Brueckner (1986) señala que se ha observado que un gran número de sujetos con problemas educativos padecen al mismo tiempo conflictos personales y sociales; y que es probable que los problemas emocionales de un niño repercutan negativamente sobre el aprendizaje; el autor indica que es razonable suponer que un alumno con dificultades en lectura, (actividad de la que depende considerablemente parte de su éxito escolar), desarrolle sentimientos de frustración e inseguridad que le impidan sostener su equilibrio emocional y obstaculizan su adaptación social.

Brueckner en 1986 señala que el número de casos en que ambos tipos de problemas inciden, varía según el grado de severidad de las deficiencias educativas; entre los escolares con dificultades de aprendizaje que requieren asistencia clínica, el porcentaje de conflicto de personalidad es muy alto. Cabe señalar que en la mayoría de los casos en que aparecen unidas las anomalías de aprendizaje y de personalidad, las primeras suelen ser de la gravedad suficiente para provocar desequilibrios emotivos y sociales.

A continuación se examinan dos aspectos del mismo:

1. Relaciones entre desequilibrio emocional e ineptitud educativa.
2. Inadaptación social y dificultades educativas.

Relaciones entre desequilibrio emocional e ineptitud educativa

Brueckner señala el reconocimiento de una alta correlación entre los trastornos emocionales y el aprendizaje escolar, especialmente sobre las relaciones entre las dificultades en el aprendizaje de la lectura y los trastornos afectivos. Sin embargo, la cuestión de cuál sea la causa y cuál el efecto sigue siendo objeto de controversia. Algunos clínicos sostienen que los conflictos emocionales originan las dificultades de aprendizaje, pero otros como Fernald (cit. en Brueckner, 1986) sustentan otro punto de vista, esta autora realizó un estudio de la historia escolar de setenta y ocho niños con serias deficiencias lectoras, y refiere que sólo cuatro de ellos mostraron síntomas de inestabilidad emocional con anterioridad a la aparición de las dificultades en lectura. En su opinión, los niños inician la vida escolar en condiciones emocionales satisfactorias y sólo después de sus fracasos educativos surgen los sentimientos de inseguridad y frustración. Sin embargo Robinson (cit. en Brueckner, 1986), después de realizar un

estudio sobre veintiocho casos llegó a la conclusión de que los trastornos afectivos pueden ser causa o efecto de ineptitudes educativas; en doce de los niños examinados resultó que dichos trastornos fueron la causa de sus fallos en lectura; y en un número de casos semejantes encontró la relación inversa; es decir la inestabilidad emocional fue originada por el fracaso escolar.

Para finalizar mencionamos el experimento de Sornson (cit. en Brueckner, 1986), en el cual comparó los datos recogidos de un test de personalidad, con el rendimiento lector, y encontró que los fracasos educativos producen efectos desfavorables sobre la vida emocional de los niños y les hacen perder la confianza en sí mismos. Podemos decir que las relaciones entre ineptitud para la lectura e inestabilidad emocional puede ser sintetizado en lo siguiente:

- Para Brueckner (1986) los trastornos emocionales de cierta gravedad pueden ser la causa, o al menos contribuir a la aparición de dificultades de aprendizaje.

- Los fracasos escolares, especialmente en las materias fundamentales constituyen un serio contratiempo para los niños y provocan en ellos frecuentemente desequilibrios emocionales.

- Los fallos en lectura, por su repercusión en el resto del aprendizaje, suelen ser la causa de la mayor parte de los problemas emocionales de origen escolar.

El conocimiento de las **formas de reacción emocional con las que los niños tratan de hacer frente a sus dificultades de aprendizaje**, resulta de sumo interés. A continuación mencionaremos algunas de estas formas señaladas por Gates y Bond (cit. en Brueckner, 1986), en su estudio sobre las deficiencias en lectura:

1. Tensión nerviosa, tartamudeo, morderse las uñas, inquietud e insomnio.
2. Demostraciones de osadía y atrevimiento, actitud de desafío, dureza y mal humor.
3. Reacciones de retraimiento y el unirse a "pandillas" fuera de la escuela.
4. Excesivas travesuras en la escuela, imitaciones burlescas e hirientes, robos, destrucciones y crueldad.

Para Gates y Bond (cit. en Brueckner, 1986), en la mayor parte de los casos, los fracasos en lectura son la fuente de los disturbios emocionales, y por tanto el mejor modo de superar estas dificultades consiste en eliminar la causa que las produce, es decir, corregir las deficiencias del aprendizaje lector. En consecuencia, la solución escolar de este problema apunta a ir directamente a los obstáculos que interfieren el desarrollo educativo del niño, por ejemplo hay que ensalzar sus éxitos parciales, adaptar y dosificar la tarea escolar de tal modo que el alumno se pueda enfrentar a ella con confianza, aceptar al niño y a sus dificultades, demostrándole interés y reconociendo su valor personal.

La inadaptación social y las dificultades educativas.

Frecuentemente los niños con problemas de aprendizaje muestran una pobre adaptación social. Este fenómeno puede atribuirse a las desfavorables reacciones emocionales del niño, o bien ser el resultado de verse rechazado por otros miembros de la clase. Por ejemplo, la práctica educativa de separar a los alumnos dentro de la clase de acuerdo con su rendimiento, tiende a acentuar las dificultades de adaptación social. Referente a esto, a lo que el maestro puede recurrir es a organizar la clase de tal modo que todos los alumnos, independientemente de su capacidad para la lectura o la aritmética, puedan trabajar en tareas comunes y así se podrían facilitar las relaciones sociales entre los niños que son separados por sus diferentes niveles de aprendizaje. (Brueckner, 1986).

Como lo declara Chiaradia (1978) “que la escuela se reconceptualice como centro educacional, no como lugar de marginación de niños vergüenzas hacinados en grupos no homogeneizados y con inadecuado criterio evaluador”.

2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

En (2001) Solloa, indica que los niños con problemas de aprendizaje, en su mayoría presentan una baja autoestima, debido a que continuamente se enfrentan a frustraciones y fracasos asociados a sus dificultades académicas y sociales.

La autora, también distingue que frecuentemente otros niños presentan poca tolerancia a la frustración, dificultad para posponer la gratificación y para modular sus expresiones afectivas; cuando las cosas no les salen bien o como ellos esperan, suelen darse fácilmente por vencidos, y además hacen berrinches y rabietas que los angustian y desorganizan aún más. El no tener una capacidad de demora adecuada interfiere de manera importante en su aprendizaje, ya que no intentan alternativas para resolver problemas, de manera que los niños con (TA) se quedan con la sensación de que “no pueden” y de que son incompetentes.

Así mismo se han observado rasgos demandantes y dependientes que suelen ser reforzados por los padres, tendiendo a sobreproteger al niño, por ejemplo les hacen sus tareas, o bien colocan en el exterior la causa de sus dificultades. Finalmente, Solloa (2001) señala que el mensaje enviado en la sobreprotección es que los demás le tienen que ayudar porque “no puede hacer las cosas por el mismo”, lo que repercutirá negativamente en el concepto que tiene el niño de sí mismo.

Del mismo modo, Heavey et al. (1989) (cit. en Wicks, 1997) en un estudio, realizado con los profesores, encontró que éstos, relacionan los TA con una serie de aspectos problemáticos en el niño, entre los que se encuentran problemas personales y de conducta, ansiedad, inmadurez, comportamiento perturbador e hiperactividad.

Los niños con problemas de aprendizaje tienden a utilizar mecanismos defensivos como la negación, por ejemplo minimizando sus dificultades académicas; y la escisión ya que los niños con frecuencia se comportan ausentes cuando una situación les resulta angustiante o displacentera, es por esto que los maestros y los padres se quejan de que el niño no pone atención, de que no le interesa o de que “está en la luna”. Y es aquí, cuando se agrava la situación, pues el niño con problemas de aprendizaje se sentirá inseguro, enojado, y finalmente deprimido, al no poder aprender y ser exitoso como sus compañeros. (Solloa, 2001).

También Solloa (2001), distingue que con frecuencia, los niños con problemas de aprendizaje se sienten tan angustiados y desesperanzados que tienden a darse por vencidos antes de experimentar un nuevo fracaso. La angustia y desesperanza que paralizan al niño, muchas veces es interpretada por los padres y maestros como flojera o rebeldía; esto a su vez, deteriora la relación del niño con las personas que son significativas para él. Puede aparecer entonces ansiedad adicional relacionada con el

temor de perder el cariño de los padres por no cumplir las expectativas, que se tienen de él.

Así mismo la autora, señala que los niños con problemas de aprendizaje, cotidianamente se muestran incapaces de hacer las tareas que sus compañeros realizan sin esfuerzo aparente. Enfrentándose a constantes fracasos, por lo que no alcanzan el nivel de competencia esperado en la escuela; con cada fracaso, aumenta su falta de seguridad en las aptitudes propias, llevándolos a una sensación progresiva de desesperanza e impotencia, repercutiendo negativamente en su autoestima, en virtud de que la discrepancia entre las expectativas y la ejecución es grande.

Craig (1997) señala que los compañeros tienden a rechazar al niño que fracasa, por lo que quienes padecen estos problemas suelen también tener dificultades en sus habilidades sociales, y tal vez se aislen cada vez más de sus pares y aun de su familia. Menciona que algunos se vuelven tímidos y opacados, y otros más tienen arranques impulsivos y de ira; consecuentemente esto afectará la seguridad académica, la cual es crucial para la autoestima del escolar.

Según Ross (1997) (cit. en Craig, 1997) los niños con problemas de aprendizaje difícilmente logran consolidar el sentimiento de capacidad y/o el de valía personal, por lo que quizá se vuelvan tímidos y retraídos o se desquiten en la sociedad con conductas delictivas.

El modelo cognitivo conductual, supone que los niños con TA, son o tienen las siguientes características de comportamiento: son pasivos, son impulsivos muestran deficiencias en la producción, en la comprensión, baja motivación y afecto negativo hacia las tareas, presentan deficiencias en la habilidad para resolver problemas y no mantienen un ritmo de trabajo constante.

2.7 FUNCIONAMIENTO SOCIO-EMOCIONAL

La investigación de las variables sociales y motivacionales en los TA es también importante. En un estudio realizado en 1986 por Pearl y otros investigadores (cit. en Wicks, 1997), encontraron que los niños con problemas de aprendizaje a menudo

tenían menos aceptación que los iguales que no mostraban discapacidades, y que se les rechazaba y excluía con más frecuencia.

Gresham y Elliot (1989) (cit. en Wicks, 1997) señalan que los compañeros, profesores y padres tienen actitudes negativas al menos hacia una parte de los niños con TA, tendiendo a rechazarlos. En lo que coincide Priel y Leshem (1990) (cit. en Solloa, 2001) que señala que muchos de estos niños tienen deficiencias en sus habilidades sociales, además de presentar conductas perturbadas y de obsesividad. Respecto a esto Priel y Leshem (1990) hallaron que el aislamiento y las dificultades sociales son problemas que se presentan después de los primeros grados de enseñanza.

Por su parte, Heavey en 1989 (cit. en Wicks, 1997), también ha observado actitudes similares en los profesores, quienes relacionan los TA con toda una serie de aspectos problemáticos en el niño, entre los que se encuentran problemas personales y de conducta, ansiedad, inmadurez, comportamiento perturbador e hiperactividad. Por último, encontró que los padres además señalaban la existencia de ansiedad y de déficit en el control de los impulsos.

Aunque las investigaciones anteriormente descritas indican que los niños con trastornos del aprendizaje son menos competentes socialmente que sus iguales que no manifiestan estos trastornos, no hay ninguna hipótesis que explique satisfactoriamente el déficit en habilidades sociales que se relacionan con los TA. Por lo tanto es importante recalcar que no todos los niños manifiestan déficit sociales. (Gresham y Elliot, 1989; cit. en Wicks, 1997).

Para Solloa (2001) en la investigación hecha en relación con el autoconcepto en niños con TA no hay duda de que estos niños tienen una autoimagen empobrecida, además de poseer menos recursos emocionales y cognitivos para hacer frente al fracaso.

En los niños con TA, se ha encontrado que son menos aceptados y más rechazados que los niños que tienen un rendimiento adecuado y esto se ha relacionado con el autoconcepto negativo que tienen de sí mismos, que interfiere desfavorablemente en su interacción social. Por su parte Licht (1984) (cit. en Solloa, 2001), señala que los reiterados fracasos de los niños con problemas de aprendizaje están relacionados con la creencia en su falta de capacidad.

Huntington y Bender (1993) (cit. en Solloa, 2001) investigaron sobre el ajuste emocional de estos niños y encontraron que las deficiencias en el autoconcepto afectan negativamente el rendimiento escolar y las relaciones socio-emocionales llegando a provocar depresión o trastornos de ansiedad que se agravan en años posteriores. En este sentido, La Greca y Stone (1992) (cit. en Solloa, 2001) hallaron diferencias de género en la forma en que se manifiestan los síntomas; las niñas tienden a presentar más sentimientos de devaluación, aislamiento y ansiedad mientras que los varones muestran más problemas como oposicionismo y agresión.

Motivación

Para Wicks (1997) los niños con TA, tienden a dudar de sus capacidades intelectuales debido a su fracaso escolar; creen que cualquier esfuerzo que hagan para tener éxito será vano. Esto tiene como resultado que en seguida se sienten frustrados y se rinden con facilidad ante la dificultad. Y al experimentar más fracasos, se refuerza su creencia de la falta de capacidad. Así, ya en este estado, cualquier logro que consigan se lo atribuyen a la suerte, a la facilidad de la tarea, a la ayuda proporcionada por un profesor o a cualquier otra fuente externa a él; de este modo, el éxito proporciona poca satisfacción, y es poco probable que estimule la confianza.

Por lo tanto los niños con TA suelen creer que sus esfuerzos no servirán para mejorar la situación, y que la situación está controlada por variables externas. Los niños con TA pueden entrar en un ciclo motivacional negativo, en el que podría incluirse el fracaso escolar, la percepción de una falta de capacidad, la atribución del éxito a factores externos y el abandono. Y así entrar en un círculo de fracaso escolar y baja motivación. Sin embargo se han observado diferencias individuales en respuesta al fracaso, habiéndose hallado que algunos niños se adaptan mejor que otros. (Wicks, 1997).

Licht y Kistnar (1986) (cit. en Wicks, 1997) señalan que el factor grado de fracaso que se experimenta desempeña un papel importante a la hora de crear estas diferencias, es decir un fracaso menor se relaciona con una mayor motivación adaptativa.

La retroalimentación de los profesores también puede influir en la forma en la que el niño se percibe a sí mismo. Aunque la retroalimentación del profesor puede ser muy

crítica, los profesores también pueden tratar de alentar a los alumnos que tienen un bajo rendimiento, haciéndoles menos críticas y elogiándoles más.

Por otro lado para Morvitz y Motta (1992) (cit. en Wicks, 1997) los padres desempeñan un papel importante para determinar la motivación y la percepción que el niño tiene de sí mismo. Estos autores señalan que existe una relación entre la autoestima del niño y la creencia de que sus padres le aceptan y le quieren. Por lo tanto, los padres y los profesores están en posición de fortalecer la confianza del niño, para que se establezca una confianza en el niño, en lugar de negar los problemas de sus hijos o agredirlos por dichos problemas. Cabe señalar que Pearl en 1986 (cit. en Wicks, 1997) distingue que hay padres que atribuyen el éxito de sus hijos a la suerte y los fracasos a su falta de capacidad.

Papel de la familia frente a los trastornos de aprendizaje

Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello, 2000) señala que existe consenso respecto a que la interacción del niño con sus padres influye en su desarrollo cognoscitivo, afectivo y social, y con el aprendizaje escolar. Y el conocimiento de los patrones de interacción intrafamiliares y de la relación familia-escuela es importante, ya que pueden incidir positiva o negativamente en la evolución del problema. Para Meneghello (2000) es de interés que se evalúe la participación de cada uno de los miembros de la familia, en cuanto a la toma de conciencia del problema y los intentos de solución frente a él.

Para Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello, 2000) existe evidencia de que la forma en la que la familia se comporta ante las dificultades escolares de sus hijos puede ayudar para que éstos se recuperen o, sin proponérselo, aumenten sus problemas.

Interacciones Familiares

Existen estudios que señalan las diferencias en las interacciones entre padres e hijos, según éstos tengan o no dificultades de aprendizaje. Las familias con niños que presentan dificultades de aprendizaje deben encarar diversas “crisis”, que van desde el shock inicial que significan el diagnóstico, a la crisis de valores que ello implica (el niño con dificultades de aprendizaje puede resultar “inaceptable” para la jerarquía de valores

de los padres) y luego la crisis de la realidad diaria en el manejo del niño. Se ha visto que la forma de resolver esta crisis por parte de la familia, tiene consecuencias significativas para ésta y el niño. (Meneghello. 2000).

Esto puede llevar a la familia a adoptar formas disfuncionales en las que ambos padres sabotean sus esfuerzos por ayudar a su hijo, aumentando los niveles de ansiedad entre los padres y del niño, lo que exacerba el problema de aprendizaje. (Solloa, 2001).

Meneghello (2000) hace hincapié en que la adecuada percepción y aceptación de los niños con TA son determinantes para el éxito de cualquier plan de apoyo. Esta adecuada aceptación pasa a nivel familiar, dada por límites claros entre los subsistemas familiares, con un apoyo recíproco entre los padres, por la aceptación del TA en el niño, expresado por un reconocimiento de sus dificultades, y desarrollando y valorizando en él niño otras habilidades.

Muchas veces, a los hermanos no se les clarifica lo que está pasando, lo que aumenta la confusión y la tensión familiar. (Solloa, 2001).

Hay investigaciones que señalan que la estructura de las familias de niños con TA, es distinta a aquella de las familias que no tienen niños con dicho trastorno. En las primeras, se ha visto que el equilibrio en el interior de la pareja es menor (tienen menos tiempo para ellos mismos), y en el equilibrio de la función parental (uno de ellos tiene mayor responsabilidad frente a la situación de dificultad en el aprendizaje del niño). (Meneghello, 2000).

Meneghello (2000) sostiene que, en familias con hijos con TA, uno de los progenitores tiene un conflicto no resuelto con respecto a sus propios logros académicos, lo que lo lleva a no involucrarse en el rendimiento escolar de sus hijos, o hacerlo en forma desmedida.

En investigaciones que incluyen un análisis de la dinámica familiar se ha encontrado que las mamás de los niños con problemas de aprendizaje son madres sobreinvolucradas, y reconocen que su hijo tiene dificultades en el aprendizaje; los padres, por su parte, se encuentran menos involucrados y no reconocen que su hijo tiene un problema. (Solloa, 2001).

Respecto de la capacidad para tomar decisiones, estas familias necesitan más tiempo para hacerlo, lo que limita la posibilidad de resolver los problemas en forma oportuna. Los estudios donde se evalúa el tipo de comunicación que se da en el interior de las familias de niños con dificultades de aprendizaje: se encontró evidencia de componentes relativos a una comunicación denominada “desviada” (órdenes contradictorias, descripciones vagas, saltos de una idea a otra, mensajes ambiguos). Por lo tanto los niños con TA al no haber aprendido en el interior de su familia a orientarse y mantenerse focalizados en una tarea, tienen aun menos posibilidades de hacerlo en la escuela. (Meneghello. 2000).

Finalmente Solloa (2001) señala que los padres de un niño con problemas de aprendizaje tienen que elaborar la pérdida de aspiraciones y deseos respecto a su hijo. Este es un proceso que puede provocar que los padres rechacen, o sobreprotejan al niño negando así su enojo y/o culpa.

2.8 CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO

Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta. Los adultos con (TA) pueden sufrir dificultades significativas ya sea en el empleo, o en su adaptación social. (DSM-IV) (2001). Así mismo Kershner (1990) y Patton (1992) (cit. en Solloa, 2001), distinguen que los (TA) son un problema que tiene repercusiones a lo largo de la vida

En términos generales, los TA dificultan el progreso escolar por lo tanto existe el riesgo de abandono escolar prematuro, sobre todo en el caso de aquellos individuos menos favorecidos socialmente. (Wicks, 1997).

Por otro lado, una cuestión discutida es si existe una relación entre los TA y un comportamiento antisocial posterior. No existen muchas pruebas que demuestren la existencia de tal relación. En 1989 Brier (cit. en Wicks, 1997), propuso que el riesgo de que un niño con TA se convierta en un delincuente juvenil aumenta a medida que se incrementa la presencia de diferentes factores, (como las conductas agresivas, un CI relativamente bajo, problemas sociales, problemas del lenguaje y frustración con respecto a su rendimiento escolar), y el grado en el que están presentes. Sin embargo es necesario realizar más investigaciones para poder comprobarlo.

La mayoría de los niños con discapacidades lingüísticas también corren el riesgo de tener problemas sociales más adelante. Estudios realizados indican que los problemas de lectura tienden a mantenerse durante los años escolares, llegando hasta la adolescencia y la edad adulta. Para Silver (1989) (cit. en Wicks, 1997) la incapacidad para leer es predominante entre los niños con trastornos de aprendizaje, y parece que al menos en algunos casos estos trastornos se vuelven crónicos.

Para Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello) los niños que han recibido una atención oportuna y adecuada, tienen un **pronóstico** social y afectivamente mejor que aquellos niños en los cuales nunca, o tardíamente se ha asumido el problema.

2.9 TRATAMIENTO

El origen de los trastornos de aprendizaje es multideterminado por lo que en el tratamiento se deben abordar los factores pedagógicos, cognitivos, emocionales y los familiares. Es importante que la detección y el tratamiento se realicen pronto, porque existen niños que no reciben asistencia profesional por problemas de aprendizaje hasta que no han sufrido varios años de fracaso escolar. (Wicks, 1997).

Para Brueckner (1986) es importante que la escuela deba asumir la responsabilidad de corregir oportunamente las anomalías de aprendizaje de sus alumnos como medida para prevenir las dificultades emocionales, sociales y de conducta que se puedan suscitar.

La escuela, o más concretamente el maestro tiene una triple responsabilidad en relación con los alumnos deficientes físicos y sensoriales: 1) Detectar las irregularidades; 2) procurar a estos niños las mejores condiciones para el aprendizaje, y 3) adaptar los métodos de enseñanza a las limitaciones con el fin de atenuar sus efectos sobre la actividad escolar. (Brueckner, 1986).

Chiaradia (1978) y Solloa (2001) convergen en que en los niños con TA, deben aprovechar las aptitudes que tienen, evitando pensar en las que le faltan. El punto de partida en cada niño está dado por las funciones superiores que posee, no se puede comenzar por lo que carece. Por lo tanto es importante detectar y focalizar

los recursos cognitivos y emocionales del niño, ya que estos serán las herramientas más valiosas para el tratamiento.

Tratamientos médicos

De acuerdo a Taylor (1989) (cit. en Wicks, 1997) la atención médica del niño debe tenerse en cuenta cuando existen antecedentes de disfunciones o lesiones neurológicas.

Wicks (1997) señala que los tratamientos médicos pueden resultar adecuados, cuando existe un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los fármacos estimulantes pueden tomarse en consideración y resultar útiles, ya que estos pueden reducir los problemas de falta de atención, impulsividad, conductas negativistas y desafiantes, y además pueden mejorar la productividad en el aula y el rendimiento escolar a corto plazo.

Sin embargo para Gadow y Pomeroy en 1991 (cit. en Wicks, 1997), las pruebas de rendimiento no reflejan una mejora permanente con este tratamiento. Por otro lado, siguen preocupando los efectos secundarios adversos de los estimulantes. Hay otros tratamientos biológicos como el uso de antihistamínicos y dietas que incluyen una gran cantidad de vitaminas, así como de minerales específicos tales como el cobre y el cinc. Con respecto a los cuales los investigadores y los clínicos se muestran más escépticos, ya que hay pocas pruebas, o ninguna de que estos tratamientos sean eficaces.

Distintos enfoques del tratamiento psicopedagógico

Entre los enfoques actuales pueden diferenciarse cuatro modelos, estos son: la instrucción directa, el modelo conductual, el cognitivo y cognitivo-conductual. Los cuales coinciden en identificar las deficiencias específicas del niño e implementar métodos de enseñanza para desarrollar habilidades y estrategias a través de sus áreas fuertes.

Modelo de instrucción directa

Este método localiza los problemas escolares y trabajan con ellos. Es decir, si el niño tiene una discapacidad de lectura, los ejercicios y prácticas que se proporcionaran serán con letras, palabras y otros materiales de lectura. (Hammill, 1993). (cit. en Wicks, 1997).

El modelo de instrucción directa interviene a través de la planeación y estructuración sistemática de los contenidos y de la forma en que estos serán enseñados. En una clase, el maestro guía el aprendizaje en pequeños grupos de estudiantes haciendo preguntas que tienen respuestas específicas; los estudiantes contestan y dependiendo de su respuesta los maestros refuerzan o corrigen. (Solloa, 2001).

Modelo conductual

Tiene como objetivo detectar el déficit en las habilidades escolares y sociales, para modificarlos a través de contingencias, retroalimentación y el modelado. También se aplica el reforzamiento, incluyendo el empleo de elogios verbales, puntos y la realización de actividades que sean apetecibles durante el tiempo libre. Los métodos conductuales a menudo se combinan con la instrucción directa y con los modelos cognitivos. (Wicks, 1997).

La premisa básica del modelo conductual, es que la conducta está en función de sus consecuencias. Por lo tanto, la modificación conductual en las dificultades del aprendizaje tiene como objetivo identificar los estímulos que preceden una respuesta de tipo académico, analizar los eventos contingentes en el ambiente y las aproximaciones de respuesta que presenta el alumno. Generalmente inicia con la programación de un cambio sistemático en los eventos consecuentes para el desempeño deseado. (Solloa, G. 2001). En general el método conductual fortalecerá las habilidades escolares.

Modelo cognitivo

Hace énfasis en corregir la metacognición y las funciones ejecutivas de procesamiento de la información. Es decir, a los alumnos se les enseña a comprender mejor sus

propios procesos cognitivos y a regular la actividad cognitiva. (Palincsar y Brown, 1986; cit. en Wicks, 1997). Se les anima a que solucionen problemas de modo activo. La instrucción destaca el conocimiento de las exigencias de las tareas, utilizando estrategias adecuadas, supervisando la eficacia de las estas y cambiando de estrategia cuando sea necesario. Este enfoque se ha aplicado en la comprensión lectora, matemáticas, expresión escrita, habilidades memorísticas y habilidades de estudio.

El modelo cognitivo, analiza cómo el niño utiliza sus procesos “ejecutivos” o metacognitivos” para integrar la información nueva a los conceptos aprendidos y almacenados con anterioridad. (Solloa, 2001).

Por lo que el énfasis en esta forma de tratamiento está en:

1. El significado del aprendizaje para el estudiante.
2. Relacionar las actividades instruccionales a las experiencias previas del niño.
3. Involucrar activamente al estudiante en el aprendizaje y en la planeación del mismo.
4. Enfatizar la utilización de la memoria a largo plazo en lugar de la memoria inmediata.

Modelo cognitivo conductual

Las investigaciones han comprobado que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo en niños con problemas de aprendizaje. Wong y colaboradores (1991) (cit. en Solloa, 2001) proponen un tratamiento donde se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

1. La necesidad de tener una perspectiva que combine intervenciones a nivel afectivo, conductual y cognitivo, dentro de los parámetros de desarrollo y socioculturales del niño.
2. Los niños deben ser participantes activos y colaboradores en el proceso de aprendizaje.

Para la instrucción de estrategias efectivas se deben considerar dos componentes:

1. El conocimiento acerca del uso y significado de estas estrategias (información meta estratégica).
2. La autorregulación de la ejecución.

Para lograr que se utilicen las estrategias en forma efectiva, se necesita un reentrenamiento en los estudiantes para promover el uso adecuado de dichas estrategias. Para algunos niños con problemas de aprendizaje, basta con procedimientos simples, como autoinstrucciones, pero para problemas severos se requerirá utilizar métodos más complejos que incluyan la combinación de autoinstrucciones, diseño de estrategia y autocontrol. (Solloa, 2001).

Terapia para la Familia

Meneghello (2000) distingue la necesidad de planificar intervenciones que faciliten las relaciones padres –hijos, promoviendo:

- El incremento de interacciones positivas, ya que suelen centrar la dinámica de sus relaciones en el terreno de los problemas escolares, con la consiguiente frustración para padres e hijos;
- El mejoramiento de las habilidades de los padres para resolver dificultades relacionadas con la conducta de sus hijos y el manejo de normas de disciplina, así como formas de comunicación que les sean efectivas;
- Un mejor conocimiento de etapas del desarrollo de los niños, tanto emocional, como social, cognitivo y académico.

Para finalizar, debe haber una relación de colaboración entre la escuela, la familia y los especialistas, que faciliten entre ellos la posibilidad de aclarar diferencias, precisar el por qué de algunas acciones, para lograr objetivos comunes a favor del niño con TA de aprendizaje. (Meneghello, 2000).

Para Solloa (2001) asesorar a la familia, es importante, en virtud de que ésta se enfrenta al estrés adicional de tener un niño con TA, debido a que tienen que elaborar la pérdida del niño “normal y brillante” que esperaban, en el marco de un ambiente

familiar aceptante y estructurado. La terapia familiar fomenta cercanía emocional, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y promueve la independencia del niño.

Dentro de lo que es la orientación familiar, se han utilizado diferentes aproximaciones; técnicas conductuales en las que se involucra a los padres como coterapeutas, técnicas de modelamiento, o la terapia familiar de orientación sistemática, que es el tratamiento preferente cuando el nivel de conflicto en la familia es muy alto, este modelo busca la manera en que todos compartan la responsabilidad por la desventaja del niño. (Solloa, 2001).

Tratamiento Emocional

Solloa (2001) indica que las observaciones reportadas por los clínicos que trabajan con niños y adolescentes con TA, señalan que la terapia psicopedagógica no funciona si no se abordan también los problemas socioemocionales. Para Chiaradia (1978) la psicoterapia, es fundamental pues logra una mayor seguridad y comunicación para estos niños, propone que exista una permanente relación entre la pedagogía y la psicoterapia, de forma que el docente, mantenga informados a los padres y terapeuta acerca de las observaciones realizadas en el aula.

Por su parte Wicks (1997) señala que es indispensable intervenir dentro del área afectiva, para lograr que el niño comprenda o clarifique la naturaleza de sus dificultades, genere estrategias con el fin de afrontarlas, y desarrolle un concepto de sí mismo positivo y realista en cuanto al esfuerzo adicional que requerirá para superar su trastorno.

Así mismo Guerny (1983) (cit. en Solloa, 2001) señala que la terapia de juego resulta apropiada para los niños con TA, ya que sus objetivos son el dotar al niño con una nueva experiencia de crecimiento ante la presencia de un adulto que ofrece apoyo, así el terapeuta ayuda al niño a reconocer y expresar sus sentimientos de manera apropiada. De esta manera el niño puede descubrir sus fuerzas internas y se le brinda la oportunidad de practicar conductas y de experimentar éxitos. Este tipo de experiencias ayuda al desarrollo cognitivo; y con ello mejora la relación con sus padres, maestros, y compañeros, favoreciendo así el autoconcepto y la autoestima del niño.

CAPÍTULO III.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y SU VALORACIÓN CON PRUEBAS PROYECTIVAS

3.1 ANTECEDENTES

Hace 40 años, muchos médicos dudaban de la existencia de los trastornos depresivos significativos en niños, en primer lugar porque ellos creían que los niños carecían de madurez psicológica y estructura cognitiva necesaria para experimentar esos problemas. Sin embargo un incremento en el número de evidencias confirmó que niños y adolescentes no solamente experimentan todo el espectro de depresión y poseen disposición a estos trastornos, sino que también padecen una significativa morbilidad y mortalidad asociadas a ellos. Así mismo Son y Kirchner (2000) señalan que el suicidio se está incrementando en la salud pública, afectando a sucesivas generaciones que muestran paralelamente un incremento de suicidio y depresión en el grupo de edad pediátrica. En México el Hospital Psiquiátrico Infantil, estima que entre 5 y 10% de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas. (Solloa, 2001).

3.2 CONCEPTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

La depresión entre niños y adolescentes es común, pero frecuentemente difícil de reconocer. Son y Kirchner (2000) distinguen que el espectro clínico del trastorno puede fluctuar desde una simple tristeza hasta un periodo depresivo mayor ó un trastorno bipolar. La evaluación debe incluir un completo reconocimiento médico, para descartar causas médicas. Además debido a que el riesgo de fracaso escolar y el suicidio son altos en la depresión de niños y adolescentes, es muy necesario el pronto envío o la estrecha colaboración con los profesionales de la salud mental. Por lo tanto se puede decir que resulta importante la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la depresión en niños.

Son y Kirchner (2000) proponen como factores de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo; una historia familiar de Depresión, episodios depresivos previos, conflictos familiares y pobre desempeño académico.

En referencia a éstos factores de riesgo, Weissman, Sommer, Bloink y Marneros (1984) realizaron una investigación sobre los trastornos de depresión y ansiedad en padres y niños (133 niños de 6 a 17 años), los cuales presentaron depresión mayor, y se compararon con un grupo control. Se estudió la relación entre adultos con depresión, y su transmisión entre generaciones, hallando que si ambos padres deprimidos sufrieron trastornos de depresión y trastornos de pánico, los niños tendrían mayor riesgo de recibir tratamiento psiquiátrico. Los trastornos de Ansiedad y Depresión fueron más frecuentes en niños de padres quienes ambos tuvieron estos trastornos. Los trastornos de Ansiedad fueron más frecuentes en niños de padres deprimidos con trastornos de pánico. Estos resultados apuntan a que la depresión puede llegar a transmitirse por generaciones.

Weissman, et al. (1984) distinguen que las características de los padres que incrementan significativamente el riesgo de una Depresión Mayor en niños son: Depresiones recurrentes, familia con altos niveles de Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, e historias clínicas de enuresis en la infancia.

La expresión clínica de los trastornos depresivos de la niñez varía por edad. Los infantes y preescolares no tienen la habilidad para expresar sentimientos y tristezas en palabras, por lo tanto, los síntomas depresivos deben inferirse o deducirse de otras conductas, incluyendo la apatía, alejamiento de sus cuidadores, retraso o regresión en el desarrollo del control de esfínteres, y fracasos para prosperar que no tienen causa orgánica. (Son y Kirchner, 2000).

Los niños en edad escolar son cognitivamente capaces de internalizar los estresores del medio ambiente (conflictos familiares, críticas, fracasos académicos) y manifestar baja autoestima así como culpa excesiva. Sin embargo mucho de esta confusión interior se expresa a través de enfermedades somáticas (dolor de cabeza, estómago), ansiedad (fobia escolar, excesiva ansiedad de separación) e irritabilidad (berrinches temperamentales, y otros problemas conductuales). En virtud de que estos niños están en la escuela, sus maestros podrían servir como una valiosa fuente de información y deberían y deberían ser incluidos en el proceso de evaluación si es posible. Es

importante hacer notar que algunos niños deprimidos tratan de compensar su baja autoestima intentando agradar a otros y ser aceptados. Así en este esfuerzo ellos podrían sobresalir académicamente y portándose bien su depresión podría pasar inadvertida. (Son y Kirchner, 2000).

Son y Kirchner (2000) señalan que existen muchas similitudes entre niños de edad escolar y adolescentes en términos de síntomas clínicos del trastorno depresivo mayor, estos incluyen la frecuencia y severidad de muchos síntomas como son la disposición a la depresión, culpa, enojo, irritabilidad, ideación suicida, intentos de suicidio, y baja autoestima. De hecho muchos de estos criterios son usados para diagnosticar la depresión en adultos. Estos autores indican que la depresión en niños, puede abarcar un espectro de síntomas en el rango de respuestas normales de tristeza y desilusión a eventos estresantes de la vida, hasta severos deterioros causados por depresiones clínicas que pueden incluir o no evidencias de manía. Sin embargo Uriarte (1997) distingue que aunque el cuadro clínico de la depresión en los niños tiene manifestaciones similares a la depresión del adulto, son más frecuentes las somatizaciones, la agitación psicomotora, el bajo rendimiento escolar, la angustia de separación, la evitación y las fobias. Y además según el DSM-IV (2001) la prevalencia de depresión, en la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción.

Para Bruno (1992) la depresión es un estado emocional negativo, caracterizado por tristeza, baja autoestima y una pérdida del interés en la vida diaria. Señala que aunque a la gente le gusta pensar en la niñez como un periodo dorado de la vida, es ampliamente reconocido por psiquiatras, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental que los niños y adolescentes pueden sufrir depresión. Si bien algunos detalles específicos pueden variar, como un problema emocional y psicológico, no existe diferencia conceptual entre depresión en niñez, adolescencia y edad adulta.

Para este autor, la depresión juega un papel en numerosos trastornos mentales particularmente en los trastornos del humor, (ejemplo: trastorno bipolar) y trastornos de la alimentación (ejemplo: Anorexia nerviosa). Junto con la ansiedad, la depresión es una de las quejas más frecuentemente escuchadas por los terapeutas. Un listado de algunos de los síntomas frecuentes de la depresión en los niños incluye: baja imagen de sí mismo, llanto, inhabilidad para reír, pesimismo, pensamientos e impulsos suicidas,

alejarse de los demás y fatiga. Con los adolescentes, es posible agregar la pérdida de interés en la actividad sexual.

Un primer procedimiento para clasificar a la depresión, es clasificarla como **endógena** o bien como **exógena**. La depresión endógena es la depresión que surge desde adentro, ésta no tiene causas externas conocidas en la actividad del sujeto; este tipo de depresión puede ser de naturaleza biológica (genética o bioquímica). También puede deberse a factores psicológicos con raíces en experiencias negativas en la infancia y temprana niñez (eje. descuido del infante, o abuso del niño). (Bruno, 1992).

La depresión exógena es una depresión que surge desde fuera, es llamada algunas veces depresión reactiva. Actualmente se conocen las causas externas, tales como un bajo desempeño escolar, una inhabilidad para hacer amigos, la carencia de un talento, pobre desempeño para la habilidad deportiva, o la muerte de uno de los padres o hermano (en éste caso si ésta es moderada dentro de esa pena, se considera normal).

Una segunda manera para clasificar la depresión es como **neurótica** o **psicótica**. En la depresión neurótica, el niño se mantiene en contacto con su realidad, manteniéndose una percepción estable del tiempo, espacio y del mundo externo. Cabe señalar que la depresión neurótica puede ser severa y puede en algunos casos conducir al suicidio. En la depresión psicótica el niño tiene deteriorado el contacto con la realidad, existe una gran confusión mental y probablemente existan delirios; esta depresión puede ser asociada con un severo trastorno del desarrollo. (Bruno, 1992).

Una tercera forma de clasificar la depresión es en términos de severidad. El rango va desde **leve** a **moderado** y a **severo**. En la depresión leve, el niño o adolescente, puede quejarse de que muchas actividades ya no son divertidas y que él o ella necesita suerte ó descanso y cosas así. Aunque la depresión es irritante, el individuo es capaz de seguir funcionando y realizando tareas escolares sin mucha dificultad.

En la depresión moderada la persona puede sentir que un gusto, como mirar televisión, leer, o tener un hobby, llega a ser aburrido. Hay carencia de interés en otra gente, estar aliñado y limpio llega a ser poco importante, y existen quizás fantasías de suicidio. El niño o adolescente puede usualmente actuar en conformidad a sus responsabilidades, pero con un gran esfuerzo de voluntad.

En la Depresión Severa el niño puede estar convencido de que nada de lo que hace tiene sentido, que la vida es totalmente sin significado, y que el o ella no son amados o adorables. Hay una gran apatía acerca de casi todo, y pueden existir intentos de suicidio. (Bruno, 1992).

Por su parte Cobo (1992) declara que la depresión como trastorno psiquiátrico tiene diferentes causas o factores que intervienen en ésta; de tal forma que se pueden encontrar desde causas genéticas hasta causas sociológicas. Las explicaciones de depresión tienden a estar comprendidos en tres grandes categorías: Biológica, Psicológica y Existencial. La explicación Biológica declara que la depresión es causada por factores genéticos o bioquímicos, realiza una hipótesis de que algunos niños están predispuestos en términos de su temperamento congénito. Hay evidencia por ejemplo, que sugiere que en el trastorno bipolar, los factores genéticos probablemente juegan un rol. Un déficit bioquímico tal como una carencia del nivel normal de los neurotransmisores norepinefrinos, pueden contribuir a la depresión. Las explicaciones Biológicas, son usadas primeramente para ayudar en el entendimiento de las depresiones endógenas.

La explicación Psicológica declara que la depresión tiene sus raíces en la historia del desarrollo del individuo. Fillat (1999) señala que una de las causas psicológicas de la depresión, es la separación y sobre todo la pérdida de una persona significativa en la niñez. Además de que el niño experimenta soledad a causa de la separación y la pérdida.

Por su parte el Psicoanálisis clásico sugiere dos principales factores que juegan un rol. El primero, es enseñar a reprimir las respuestas agresivas y ser. “el niño bueno” y si esto no es así, ellos no son “lindos”. Y segundo, que el niño adquiera una moral alta, lo que en términos freudianos esto significa que el individuo tiene un superyo muy estricto. (Bruno, 1992). De esta manera cuando una persona en su etapa de adulto, necesite sacar a la superficie respuestas agresivas normales, estas serán reprimidas por el superyo. La inhabilidad del sujeto para expresar los sentimientos reales, particularmente sus sentimientos agresivos, normalmente conducen a la depresión.

Otra explicación psicológica es la ofrecida por la teoría del Aprendizaje. Declara que la depresión es un modelo de respuesta adquirida, una especie de hábito emocional. Por ejemplo, un niño criado en una casa con un padre deprimido podría a través del

proceso de aprendizaje social (observacional), imitar y adquirir la depresión como un estilo inadaptado de copia con el estrés de vida. Otra posibilidad es un fenómeno conocido como incapacidad o indefensión aprendida, esto es, una serie de experiencias fallidas podrían conducir al individuo a generalizar y creer que están indefensos en situaciones donde en realidad no es así. (Bruno, 1992)

3.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

Existen muchas aportaciones en cuanto a los síntomas de depresión en los niños, sin embargo los criterios propuestos en 1973 por Weinberg y cols. (cit. en Cantwell y Carlson, 1987) son presentados en una forma clara, descriptiva y han producido un mayor impacto, por estas razones son muy utilizados por los clínicos.

Para que un niño fuera incluido en esta categoría, se exige la presencia tanto de 1) humor disfórico, como de 2) ideación autodespreciativa, junto con por lo menos dos o más de los ocho síntomas siguientes: 3) conducta agresiva, 4) trastornos del sueño, 5) modificación del rendimiento escolar, 6) disminución de la socialización, 7) cambios en la actitud hacia la escuela, 8) quejas somáticos, 9) pérdida de la energía habitual, y 10) cambio en el apetito y/o peso habituales. (cit. en Cantwell y Carlson, 1987).

A continuación procederemos a exponer los criterios de Weinberg:

1. Estado de **ánimo disfórico** (melancolía):

- a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- c) Irritable, se enfada con facilidad.
- d) Hipersensible, llora fácilmente.
- e) Negativista, difícil de complacer.

2. **Ideación autodespreciativa:**

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
- b) Ideas de persecución.
- c) Deseos de muerte.
- d) Deseos de marchar, escaparse de casa.
- e) Tentativas de suicidio.

Dos o más de los siguientes síntomas:

3. Conducta agresiva (agitación).

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales.
- b) Peleonero, pendenciero.
- c) Poco respeto por la autoridad.
- d) Beligerante, hostil, agitado.
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del Sueño:

- a) Insomnio de conciliación.
- b) Sueño inquieto.
- c) Insomnio terminal.
- d) Dificultad para despertar por la mañana.
- e) Hipersomnias.
- f) Terrores Nocturnos.
- g) Bruxismo.

5. Cambios en rendimiento escolar:

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
- b) Disminución de la habilidad para concentrarse en tareas escolares.
- c) Pérdida del interés habitual en tareas escolares.
- d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas.
- e) Bajo Rendimiento.

6. Disminución de la socialización:

- a) Menor participación en grupo.
- b) Menos simpático (a), agradable, sociable.
- c) Aislamiento social.
- d) Pérdida de intereses sociales habituales.

7. Cambio de actitud hacia la escuela:

- a) No disfruta con actividades escolares.
- b) No quiere o se niega a acudir a la escuela.
- c) Llora

8. **Quejas somáticas:**

- a) Cefalalgias no migrañosas.
- b) Dolores abdominales.
- c) Dolores musculares,
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. **Pérdida de la energía habitual:**

- a) Disminución de la energía o cansancio crónico.
- b) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extra escolares.
- c) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.
- d) Hiperactividad.

10. **Cambio en el apetito y/o peso** habituales.

Weinberg (cit. en Cantwell y Carlson, 1987) propone que los síntomas deben representar un cambio en el funcionamiento habitual del niño y haber estado presentes durante un mes como mínimo.

Para el DSM-IV (2001) los síntomas de depresión deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del niño.

Los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad:

1. **Afectiva.** Sentimientos de desesperación, tristeza culpabilidad, vacío etc.
2. **Motivacional.** Conducta pasiva y dependiente.
3. **Física y Motora.** Pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud, movimientos lentos, etc.
4. **Cognitiva.** Ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro.
5. **Social.** La depresión involucra una marcada disminución en la interacción social y conductas de aislamiento. (Solloa, 2001).

El DSM-IV (2001) precisa que los síntomas de la depresión no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

3.4 LA DEPRESIÓN EN EL NIÑO DESDE EL ENFOQUE DEL PSICOANÁLISIS

Una de las escuelas que ha abordado la depresión desde experiencias recogidas en el campo de la infancia es la escuela psicoanalítica. Para los psicoanalistas tradicionales, la depresión no podía existir en el niño pequeño porque en este no existía culpa derivada del Superyo.

Sin embargo Klein (cit. en. Cobo, 1992) describió la posición depresiva como una etapa evolutiva normal de la infancia alrededor de los primeros meses de vida (sobre el cuarto mes), aunque también puede revelarse más tarde. Por su parte, Spitz (cit. en. Cobo, 1992) realizó un estudio clínico observando a los niños reclusos en instituciones y separados de sus madres, descubriendo en ellos lo que llamó depresión anaclítica. Tanto uno como otro coinciden en que la figura materna es decisiva para comprender el núcleo de la depresión infantil.

La posición depresiva.

Según Klein (cit. en. Cobo, 1992), todo niño normal ha de enfrentarse en su desarrollo emocional con la posición depresiva, la cual debe superar para poder acceder al sentido de la realidad que le permitirá distinguir su mundo interno (su subjetividad) y el mundo externo (el mundo exterior, la objetividad). La posición depresiva comienza cuando el bebé reconoce a su madre como una persona total (objeto total, lo llaman los psicoanalistas), es decir, la reconoce como la misma que le ama y que le frustra, esto le hace daño, y le instala en una gran inseguridad, surgiendo así la ansiedad depresiva porque el niño siente también amor y odio hacia esa persona y le aterroriza la posibilidad de que esta ambivalencia con hostilidad aniquile o haya aniquilado esa figura buena, ese objeto bueno que es la madre y que la pierda o ella le abandone. El niño no sabe aún si es la madre el causante de esta calamidad o si lo es él mismo, el propio sujeto (el niño). Ambos están implicados en este juego de la creación del Yo del pequeño, el nuevo Yo; es un proceso de proyecciones e identificaciones, un juego en el que, en el mundo interior de la persona, el niño se va creando como -ser humano- como identidad; en un intercambio confuso y creativo al mismo tiempo.

Para luchar contra la ansiedad depresiva (construida de sentimientos semejantes a la culpa y de terror por perder al objeto amado), el niño desarrolla defensas maníacas, con

varias modalidades: la negación, el control, el desprecio, la reparación. Estas grandes defensas podrían describirse así:

1. La negación - No es verdad- (no me pasa nada, no es verdad que mamá sea mala, no es verdad que yo le haya hecho daño, no es verdad que esté enojada, no es verdad que yo este enfadado, no es verdad, no es verdad) así inhibe la agresividad.

2. El control - No importa - es decir: Yo puedo hacer que esto cambie, yo puedo hacer que mamá esté contenta o bien yo la hundiré, haré que ella se arrodille ante mí, hará cuanto yo le mande y cuanto yo quiera, estará al servicio de todos mis deseos.

3. El desprecio - No merece la pena- (No vale la pena enfadarse, ella es tonta, ella es muy poca cosa, ella no sabe hacer nada)

4. La reparación - Yo lo arreglaré - (Seré bueno con ella, le daré un beso, le compraré lo que quiera, haré algo que le guste a ella).

Para Klein (cit. en Cobo, 1992) estos son los mecanismos primarios que el niño emplea para hacer frente a la posición depresiva; la cual se convierte en depresión cuando se traduce dolorosamente en el estado de ánimo del sujeto y cuando fracasan esos mecanismos de defensa. Finalmente se puede decir que, Klein argumenta la depresión en los niños, fundamentándose en el tratamiento de sus pequeños pacientes y reveló la existencia de un psiquismo muy temprano, con instintos, fantasías, Edipo, culpa y un superyo, desde el primer año de vida.

Por su parte los estudios de Spitz (cit. en. Cobo, 1992) se hicieron populares a partir de su formulación en los años cuarenta en Estados Unidos. Dieron una explicación sencilla a lo que muchos pediatras venían observando entre sus niños hospitalizados: una especie de agravamiento de su estado general, a pesar de que los pequeños estaban perfectamente tratados y cuidados con los métodos más modernos, lo que se conocía ya desde principios de siglo y se llamó hospitalismo. Spitz demostró que lo que sucedía en dicho hospitalismo era una enfermedad del bebé que denominó depresión anaclítica, refiriéndose a esta como una enfermedad afectiva infantil.

Spitz (cit. en. Cobo, 1992) comprobó que la hospitalización del niño de corta edad, le privaba de su madre y esto complicaba su enfermedad añadiendo otra, esto es, una

depresión. Otros niños, los que vivían en institución durante largo tiempo, planteaban también problemas, primero madurativos y después de conducta. Así se fue enfatizando la importancia de la carencia afectiva como origen de trastornos de la personalidad. Posteriormente, se planteó de nuevo la función de la madre, como factor que condiciona la aparición de la depresión en el niño.

De esta manera, la depresión anaclítica permitió demostrar que la carencia afectiva es causa de patología de la personalidad si opera en las primeras edades, y es muy importante considerar el hecho de que las consecuencias se manifiestan de distinta manera a corto, mediano y largo plazo. Para Cobo (1992) la primera de esas patologías es una depresión singular que lleva a la muerte por desvitalización del pequeño y, si no, le deja una marca que probablemente le facilitará el camino a problemas de conducta, psicopatías, delincuencia, adicción, etc.

En resumen, se le debe dar importancia a la consideración de la depresión analítica, en virtud de que la carencia y al rechazo afectivo en el niño puede facilitar la aparición de una patología psicológica, especialmente de cuadros depresivos. (Cobo, 1992). Dejando claro que la carencia afectiva no significa necesariamente estar falto de cosas, ni siquiera de mimos, es decir, un niño mimado no es un niño amado, o un niño con muchos regalos es un niño atendido.

3.5 CURSO Y PRONÓSTICO

En un estudio realizado por Garber (1984) sobre el desarrollo progresivo de la depresión en 137 niñas, de entre 7 y 13 años de edad. Las evaluaciones incluyeron entrevistas estructuradas con las niñas y diversos cuestionarios que fueron llenados por los padres y maestros; estas pruebas incluyeron el Children's Depresión Inventory, y el Children's Depresión Rating Scale. Los resultados mostraron diferencias no significativas basadas en raza, y C.I. Las niñas que tuvieron padres que no estaban casados y las que no vivían con sus padres biológicos, se encontró el criterio de síndrome de depresión, también tuvieron otros síntomas como por ejemplo (Ansiedad, trastornos conductuales, Déficit de Atención y Enuresis).

Garber encontró que conforme se incrementaba la edad se incrementaba la frecuencia del síndrome depresivo y también varios síntomas depresivos individuales (problemas de apetito, hipo-actividad, problemas escolares, sentimientos depresivos y baja

autoestima). Es decir conforme iban creciendo las niñas, se van agudizando los síntomas.

La autora sugiere que las técnicas de evaluación posiblemente puedan obtener, los cambios por edad de los síntomas depresivos sobre el curso del desarrollo. Y así poder tener establecido rangos de edad de lo que va sucediendo, esto es de qué manera se van desarrollando los síntomas depresivos por la edad.

Finalmente Garber propone observar como evolucionan los síntomas depresivos en los niños, de acuerdo a la edad. Es decir como se va desarrollando la depresión conforme va creciendo la persona.

Para Son y Kirchner (2000) dado que la alta prevalencia de enfermedades afecta a parientes en primer grado de pacientes con depresión mayor, la educación de la familia puede ser un componente integral para mejorar el medio ambiente y una estructura de apoyo para seguir el tratamiento y “curación” de toda la familia.

3.6 LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS

El psicólogo americano Lawrence, fue el primero en emplear el término técnicas proyectivas en 1939, para designar un grupo de tests, algunos de los cuales ya eran conocidos y utilizados, pero que el reunía en una nueva perspectiva psicológica. Sin embargo hay que tener en cuenta que el término proyección fue empleado por primera vez en el año de 1894 por Freud (cit. en Pichot, 1971). (p.p 85 y 86), quien lo emplea en una doble vertiente, “mecanismo de defensa contra la angustia” o como “un mecanismo más general, según el cual el recuerdo de nuestras percepciones anteriores tienden a influir en la percepción de los estímulos actuales”.

Las pruebas proyectivas, como su nombre lo indica, tratan de develar cuáles son las partes del sujeto depositadas en los objetos que aparecen como soportes de la identificación, y que mecanismos actúan ante una consigna que obliga al sujeto a representarse en situaciones poco comunes y cargadas emotivamente. (Paín, 1983).

La consigna de las pruebas proyectivas impone al niño una situación que ha de resolver mediante una construcción, en esta resolución se debe equilibrar la ansiedad que despierta el estímulo, con el nivel de realidad de la situación propuesta. Para Paín

(1983) las escotomizaciones, distorsiones, tergiversaciones y todo tipo de fallo en relación con el estímulo se considera como una fractura en la lectura de la realidad por invasión de la emoción: en resumen, dan la medida de la labilidad del yo.

La autora señala que el examen de las pruebas proyectivas permitirá, en general, evaluar la capacidad del pensamiento para construir en el relato o en el dibujo una organización coherente y armoniosa, para vehicular y elaborar la emoción, al mismo tiempo permitirá sopesar el deterioro que se produce en el pensamiento cuando el monto emotivo resulta excesivo. Además aclara que el pensamiento incoherente, brinda la oportunidad de determinar la norma en lo incongruente y saber cómo ignora el sujeto.

3.7 LOS TESTS PROYECTIVOS CON NIÑOS ENURÉTICOS

Para Albarran (1979) los tests gráficos, como técnicas de expresión, brindan la valoración que el niño enurético hace de su esquema corporal, apoyándose en que el rasgo del dibujo, lo avala como representativo de un aspecto de la personalidad. Y propone que los dibujos proporcionan normas concretas sobre el grupo de niños estudiados, y que considerando el carácter íntimo de la proyección de la imagen corporal, arrojan también luz sobre los fenómenos y supuestos de conducta relativos al desarrollo infantil.

Así mismo señala que los tests proyectivos le sirven para distinguir los rasgos del carácter del niño enurético, con el fin de, establecer una serie de resultados confiables que permitan valorar la relación entre enuresis y respuestas a determinados estímulos de las pruebas seleccionadas. Durante la aplicación de las pruebas se anotó la actitud del niño frente a las mismas o frente al psicólogo, lo que permitió establecer rasgos característicos del niño enurético.

Para Albarran (1979) la etiología psicológica del trastorno enurético, le permite suponer que es posible ver como el recuerdo vivencial de situaciones anteriores o conflictos traumáticos sin resolver en el niño enurético, tienden a influir en la percepción de estímulos seleccionados a través de varios tests proyectivos. El autor considera que en el caso de los niños enuréticos, la naturaleza de los requisitos que cada método proyectivo impone resulta crucial para el cuadro sintomático que se obtenga de éstos,

por tal motivo Albarran decidió emplear varios tests que completen toda una gama de situaciones, actitud y resultados de la aplicación de las pruebas.

La enuresis a través de las técnicas proyectivas a que se sometieron los niños, tiene una externalización, y estas son válidas si se tiene en cuenta el aspecto madurativo del niño y su grado de integración del “yo”, en virtud de que lo que en el adulto puede ser reflejo de un síntoma anormal, en el niño puede ser dato estadístico de normalidad. (Albarran, 1979).

Para Albarran, la línea interpretativa de Machover sobre la figura humana; a través del dibujo del niño, proporciona guías normativas concretas, además de considerar el carácter íntimo de la proyección de la imagen corporal, pueden también arrojar luz sobre las teorías y fenómenos de conducta relativos al desarrollo infantil del niño enurético.

Entre los tests gráficos, Albarran seleccionó Figura Humano, Bajo la lluvia y la Familia; para aplicarlos a los niños enuréticos, por las siguientes razones. Las razones que da el autor para la utilización de esta prueba son las siguientes:

- La facilidad para su aplicación: brevedad del tiempo que tarda en pasarse la prueba y no se necesita material auxiliar muy complicado.
- Su fundamental valor proyectivo, y posibilidad de una representación gráfica del problema de la enuresis a través del esquema corporal del niño.
- Seguridad en que los niños enuréticos expresan sus conflictos inconscientes; hechos éstos probados por los trabajos de la propia Düss, y los profesores Despert, Mosse y Fine. (cit. en Albarran 1979).

3.8 ESTUDIOS EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE UTILIZANDO PRUEBAS PROYECTIVAS

En 1977 Raskin, (cit. en Korbman, 1984) utilizó el dibujo Cinético de la Familia, y trató de localizar diferencias entre niños normales y niños con problemas de aprendizaje, en cuanto a: aislamiento, rechazo, preocupación corporal y rivalidad fraterna. Encontró que los dibujos de los niños con problemas de aprendizaje, mostraron mayor número de estos indicadores, en su análisis, confirmó que las variables de aislamiento-rechazo y preocupación corporal sí diferencian a los niños con problemas de los niños normales.

Más adelante en 1983, según Paín, en los niños con trastornos del aprendizaje, la atención se concentra en la eficacia y las limitaciones de los recursos cognitivos empleados por el niño para organizar su descarga emotiva, además se debe determinar la riqueza y capacidad de los relatos y gráficas para contener y liberar los afectos que despierta el estímulo.

Paín (1983), realiza un análisis en tres tipos de pruebas grafoproyectivas: 1) las que motivan el dibujo (Machover, Familia, Arbol-Casa-Persona, etc.) 2) las que demandan un relato inspirado en láminas (TAT, CAT, Phillipson, Roszenzweig) o en relatos inconclusos (Fábulas de Duss, Frases Incompletas, etc.) y 3) las que provocan una elección de objeto (desiderativo, asociación libre).

a) Dibujo

En el test del Dibujo de la Figura Humana, la consigna es la ejecución gráfica del esquema corporal; donde cada sujeto presenta un "modelo" singular al cual agrega los atributos que distinguen el sexo y la edad. El modelo se organiza de acuerdo a la dotación de imágenes del sujeto y su nivel de maduración; y es dentro de este marco donde se pueden interpretar las desproporciones, confusiones, carencias, etc.

Paín señala que el cuerpo es un instrumento de acción sobre el mundo y cuando el sujeto lo dibuja, representa ese instrumento. Para Paín (1983) las características de simetría, proporción e identidad en los dibujos son las más deterioradas en los casos de un problema de aprendizaje, ya que el sujeto no despliega las estructuras que le permiten coordinar la realidad.

b) Relatos.

Las pruebas que demandan un relato. Este tipo de pruebas tiene como consigna crear una historia o anticipar su final. Se le ofrecen al sujeto estímulos gráficos o verbales que sugieren ciertas relaciones o transformaciones viables. El sujeto responde en línea al camino insinuado y además aporta elementos originales; las láminas provocarán defensas más o menos apropiadas.

Para Paín, los problemas de aprendizaje se caracterizan por el mal servicio que le presta el pensamiento a la elaboración de la situación; señala que la prueba desata un

monto de ansiedad que provoca en el pensamiento perturbación; así se encuentra omisión y confusión de objetos en la situación presentada. El sujeto puede negar un objeto peligroso en particular, pero el sujeto que no aprende, a menudo toma un número restringido de objetos o los relaciona de a pares, o pretende asumir el todo en una parte, por lo cual conviene encontrar la significación de ésta, y no la de cada objeto. En resumen, en el nivel del inventario de la lámina hay que interpretar por qué se elige lo que se elige, pero también por qué se elige y no se asumen todos o la mayoría de los elementos presentados.

Puede ocurrir que el relato agote todas las instancias expuestas, revisando lo que está presente pero sin organizar ninguna secuencia. Los problemas de integración se hacen evidentes en los niños que dan varias y empobrecidas posibilidades para cada caso, presentándolos como separaciones en las que ellos no toman partido, por ejemplo utilizan muletillas como: “y podría ser...”, constituyendo así el tipo de los “equilibrados” de bajo nivel, a quienes no les interesa si un problema se resuelve sumando o restando.

c) Desiderativo.

En esta prueba se solicita al sujeto la elección y el rechazo sobre tres niveles, generando una jerarquización de los elementos vegetales, animales y objetos. Por la consigna misma se conduce al sujeto a una identificación ya que debe imaginarse convertido en el elemento elegido, algún rasgo sobresaliente lo conducirá, y puede considerarse motivado por la simbología universal del objeto elegido, o por la morfología de la palabra misma.

Paín (1983) indica que en los sujetos con problemas de aprendizaje, se ha observado que se dejan imponer la elección desde el exterior, por ejemplo nombran objetos que perciben en la situación (ventana, lápiz, anteojos) o se muestran convencionales (rosa, por linda; perro, por fiel, etc.), evitando, en ambos casos, atender a la consigna. También es frecuente que aparezcan identificaciones impropias.

3.9 EL TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA Y SUS APORTACIONES

La historia del Dibujo de la Familia se inicia con Appel (1931) (cit. en Korbman, 1984) cuando lo propone como un test adecuado a la clínica psiquiátrica infantil. El Dibujo de la Familia, puede considerarse como una técnica proyectiva, la cual revela conflictos, la actitud y los sentimientos del niño hacia otros miembros de su familia, y la percepción de sí mismo dentro de ella.

En 1952 Porot (cit. en Korbman, 1984) hace un estudio del test, dándole importancia al registro de la conducta del examinado durante la prueba, toma en cuenta sus asociaciones verbales e inclusive recomienda que se le interrogue acerca del dibujo que ha producido. Dedicar atención a la opinión que el examinado tiene de sí mismo, así como el tamaño y las características físicas que se adjudica, si se incluyó en el dibujo o no, etc.

Según Di Leo (1978) (cit. en Korbman, 1984) señala que el Dibujo de la Familia revela elementos y actitudes afectivas con mayor claridad que otro tipo de dibujo, afirma que tanto el Dibujo de la Figura Humana como el Dibujo de la Familia son técnicas proyectivas muy valiosas porque no dependen de la voluntad o capacidad del niño para producir una expresión verbal de su conflicto emocional y por ello considera el dibujo como una expresión inconsciente más reveladora que la de la palabra hablada, así mismo Buns y Kaufman (1972) (cit. en Korbman, 1984) consideran que el niño se expresa con menos ansiedad a través del dibujo que de la palabra.

Respecto al tipo de consigna, utilizada en la aplicación del Test del dibujo de la familia, Porot (1952) (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio., 1994), considera que decirle al niño que dibuje a su familia, permite conocerla tal como él se la representa, así mismo señala que la proyección siempre actúa para deformar la realidad en el sentido de las preocupaciones afectivas del sujeto, su consigna al niño es: "dibuja a tu familia". Sin embargo Corman (1967) a pesar de que acepta el valor proyectivo de la consigna de Porot (el niño dibuja a su propia familia), menciona que las tendencias inconscientes y la proyección se expresaran con mayor facilidad, si la consigna es más vaga como: "Dibuja una familia, una que te imagines" o "imagina una familia que tu inventes y dibújala".

Por su parte Korbman (1984), argumenta que el problema de la consigna de Corman es que la interpretación se dificulta pues es difícil saber si el niño está reflejando a su familia o a su ideal de familia. Esto es, no es conveniente solicitar el dibujo de una familia y luego interpretar esa producción suponiendo que lo que el examinado ha dibujado puede estar correlacionando con su propio grupo familiar real.

Como se puede observar, existen variaciones en cuanto al tipo de consigna que se expresa en la aplicación de la prueba del Dibujo de la Familia, puede ser: -Dibuja una Familia, -Dibuja tu Familia, y -Dibuja tu Familia haciendo algo. Los autores que proponen la primera consigna se basan en la explicación de que esta instrucción abierta le brinda al sujeto libertad y la utilización de menos defensas para proyectar datos sobre su familia, es decir, facilita la proyección (Corman 1961) (cit. en Korbman, 1984). Sin embargo Korbman (1984), opina que no es posible aceptar que al niño se le de la consigna de "dibuja una familia" y que el psicólogo interprete el dibujo como si fuera la familia del sujeto. Es cierto que el grado de saturación proyectiva de un test aumenta cuanto más inestructurado es el material o más amplia es la consigna, pero en el caso del test del Dibujo de la Familia, Korbman (1984) piensa que se obtiene mayor y mejor información conociendo con exactitud lo que se está interpretando, por ejemplo: que el borroneo exagerado o la dificultad para dibujar a un personaje corresponde efectivamente a la persona que identifica el niño como tal y no la suposición que el psicólogo hace acerca de ella.

O'Brien y Patton (cit. en Korbman, 1984) también utilizaron en el dibujo de la Familia la consigna de "tu familia", los autores proponen que esta consigna permite detectar no solo problemas emocionales sino que también indica la persona con lo cual están ocurriendo las dificultades.

Finalmente Korbman, considera que en el Dibujo de la Familia se puede evitar la vaguedad y los posibles errores que ella conlleva, sabiendo de antemano a qué personaje corresponde cada figura y por consiguiente los indicadores emocionales podrán establecerse con mayor contundencia.

El Dibujo de la Familia como detector de conflicto familiar en niños

En México (1984) Korbman, realizó una investigación para detectar el conflicto familiar a través del Dibujo de la Familia y su Verbalización. El estudio, tuvo como objeto probar su eficiencia en la discriminación de niños con conflicto familiar patológico y niños que no lo presentan. De esta manera, analizó dos grupos distintos de niños (normales y conflictivos), para revisar la proyección de experiencias internas.

La autora utilizó, como aspectos que pueden proyectarse, el de conflicto del niño con la madre, definió operacionalmente el conflicto, como las expresiones de la madre acerca de la conducta del niño en términos de: “dificultad para manejarlo”, “excesivamente rebelde”, “discusión constante entre madre y niño”, “nunca está de acuerdo” y “excesivamente agresivo en casa”.

Se utilizó conjuntamente con la prueba del Dibujo de la Familia, la verbalización sobre el dibujo y además la aplicación de la Escala de Ambiente Familiar de Moss a las madres de los niños. La muestra consistió en 96 sujetos de cinco a diez años de edad, de clase alta y media alta, dividida en dos Grupos: Experimental (grupo conflictivo) y Control (grupo normal).

En la prueba del Dibujo de la Familia y su Verbalización, Korbman (1984) les dio las siguientes consignas: “¿Quién es tu familia?”(esperar respuesta), “Dibújame a tu familia”. Además, durante el dibujo se indagaba a qué miembro de la familia correspondía cada figura.

Korbman (1984) encontró que ciertos indicadores aparecen con más frecuencia en los sujetos conflictivos, que en los normales, en forma significativa, por lo que los denominó Indicadores Emocionales, es decir un signo en el dibujo, que discrimina a los dos grupos, independientemente de edad, maduración y sexo.

La autora encontró que de sus 109 indicadores emocionales analizados, 22 muestran diferencias significativas entre los 2 grupos; su estudio, halló que existen indicadores emocionales que aparecen más en los sujetos conflictivos, que en los normales. Los indicadores, son los siguientes: -Los conflictivos no inician con la figura del Yo; terminan más con personajes centrales que con “otros personajes”; no introducen animales; omiten con más frecuencia el Yo; dibujan figuras de “tamaño grande”, tienden a no

agrandar a la figura del yo; dibujan con “línea fuerte”, usan más la “línea combinada”; tienden a dibujar “figuras monstruosas o grotescas”; tienden a no borrar cuando dibujan; enmiendan menos sus figuras; y dan menos respuestas neutras que los normales.

En su estudio Korbman encontró, que en el Indicador “Incluye Animales”, no hay diferencia entre los dos grupos ni entre los sexos. Solo el 2% del total de la muestra incluyó animales en sus dibujos y en este caso, todos pertenecían al grupo de normales.

En el Indicador “Incluye Otros personajes”, pocos casos (12%) incluyeron otros personajes y no hay diferencia significativa entre ambos grupos. Del porcentaje que los incluyó, la mitad pertenece al grupo de normales y la mitad al de conflictivos.

Para el Indicador “Omite a”, no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos; solamente el 5% de casos omite a algún personaje de su familia nuclear. La figura más omitida es la del Yo, en el grupo de los conflictivos.

Respecto al resultado de la omisión de figuras, es probable que la muestra “omitió” menos por la forma de la consigna utilizada, que es: “¿Quién es tu familia...?” y al niño se le daba la oportunidad de mencionar quienes son los personajes de la familia; en esta forma quizá hay menos posibilidad de omitir figuras ya que el mencionarles verbalmente se determina en cierta forma a las que va a dibujar. Korbman, piensa que quizá el resultado estuvo determinado por la consigna, la autora propone hacer un estudio limitado a la omisión de personajes, en el que a un grupo se le diera su consigna y a otro grupo la consigna simple de “dibuja a tu familia”.

En el Indicador “Empequeñece a ...”, el 55% del total de sujetos empequeñecen figuras. Se encuentra tendencia, aunque no significativa a que: -En ambos grupos la figura que con más frecuencia se empequeñece es la del Padre. -En segundo lugar empequeñece a ambos Padres. -En tercer lugar se empequeñece a la Madre.

En el Indicador “Accesorios del Ambiente”, los normales presentan este indicador con mayor frecuencia que los conflictivos, aunque la diferencia no es significativa. El 11.5% del total de la muestra dibujan accesorios del ambiente.

Los hallazgos del estudio de Korbman son: los niños utilizan el "Orden Real" y colocan a los padres al principio del dibujo, - El niño conflictivo nunca usa el Yo como primera figura, -El niño normal pone menos distancia entre las figuras y dibuja a su familia en "una sola unidad"; el conflictivo en cambio, pone más distancia entre los miembros de su familia.

Korbman (1984) encontró diferencias entre los dibujos de la Familia y las verbalizaciones de los grupos normal y conflictivo, y concluyó que el conflicto patológico tiene expresión a través del dibujo y de la verbalización. El dibujo de la familia, le permitió confirmar la presencia o ausencia de conflicto. Así mismo, le permitió concluir que efectivamente existe la proyección de experiencias internas en el dibujo y también en la verbalización.

También realizó un análisis factorial, en el Factor I, que está definido por la variable "Ausencias" y encontró que predominan las ausencias en los personajes principales obteniendo la carga mayor la Madre, le sigue la Figura del Yo y después el Padre, con un valor menor aparece también el Hermano Mayor. El análisis factorial, resultó ser interesante ya que: -mostró algunos aspectos novedosos como:- que el yo determina el orden que se le va a dar a la familia en el dibujo, ya que de él dependen que haya orden, semiorden o desorden, - el Yo determina que los padres se dibujen juntos o no en el dibujo. Es decir, el Yo es una figura central e importante que determina una serie de situaciones.

Por último, Korbman encontró concordancia en los resultados del Dibujo, de la Verbalización y de la Prueba de Moss, ya que los mismos niños cuyas madres consideran que su familia es conflictiva, presentan a su vez indicadores emocionales en el dibujo y en la verbalización.

CAPÍTULO II.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los problemas de aprendizaje frecuentemente se diagnostican en el transcurso de la escuela primaria, cuando las deficiencias y el desfase entre habilidad y el logro es ya muy notorio, por lo que el niño no puede aprender a la par de sus compañeros a leer, a escribir y/o a realizar operaciones matemáticas. (Solloa, 2001).

2.1 HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Los problemas del aprendizaje han sido estudiados desde hace muchos años bajo diferentes perspectivas; antes de 1940 se pensaba que los niños que no lograban aprender padecían retraso mental o algún trastorno emocional severo; en 1947, Strauss, Werner y Lethinen (cit. en Solloa, 2001), postularon que este grupo de niños presentaba las mismas dificultades que personas que habían sufrido algún tipo de daño neurológico; explicaron que como el daño no era localizable éste debería ser muy sutil o mínimo, y así fue como surgió el concepto de daño cerebral mínimo. Sin embargo para Clements en 1966, no se podía atribuir la presencia de un daño cuando éste no era localizable, él pensaba que la dificultad para aprender estaba relacionada con un funcionamiento cerebral diferente o disfuncional; y sugirió el término de disfunción cerebral mínima para referirse a este tipo de padecimientos.

En esta época alrededor de 1963, se celebró un simposio patrocinado por la Fund for Perceptually Hadicapped Children, donde Kirk señaló en su discurso que los niños objeto de su interés manifestaban una serie de deficiencias, que se suponían estaban relacionadas con disfunciones neurológicas, específicamente con dificultades en el aprendizaje, problemas de percepción e hiperactividad. Kirk propuso que el término trastornos del aprendizaje era el adecuado para referirse a todos estos niños, y también para evitar la necesidad de establecer disfunciones del sistema nervioso al tratar de identificar a esos niños. Así Kirk pensó que dicho término podría guiar la evaluación y las soluciones educativas que necesitaban estos niños. (Hammill, 1993; cit. en Wicks, 1997).

El término trastorno del aprendizaje (TA), en el discurso de Kirk concedió la creación de un nuevo campo de estudio, y poco a poco este término fue cada vez más aceptado tanto por los grupos profesionales como por los padres. En lo sucesivo, los educadores y los padres desempeñarían un papel importante en un campo que anteriormente había estado dominado por médicos y psicólogos.

Algunos años después se distinguieron diferentes tipos de dificultades para aprender, y se acuñó el término dislexia para los problemas relacionados con la lectura, disgrafía para los problemas en la escritura, y discalculia para los problemas en el área de matemáticas.

2.2 DEFINICIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2001) se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las habitualmente asociadas al déficit en cuestión.

Cabe mencionar que Taylor en 1988, señala que en la mayoría de los grupos con TA el CI medio suele situarse alrededor de 90. (cit. en Wicks, 1997).

Actualmente el apartado de trastornos del aprendizaje inscrito en el DSM –IV, incluye:

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la expresión escrita y
- Trastorno del aprendizaje no especificado.

Ahora continuaremos con los criterios para el diagnóstico de los trastornos de la lectura, del cálculo y de la expresión escrita, debido a que dichos trastornos se encuentran dentro del apartado de los trastornos del aprendizaje.

Criterios del DSM-IV para diagnosticar los trastornos del aprendizaje en la lectura, el cálculo y la expresión escrita

- a) El rendimiento, medido mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo lo esperado, dada la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- b) La alteración interfiere significativamente con el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren dicha habilidad.
- c) Si hay un déficit sensorial, las dificultades excederán de las que habitualmente se asocian al mismo.

Además de lo anterior, hay que tener presente que para hacer el diagnóstico es indispensable llevar a cabo una valoración psicopedagógica completa en la que se incluya información sobre el funcionamiento cognitivo, emocional, familiar y académico del niño.

El problema de lectura tiende a complicarse con frecuencia con trastornos de escritura y matemáticas. El niño que no puede leer bien, carecerá de esta herramienta indispensable para todo tipo de aprendizaje. El trastorno de la lectura rara vez se diagnostica al iniciarse el primer curso de enseñanza básica, puesto que la enseñanza de la lectura habitualmente no comienza en la mayor parte de las escuelas hasta ese momento. (DSM-IV, 2001).

El trastorno del cálculo con frecuencia se pone de manifiesto durante el segundo o tercer curso, sin embargo puede no hacerse manifiesto hasta el quinto año de primaria o incluso más tarde, debido a que el niño puede rendir en el nivel de sus compañeros durante los primeros cursos utilizando algunas estrategias compensatorias. Por su parte, los trastornos de la expresión escrita rara vez se diagnostican antes de finalizar el primer curso de enseñanza básica puesto que la enseñanza en la escritura usualmente no se lleva a cabo hasta ese momento en la mayoría de las escuelas. (DSM-IV, 2001).

Es frecuente encontrar que el trastorno del cálculo y el trastorno de la expresión escrita se presenten en combinación con el trastorno de la lectura; cuando esto sucede, deberán hacerse todos los diagnósticos.

2.3 SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los trastornos del aprendizaje (TA) pueden asociarse a baja autoestima y déficit en habilidades sociales. Cabe señalar que la tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40 %. Se ha visto que personas (10-25 %) con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico también presentan trastornos del aprendizaje. (DSM-IV, 2001). En general para Solloa (2001), los problemas de aprendizaje se encuentran asociados a trastornos conductuales o trastornos de tipo emocional, por ejemplo ansiedad o depresión. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con (TA) (en especial el trastorno de la lectura). Los trastornos del aprendizaje igualmente pueden asociarse a una mayor tasa de trastorno del desarrollo de la coordinación. (DSM-IV, 2001).

También pueden existir anormalidades del procesamiento cognoscitivo (p.ej., déficit de percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria o una combinación de estos procesos) que suelen preceder o asociarse a trastornos del aprendizaje. Aunque las predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, la presencia de estos trastornos no predice invariablemente un posible trastorno del aprendizaje, existiendo muchas personas con TA que no tienen historia semejante alguna. Sin embargo, los trastornos del aprendizaje se hallan asociados frecuentemente a distintas enfermedades médicas, por ejemplo: envenenamiento por plomo, síndrome alcohólico fetal o síndrome de X frágil. (DSM- IV, 2001).

PREVALENCIA

De acuerdo a estimaciones internacionales, se considera que entre la población escolar básica, de un 2 a 10% de los niños presentan trastornos de aprendizaje. Los índices de

prevalencia son difíciles de determinar debido a la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas. (DSM-IV, 2001). Se ha encontrado que dicho trastorno es más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 3 a 1. La diferencia entre sexos la han explicado por razones de vía de referencia, es decir, los varones tienden a ser menos capaces de tolerar un déficit de lectura o de otro tipo, y lo exteriorizan, ocasionando problemas en la escuela, por tanto son referidos a asistencia profesional con mayor frecuencia. También se ha observado que la prevalencia está relacionada con las exigencias del sistema escolar al que asiste el niño. (Kessler, 1988; cit. en Wicks, 1997).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el DSM-IV, los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de los siguientes aspectos:

-De las posibles **variaciones normales del rendimiento académico**, así como de dificultades escolares debidas a **falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales**.

-Por otro lado una **visión o audición alteradas** puede afectar la capacidad de aprendizaje debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de estos déficit sensoriales, sólo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit.

-En el **retraso mental**, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo en algunos casos de retraso mental leve, el nivel de rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados en función de la escolarización y la gravedad del retraso. En estos casos debe realizarse el diagnóstico adicional correspondiente al trastorno del aprendizaje adecuado.

-Dentro de un **trastorno generalizado del desarrollo** sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno del aprendizaje cuando la insuficiencia académica se sitúe significativamente por debajo de los niveles esperados dadas la capacidad intelectual y

la escolaridad del sujeto. En los individuos con **trastornos de la comunicación**, la capacidad intelectual puede valorarse utilizando tests normalizados de capacidad intelectual no verbal. Cuando el rendimiento académico se sitúa significativamente por debajo de la capacidad medida, deberá diagnosticarse el trastorno del aprendizaje correspondiente.

2.4 ETIOLOGÍA

Coles en 1989, propone que es adecuado pensar que el origen de los problemas de aprendizaje puede encontrarse tanto en variables neurológicas como ambientales. (Wicks, 1997).

Cabe señalar que en los (TA) Trastornos del Aprendizaje están implicadas deficiencias en muchos **procesos cognitivos**, entre los que figuran la atención, la percepción y la memoria. Dentro de la hipótesis etiológicas sobre los TA, la hipótesis de los **factores biológicos**, ha dominado durante mucho tiempo, debido a que existen pruebas que indican que el trastorno de la lectura puede transmitirse genéticamente, así mismo hay pruebas de que las disfunciones neurológicas originan dificultades en el aprendizaje. (Wicks, 1997). Los hallazgos que se han arrojado indican que las variables biológicas pueden ser una causa decisiva para el desarrollo de trastornos del aprendizaje.

Por otro lado, las variables **ambientales**, tales como los métodos de instrucción defectuosos y las actitudes parentales, tienen algo que aportar con respecto a las causas de los TA. Por lo tanto podríamos pensar que los TA se pueden explicar mediante la interacción de la predisposición inicial y la influencia social. (Wicks, 1997).

Los modelos más antiguos relacionaron los trastornos de aprendizaje con un daño o disfunción neurológica. Estos fueron los primeros intentos de encontrar una explicación a estos trastornos así como de diseñar formas de tratamiento, esta idea no ha dejado de estudiarse, ya que la incidencia de complicaciones prenatales, perinatales y postnatales es alta en esta población. (Solloa, 2001). En años más recientes han surgido nuevas teorías y explicaciones, poniendo el acento en las deficiencias en los procesos cognitivos o en el desarrollo de habilidades académicas. (Solloa, 2001).

CONDICIONES INTELECTUALES, NEUROLÓGICAS Y TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Brueckner (1986) señala que existe relación entre las condiciones intelectuales, cerebrales, y el grado de competencia en aprendizajes tales como lectura, aritmética y lenguaje. Para clasificar a un sujeto entre los que tienen dificultades reales de aprendizaje es necesario que sus resultados escolares sean inferiores a su nivel de expectación.

Por consiguiente al determinar la influencia de las condiciones intelectuales y neurológicas, hay que considerar, además de la inteligencia general, las limitaciones mentales específicas tales como la memoria deficiente, e incapacidad de relacionar las partes con el todo. Existe también la posibilidad de que, a causa de alguna lesión o deterioro del sistema nervioso, se produzcan trastornos en el aprendizaje de la lectura y ortografía. (Brueckner, 1986).

Cuando existe una lesión o desórdenes corticales (primarios, genéticos, neonatales, traumáticos, etc.), encontramos una conducta rígida, estereotipada, confusa, evidente en el área perceptivomotora (hiperkinesias, espasticidad, sincinesias, etc.), o en la comprensión (apraxias, afasias y dislexias). (Paín, 1983).

Condición Intelectual

Antes de atribuir definitivamente la causalidad de los problemas de aprendizaje a un bajo nivel de inteligencia, es necesario que el maestro se asegure que los procedimientos de medida utilizados han dado al niño la oportunidad para demostrar su capacidad real; con estos datos se conocerá, si el alumno probablemente tiene un retraso mental o es un caso de inhabilidad específica, (es decir, que su rendimiento en alguna rama del programa es sensiblemente inferior al que podría esperarse de su capacidad general). (Brueckner, 1986).

Para Brueckner, si los maestros quieren usar con propiedad los test de inteligencia deben tener presente que una baja puntuación en un test de inteligencia, que requiere el dominio normal de la lectura, no constituye una auténtica prueba si la capacidad lectora del sujeto es inferior a la media de su grupo.

Deficiencias mentales específicas

Aunque se reconoce la posibilidad de dificultades de aprendizaje en sujetos con alta inteligencia general, en ocasiones prevalece la interpretación de que tales dificultades son el efecto de limitaciones mentales específicas. La evidencia muestra, pues, que una facultad como "memoria deficiente" no está relacionada con las deficiencias específicas del aprendizaje.

Existe evidencia de cierta correlación entre lectura deficiente e ineptitud para la organización del "campo perceptivo visual" en los sujetos de inteligencia general elevada.

Puede decirse que las deficiencias mentales específicas no se hallan estrechamente ligadas a las dificultades específicas de aprendizaje; y, en tanto no se disponga de suficientes elementos de juicio no es aconsejable para el maestro dedicar tiempo y esfuerzo a la identificación de posibles limitaciones específicas. (Brueckner, 1986).

Cabe señalar que en los TA están implicadas deficiencias en muchos procesos cognitivos, entre los que figuran la atención, la percepción, la memoria y la metacognición. (Wicks, 1997).

Condiciones Neurológicas y Cerebrales

Estado del sistema nervioso. Cualquier defecto del sistema nervioso puede constituir un factor básico en la aparición y desarrollo de problemas de aprendizaje. Como efecto de una lesión cerebral el hombre a veces pierde sus aptitudes lectoras, ortográficas u otras funciones lingüísticas. Estas funciones son, en muchos casos susceptibles de reeducación, aunque en ocasiones esto constituye una difícil y larga tarea. Brueckner (1986) supone que las lesiones cerebrales de nacimiento o producidas con anterioridad al aprendizaje de la lectura, ortografía y cálculo pueden influir en la aptitud del sujeto para el dominio de estas técnicas. Por lo tanto si un niño muestra síntomas evidentes de falta de coordinación, defectos expresivos y de pronunciación u otros, indicativos de trastornos cerebrales, debe ser sometido a un reconocimiento por un neurólogo.

Irregularidades en la relación de dominio entre los hemisferios cerebrales

Las lesiones cerebrales y las interferencias de dominio entre los hemisferios pueden explicar ciertos casos de alumnos de gran capacidad que tropiezan con dificultades de aprendizaje.

Para Brueckner (1986), el maestro debe reconocer que los niños con bajo nivel de inteligencia generalmente desarrollan sus capacidades y destrezas a ritmo más lento, y en ningún caso alcanzarán los altos resultados que pueden lograr los niños de inteligencia normal o superior. Este autor señala que cuando un niño presenta síntomas de carencia intelectual o defectos cerebrales, el maestro debe adoptar la enseñanza a éstas limitaciones, ya sean funcionales o fisiológicas.

Diferencias en la morfología y dominancia cerebral

Hynd y Semrud (1989) (cit. en Solloa, 2001) encontraron que en la investigación relacionada con la morfología y dominancia cerebral, ha llegado a probarse que:

- Los disléxicos presentan desviaciones de los patrones de asimetría normal en el cerebro: se ha encontrado un patrón de simetría en la corteza parieto-occipital en disléxicos con mayor frecuencia que en la población normal.
- El tálamo y sus núcleos están relacionados con los déficits auditivo-lingüísticos presentes en la dislexia.
- La corteza derecha anterior también está relacionada con el funcionamiento lingüístico: Los componentes del lenguaje manejados por el hemisferio derecho son la prosodia y los gestos, por tanto, la dislexia puede incluir estructuras del hemisferio derecho también.

Influencia genética

En los TA, la lectura es el área más estudiada, y se ha visto que los trastornos de la lectura son hereditarios; es decir, los padres y los hermanos de individuos afectados tienen más posibilidades de desarrollar dichos trastornos que los parientes de individuos que no presentan trastornos en la lectura. Lo que ha llevado a pensar que se

tiene un componente heredado por genes dominantes. (Wicks-Nelson, 1997). Así mismo, las comparaciones entre gemelos indican la heredabilidad.

Hay pruebas de que los trastornos de lectura se transmiten mediante distintos mecanismos genéticos. En investigaciones sobre la identificación de cromosomas específicos y mecanismos que podrían ser los causantes de los trastornos de la lectura, se ha observado que en algunos casos pueden estar implicados los cromosomas 15 y 6. En estudios cromosómicos realizados por Ollandick y Hersen (1991) (cit. en Solloa, 2001) encontraron una relación entre dislexia y malformaciones en el cromosoma 15. También se piensa que los efectos pueden ser tanto poligénicos como debidos a un solo gen; sin embargo todavía no se puede extraer una conclusión. (Smith, 1990) (cit. en Wicks-Nelson, 1997).

Anomalías cerebrales

Algunas de las investigaciones sobre la etiología de los TA tienen que ver con las anomalías cerebrales y en el campo de las discapacidades verbales, en particular en el de los trastornos de la lectura se ha avanzado más. (Wicks-Nelson, 1997).

Los hallazgos, procedentes de exploraciones cerebrales y de estudios post mortem del cerebro, implican al planum temporale y revelan diferencias en la morfología cerebral de personas con problemas de aprendizaje. (Hynd, et al., 1995) (cit. en Wicks, 1997). Se trata de una región situada en la parte superior del lóbulo temporal que se extiende hacia la superficie inferior del lóbulo parietal. Los estudios post mortem de cerebros de disléxicos, revelan que tanto la ubicación como la organización de las neuronas es diferente, especialmente en regiones temporales y en la fisura de Silvio. En un cerebro normal, el lado izquierdo del planum temporale suele ser mayor que el lado derecho. En individuos con dislexia esta asimetría no existe, además se ha encontrado una estructura celular anormal, así como una activación y un metabolismo anormales.

Por su parte Geshwind (1993) (cit. en Solloa, 2001) indica que en la población general existe una asimetría normal en el plano temporal izquierdo (30% mayor que el derecho). En los disléxicos no se encuentra esta diferencia; esta asimetría se observa desde la semana 31 de gestación, por lo que la simetría anormal que muestra la población de disléxicos no puede atribuirse a un evento postnatal. Este y otros reportes acerca de

diferencias en la arquitectura del cerebro apoyan la hipótesis de que la migración de neuronas a la corteza izquierda pudo haber sufrido un retraso durante el desarrollo.

Es importante señalar que existe un pequeño número de estudios que demuestran que el funcionamiento del planum temporale es diferente en individuos con dislexia con respecto al de los individuos sin dislexia cuando se realizan tareas de procesamiento fonológico y de lectura. Así mismo, se piensa que las anomalías en el planum temporale pueden existir ya durante los primeros seis meses del desarrollo prenatal, debido a factores genéticos.

FACTORES FÍSICOS, SENSORIALES Y SU RELACIÓN CON LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

FACTORES FÍSICOS

En 1986 (Brueckner) señala que las características físicas y sensoriales del niño están directamente relacionadas con el rendimiento escolar. Declara que los escolares con limitaciones de este tipo tienen predisposición a ciertas deficiencias de aprendizaje, por ejemplo le predisponen a determinadas deficiencias en materias básicas como la lectura escritura, cálculo, ortografía y otros aspectos del lenguaje.

Al respecto Paín (1983) es necesario establecer si el niño se alimenta correctamente, en cantidad y diversidad, pues el déficit alimenticio crónico produce una distrofia generalizada que abarca sensiblemente la capacidad de aprender.

Las condiciones físicas precarias, como la mala nutrición, enfermedades frecuentes y ciertos estados glandulares se relacionan en cierto grado con un rendimiento escolar pobre. Cualquier anomalía física del niño que desgaste su energía, le distraiga, le produzca inquietud o malestar, puede ejercer una mala influencia sobre su aprendizaje. La atención difusa, la fatiga, el escaso control motriz y los defectos visuales o auditivos tampoco contribuyen a la realización de un trabajo eficiente. (Brueckner, 1986).

Respecto al funcionamiento glandular, Paín (1983) considera que es importante estudiarlo no sólo por su relación con el desarrollo general del niño, sino también porque muchos estados de hipomnesia, falta de concentración, somnolencia y

“lagunas” suelen explicarse por la presencia de deficiencias glandulares. Incluso algunas autointoxicaciones por mal funcionamiento renal o hepático tienen consecuencias parecidas.

Estado físico general

Un estado físico general frágil e inestable se relaciona con las dificultades en el aprendizaje en muchos sentidos, por ejemplo un niño débil, falta a menudo a la escuela, perdiendo así parte de las clases; y el que padece enfermedades frecuentes, probablemente carece de la vitalidad necesaria para aprender eficazmente, suele ser desatento y muestra signos de fatiga y aburrimiento. Sin embargo, cabe señalar que el niño sano con dificultades escolares también presenta estos mismos síntomas.

Puede suceder que la salud del niño sea buena y que la falta de energía física sea consecuencia del cansancio, por ejemplo muchos niños no descansan lo suficiente a causa de un abuso en el tiempo dedicado a ver la televisión. (Brueckner, 1986).

Control motor

Se ha descubierto que la falta de coordinación motora esta asociada a deficiencias lectoras y ortográficas, sin embargo no se ha podido determinar si esta asociación significa una relación causal o se trata de una concomitancia. La falta de control motor tiene un efecto nocivo y desventajoso, en el establecimiento de hábitos eficientes de escritura; que a su vez pueden dar origen a dificultades en otras materias. Dando lugar con ello a la aparición de sentimientos de frustración y pérdida de confianza. (Brueckner, 1986).

FACTORES SENSORIALES

Deficiencias visuales

Brueckner (1986) distingue que el porcentaje de deficientes visuales es ligeramente superior entre los alumnos con problemas educativos que entre la población escolar

normal, así como que los niños con anomalías de visión muestran cierto grado de retraso en el grado escolar respecto a su edad. Es decir, que si bien los defectos visuales aumentan las probabilidades de aparición de dificultades en el aprendizaje en ningún caso son causa determinantes, de las mismas, ya que por cada escolar con deficiencias de visión que sufre trastornos educativos se encuentra otro de características similares que progresa en la escuela con normalidad.

Las investigaciones señalan que: -La visión débil está asociada con problemas escolares, por lo tanto es importante un diagnóstico de esta dificultad incluyendo un examen de la agudeza visual. - Los niños aprenden a leer a pesar de sus anomalías visuales y que la tensión provocada por el esfuerzo extraordinario que realizan impide a estos escolares soportar largos periodos de lectura. (Brueckner, 1986). Por consiguiente cuanto más grave el defecto visual, mayores son las posibilidades de su influencia desfavorable para el aprendizaje.

Entre las anomalías de visión más frecuentemente asociadas con dificultades de aprendizaje y con anomalías lectoras, se encuentra la hipermetropía y la aniseikonía (formación de imágenes de tamaño o formas diferentes en cada ojo). (Brueckner, 1986).

Deficiencias auditivas

Brueckner (1986) señala que los defectos auditivos, pueden constituir una causa primaria de dificultades lectoras. Suelen encontrarse deficiencias auditivas con más frecuencia entre los alumnos que fallan en lectura y ortografía que entre aquellos que desarrollan un trabajo normal o superior en estos campos, pero esta correlación, aunque relativamente constante, no alcanza los límites para ser considerada estadísticamente significativa. Esto quiere decir que, por sí sola la falta de agudeza auditiva no es suficiente para explicar la aparición de problemas de aprendizaje.

Reynolds y Bond (cit. en Brueckner, 1986), coinciden en declarar que el grado de correspondencia entre la pobreza auditiva y las deficiencias en el aprendizaje de la lectura depende fundamentalmente del método de instrucción utilizado.

Con referencia a lo anterior Paín (1983) indica que es adecuado atender la salud de los niños, en virtud de que la hipoacusia y la miopía suelen encontrarse tardíamente, pues se ha observado que el niño con pérdida sensorial, opta por aislarse o pedir lazarillos que le repitan lo que se dice, que le dejen copiar, etc.

Sin embargo Paín (1983) recalca que tales perturbaciones pueden tener como consecuencia problemas cognitivos más o menos graves, pero que no configuran por sí solos un problema de aprendizaje.

En general se puede decir que, la falta de energía física, la escasa coordinación motora y los defectos visuales y auditivos no determinan un aprendizaje deficiente, pero aumentan sus probabilidades. En el caso concreto de las anomalías sensoriales (visuales y auditivas), su efecto sobre el éxito escolar depende de la oportunidad de su corrección médica y de la adecuación de los métodos de enseñanza. (Brueckner, 1986).

Retraso en la maduración

Este factor propone que los trastornos de aprendizaje son la manifestación de un retraso generalizado en el desarrollo neuropsicológico, relacionado con un proceso lento de maduración. (Solloa, 2001).

Hasta aquí se han revisado las características físicas del sujeto como posibles causas coadyuvantes al desarrollo de las dificultades de aprendizaje. Y hemos visto que ninguno de estos factores internos determina necesariamente la aparición de estas dificultades, sino que su influencia se reduce a crear una predisposición en el niño.

FACTORES AMBIENTALES Y EDUCATIVOS

Ciertas condiciones externas al alumno (ambientales o educativas) contribuyen a obstaculizar el proceso del aprendizaje. Si bien el factor ambiental incide más sobre los problemas escolares que sobre los de aprendizaje propiamente dicho, esta variable pesa notablemente sobre la posibilidad del sujeto para compensar o descompensar el cuadro. (Paín, 1983).

Para Taylor (1985) (cit. en Wicks, 1997) las variables que se sabe influyen en el aprendizaje, pueden influir en el aprendizaje de los niños con discapacidades: posición socioeconómica, valores culturales, interacciones familiares, forma en la que se trata al niño características del niño como la motivación y el temperamento, y la correspondencia entre las expectativas que se tienen del niño y la capacidad del mismo.

Aunque la mayoría de las conceptualizaciones de los TA asigna un papel secundario a las causas ambientales, no todos los autores están de acuerdo con ello. En 1987 Coles (cit. en Wicks, 1997) sostenía que sólo un pequeño porcentaje de los niños a quienes se les había diagnosticado TA presentaban disfunciones neurológicas que podían interferir en el aprendizaje y el rendimiento escolar. Coles (1989) reconoció diferencias individuales en el funcionamiento biológico, no obstante, partió de la base de que las influencias sociales, culturales, políticas y económicas eran esenciales para el desarrollo o la prevención de los TA. Así, por ejemplo, cuando un niño no era capaz de aprender en la escuela, se intentaba encontrar la causa del fracaso examinando la interacción niño-profesor, así como mediante el análisis de factores más generales, tales como el modo en el que la estructura y las actitudes de la escuela podían estar causando dicho fracaso.

Por lo tanto, Coles (1989) (cit. en Wicks, 1997), propone que debe existir una mayor investigación de los factores ambientales, que pueden afectar al niño, al profesor y al colegio, ya que estos pueden influir en el desarrollo de los TA.

Influencia de factores externos en la aparición y desarrollo de dificultades en el aprendizaje

Para Brueckner (1986) los factores ambientales y educativos se encuentran en la raíz de la mayor parte de los problemas escolares que degeneran en casos serios de trastornos en el aprendizaje. Entre los factores más importantes de este tipo se encuentran los siguientes:

1. Condiciones desfavorables en el hogar

Brueckner (1986) declara que el papel del hogar es de suma importancia, ya que si los miembros del grupo familiar discuten fuertemente, son demasiado exigentes y rigurosos

o se muestran excesivamente protectores o inconsistentes en sus actos, es muy probable que el niño llegue a la edad escolar defectuosamente preparado para hacer frente a las exigencias de aprendizajes complejos como el de lectura, aritmética, ortografía y expresión escrita.

Por lo tanto, es imprescindible que los padres se preocupen del trabajo escolar de sus hijos y estimular a éstos para que lo lleven a cabo lo mejor posible, evitando al mismo tiempo ejercer una presión excesiva y la crítica negativa, especialmente en los casos en que el niño se halla ante dificultades para poder aprender. Así mismo en la escuela, lo que más necesita el niño es estimulación y evitar tener hacia él una actitud de reproche o hacer comparaciones con los demás compañeros de clase ya que esto puede agravar el problema. La cooperación con la escuela, es importante para superar estas dificultades. (Brueckner, 1986).

2. Condiciones desfavorables en la comunidad local

El niño que tiene la fortuna de vivir en una comunidad interesada en proporcionar a sus habitantes el más alto grado de instrucción, al alcance de sus posibilidades, se hallará en las mejores condiciones de progresar escolarmente; así para Brueckner (1986) la ayuda local a la educación se refleja en la calidad del rendimiento escolar. Cabe señalar que la responsabilidad del gobierno con respecto a la educación no se reduce a la ayuda económica a las escuelas, sino que es mucho más amplia, en virtud de que el establecimiento de lugares de recreo y esparcimiento, de alguna biblioteca y la medida en que otros recursos del pueblo se ponen a disposición de niños y adultos, influyen en el desenvolvimiento y nivel cultural de la comunidad.

Así mismo Paín (1983) señala que las posibilidades que brinda el medio social, constituyen un campo de aprendizaje, esto es, la cantidad, calidad y frecuencia de los estímulos como las características de la vivienda, del barrio, la escuela, la disponibilidad de tener acceso a lugares de esparcimiento y deporte, así como los diversos canales de cultura (periódicos, radio, televisión, etc). Repercuten en los problemas escolares que puedan tener los niños.

3. Inadaptación del programa a los intereses del niño

Brueckner (1986) señala que los intereses desempeñan un papel importante en el aprendizaje de las técnicas. Por ejemplo, un escolar puede resistirse a aprender ortografía si no reconoce la importancia de escribir correctamente; si no está interesado en escribir, rehuirá el esfuerzo que requiere el hacerlo bien. Esto es, si el escolar tropieza con dificultades en el aprendizaje de una materia, probablemente perderá el interés por ella; y si el interés no se mantiene adecuadamente, el niño rehusará en muchos casos la realización del esfuerzo requerido para el aprendizaje.

Lo mejor para el niño será colocarlo en situaciones de aprendizaje con sentido para él, de tal modo que sienta la necesidad de la adquisición de las técnicas y destrezas que se intenta inculcarle. De este modo quedan garantizados entrenamiento e interés, ambos requisitos para un aprendizaje eficaz. (Brueckner, 1986).

4. Métodos de instrucción defectuosos

La enseñanza ineficaz es posiblemente la causa más importante de las dificultades educativas, según Brueckner (1986). Los métodos y procedimientos usados en la enseñanza de materias complejas como (lectura, cálculo y escritura), deben ser bien definidos y de probada efectividad.

Con frecuencia las clases son numerosas, el material escolar es pobre y la ayuda técnica nula; influyendo a que los niños con frecuencia fallan en su aprendizaje, debido a que cuando la enseñanza por éstas razones resulta imperfecta, puede dar lugar a que muchos alumnos fracasen escolarmente. (Brueckner. 1986).

Otro punto importante al cual se refiere el autor, es que se refleje una secuencia al diseñar los programas, es decir, el orden seguido en la presentación del contenido puede decidir el éxito o el fracaso de los alumnos en el aprendizaje. Así mismo Wicks (1997) señala que los métodos de instrucción, pueden influir en si se producen o persisten los TA. Por consiguiente, el uso de métodos que aseguren la preparación del alumno para pasar de una a otra fase es una condición esencial para evitar obstáculos en el progreso instructivo.

Para Brueckner (1986) la inmediata corrección de las pequeñas anomalías constituyen el mejor procedimiento para prevenir las deficiencias en el aprendizaje.

5. Condiciones escolares desfavorables

Las clases demasiado numerosas, no permiten al profesor el estudio de cada uno de sus alumnos, y si además de tener clases sobrecargadas, la escuela no dispone de buenos métodos de apreciación del rendimiento ni del material escolar necesario, las probabilidades de fracaso escolar se multiplican. (Brueckner. 1986).

Una iluminación imperfecta, la falta o mal estado de los pizarrones, insuficiencia o inadecuación de los asientos, aulas demasiado reducidas, alrededores escolares deprimentes, etc., son factores que pueden interferir en el desenvolvimiento educativo normal de los niños. Sin embargo, es evidente que si el maestro sabe aprovechar al máximo todas las posibilidades, sea cual fuere la situación escolar, quedarán contrarrestados en gran parte los efectos negativos de estas condiciones desfavorables. Así la tarea del profesor consistirá en averiguar dónde radica la dificultad y qué medidas correctivas deben tomarse. (Brueckner, 1986).

Chiaradia en 1978, señala que el sistema educacional debe transformarse, comenzando por cambios que vayan concientizando y comprometiendo a los educadores en el cambio social. Esto beneficiará a todos los alumnos y docentes, y permitirá al niño altos niveles de integración, útiles para lograr creatividad y confianza en sus propias fuerzas en relación con las de su grupo escolar, en donde por ser un productor logrará capacitarse para la sociedad en la que vive y lo espera con roles y funciones específicos.

Después de haber tomado en cuenta las reflexiones de los factores etiológicos de los TA. Resulta conveniente revisar las características clínicas de los niños con TA, y sus interacciones familiares.

2.5 RELACIÓN ENTRE EL APRENDIZAJE Y EL GRADO DE ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL

Brueckner (1986) señala que se ha observado que un gran número de sujetos con problemas educativos padecen al mismo tiempo conflictos personales y sociales; y que es probable que los problemas emocionales de un niño repercutan negativamente sobre el aprendizaje; el autor indica que es razonable suponer que un alumno con dificultades en lectura, (actividad de la que depende considerablemente parte de su éxito escolar), desarrolle sentimientos de frustración e inseguridad que le impidan sostener su equilibrio emocional y obstaculizan su adaptación social.

Brueckner en 1986 señala que el número de casos en que ambos tipos de problemas inciden, varía según el grado de severidad de las deficiencias educativas; entre los escolares con dificultades de aprendizaje que requieren asistencia clínica, el porcentaje de conflicto de personalidad es muy alto. Cabe señalar que en la mayoría de los casos en que aparecen unidas las anomalías de aprendizaje y de personalidad, las primeras suelen ser de la gravedad suficiente para provocar desequilibrios emotivos y sociales.

A continuación se examinan dos aspectos del mismo:

1. Relaciones entre desequilibrio emocional e ineptitud educativa.
2. Inadaptación social y dificultades educativas.

Relaciones entre desequilibrio emocional e ineptitud educativa

Brueckner señala el reconocimiento de una alta correlación entre los trastornos emocionales y el aprendizaje escolar, especialmente sobre las relaciones entre las dificultades en el aprendizaje de la lectura y los trastornos afectivos. Sin embargo, la cuestión de cuál sea la causa y cuál el efecto sigue siendo objeto de controversia. Algunos clínicos sostienen que los conflictos emocionales originan las dificultades de aprendizaje, pero otros como Fernald (cit. en Brueckner, 1986) sustentan otro punto de vista, esta autora realizó un estudio de la historia escolar de setenta y ocho niños con serias deficiencias lectoras, y refiere que sólo cuatro de ellos mostraron síntomas de inestabilidad emocional con anterioridad a la aparición de las dificultades en lectura. En su opinión, los niños inician la vida escolar en condiciones emocionales satisfactorias y sólo después de sus fracasos educativos surgen los sentimientos de inseguridad y frustración. Sin embargo Robinson (cit. en Brueckner, 1986), después de realizar un

estudio sobre veintiocho casos llegó a la conclusión de que los trastornos afectivos pueden ser causa o efecto de ineptitudes educativas; en doce de los niños examinados resultó que dichos trastornos fueron la causa de sus fallos en lectura; y en un número de casos semejantes encontró la relación inversa; es decir la inestabilidad emocional fue originada por el fracaso escolar.

Para finalizar mencionamos el experimento de Sornson (cit. en Brueckner, 1986), en el cual comparó los datos recogidos de un test de personalidad, con el rendimiento lector, y encontró que los fracasos educativos producen efectos desfavorables sobre la vida emocional de los niños y les hacen perder la confianza en sí mismos. Podemos decir que las relaciones entre ineptitud para la lectura e inestabilidad emocional puede ser sintetizado en lo siguiente:

- Para Brueckner (1986) los trastornos emocionales de cierta gravedad pueden ser la causa, o al menos contribuir a la aparición de dificultades de aprendizaje.
- Los fracasos escolares, especialmente en las materias fundamentales constituyen un serio contratiempo para los niños y provocan en ellos frecuentemente desequilibrios emocionales.
- Los fallos en lectura, por su repercusión en el resto del aprendizaje, suelen ser la causa de la mayor parte de los problemas emocionales de origen escolar.

El conocimiento de las **formas de reacción emocional con las que los niños tratan de hacer frente a sus dificultades de aprendizaje**, resulta de sumo interés. A continuación mencionaremos algunas de estas formas señaladas por Gates y Bond (cit. en Brueckner, 1986), en su estudio sobre las deficiencias en lectura:

1. Tensión nerviosa; tartamudeo, morderse las uñas, inquietud e insomnio.
2. Demostraciones de osadía y atrevimiento, actitud de desafío, dureza y mal humor.
3. Reacciones de retraimiento y el unirse a "pandillas" fuera de la escuela.
4. Excesivas travesuras en la escuela, imitaciones burlescas e hirientes, robos, destrucciones y crueldad.

Para Gates y Bond (cit. en Brueckner, 1986), en la mayor parte de los casos, los fracasos en lectura son la fuente de los disturbios emocionales, y por tanto el mejor modo de superar estas dificultades consiste en eliminar la causa que las produce, es decir, corregir las deficiencias del aprendizaje lector. En consecuencia, la solución escolar de este problema apunta a ir directamente a los obstáculos que interfieren el desarrollo educativo del niño, por ejemplo hay que ensalzar sus éxitos parciales, adaptar y dosificar la tarea escolar de tal modo que el alumno se pueda enfrentar a ella con confianza, aceptar al niño y a sus dificultades, demostrándole interés y reconociendo su valor personal.

La inadaptación social y las dificultades educativas.

Frecuentemente los niños con problemas de aprendizaje muestran una pobre adaptación social. Este fenómeno puede atribuirse a las desfavorables reacciones emocionales del niño, o bien ser el resultado de verse rechazado por otros miembros de la clase. Por ejemplo, la práctica educativa de separar a los alumnos dentro de la clase de acuerdo con su rendimiento, tiende a acentuar las dificultades de adaptación social. Referente a esto, a lo que el maestro puede recurrir es a organizar la clase de tal modo que todos los alumnos, independientemente de su capacidad para la lectura o la aritmética, puedan trabajar en tareas comunes y así se podrían facilitar las relaciones sociales entre los niños que son separados por sus diferentes niveles de aprendizaje. (Brueckner, 1986).

Como lo declara Chiaradia (1978) "que la escuela se reconceptualice como centro educacional, no como lugar de marginación de niños vergüenzas hacinados en grupos no homogeneizados y con inadecuado criterio evaluador".

2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

En (2001) Solloa, indica que los niños con problemas de aprendizaje, en su mayoría presentan una baja autoestima, debido a que continuamente se enfrentan a frustraciones y fracasos asociados a sus dificultades académicas y sociales.

La autora, también distingue que frecuentemente otros niños presentan poca tolerancia a la frustración, dificultad para posponer la gratificación y para modular sus expresiones afectivas; cuando las cosas no les salen bien o como ellos esperan, suelen darse fácilmente por vencidos, y además hacen berrinches y rabietas que los angustian y desorganizan aún más. El no tener una capacidad de demora adecuada interfiere de manera importante en su aprendizaje, ya que no intentan alternativas para resolver problemas, de manera que los niños con (TA) se quedan con la sensación de que "no pueden" y de que son incompetentes.

Así mismo se han observado rasgos demandantes y dependientes que suelen ser reforzados por los padres, tendiendo a sobreproteger al niño, por ejemplo les hacen sus tareas, o bien colocan en el exterior la causa de sus dificultades. Finalmente, Solloa (2001) señala que el mensaje enviado en la sobreprotección es que los demás le tienen que ayudar porque "no puede hacer las cosas por el mismo", lo que repercutirá negativamente en el concepto que tiene el niño de sí mismo.

Del mismo modo, Heavey et al. (1989) (cit. en Wicks, 1997) en un estudio, realizado con los profesores, encontró que éstos, relacionan los TA con una serie de aspectos problemáticos en el niño, entre los que se encuentran problemas personales y de conducta, ansiedad, inmadurez, comportamiento perturbador e hiperactividad.

Los niños con problemas de aprendizaje tienden a utilizar mecanismos defensivos como la negación, por ejemplo minimizando sus dificultades académicas; y la escisión ya que los niños con frecuencia se comportan ausentes cuando una situación les resulta angustiante o displacentera, es por esto que los maestros y los padres se quejan de que el niño no pone atención, de que no le interesa o de que "está en la luna". Y es aquí, cuando se agrava la situación, pues el niño con problemas de aprendizaje se sentirá inseguro, enojado, y finalmente deprimido, al no poder aprender y ser exitoso como sus compañeros. (Solloa, 2001).

También Solloa (2001), distingue que con frecuencia, los niños con problemas de aprendizaje se sienten tan angustiados y desesperanzados que tienden a darse por vencidos antes de experimentar un nuevo fracaso. La angustia y desesperanza que paralizan al niño, muchas veces es interpretada por los padres y maestros como flojera o rebeldía; esto a su vez, deteriora la relación del niño con las personas que son significativas para él. Puede aparecer entonces ansiedad adicional relacionada con el

temor de perder el cariño de los padres por no cumplir las expectativas, que se tienen de él.

Así mismo la autora, señala que los niños con problemas de aprendizaje, cotidianamente se muestran incapaces de hacer las tareas que sus compañeros realizan sin esfuerzo aparente. Enfrentándose a constantes fracasos, por lo que no alcanzan el nivel de competencia esperado en la escuela; con cada fracaso, aumenta su falta de seguridad en las aptitudes propias, llevándolos a una sensación progresiva de desesperanza e impotencia, repercutiendo negativamente en su autoestima, en virtud de que la discrepancia entre las expectativas y la ejecución es grande.

Craig (1997) señala que los compañeros tienden a rechazar al niño que fracasa, por lo que quienes padecen estos problemas suelen también tener dificultades en sus habilidades sociales, y tal vez se aislen cada vez más de sus pares y aun de su familia. Menciona que algunos se vuelven tímidos y opacados, y otros más tienen arranques impulsivos y de ira; consecuentemente esto afectará la seguridad académica, la cual es crucial para la autoestima del escolar.

Según Ross (1997) (cit. en Craig, 1997) los niños con problemas de aprendizaje difícilmente logran consolidar el sentimiento de capacidad y/o el de valía personal, por lo que quizá se vuelvan tímidos y retraídos o se desquiten en la sociedad con conductas delictivas.

El modelo cognitivo conductual, supone que los niños con TA, son o tienen las siguientes características de comportamiento: son pasivos, son impulsivos muestran deficiencias en la producción, en la comprensión, baja motivación y afecto negativo hacia las tareas, presentan deficiencias en la habilidad para resolver problemas y no mantienen un ritmo de trabajo constante.

2.7 FUNCIONAMIENTO SOCIO-EMOCIONAL

La investigación de las variables sociales y motivacionales en los TA es también importante. En un estudio realizado en 1986 por Pearl y otros investigadores (cit. en Wicks, 1997), encontraron que los niños con problemas de aprendizaje a menudo

tenían menos aceptación que los iguales que no mostraban discapacidades, y que se les rechazaba y excluía con más frecuencia.

Gresham y Elliot (1989) (cit. en Wicks, 1997) señalan que los compañeros, profesores y padres tienen actitudes negativas al menos hacia una parte de los niños con TA, tendiendo a rechazarlos. En lo que coincide Priel y Leshem (1990) (cit. en Solloa, 2001) que señala que muchos de estos niños tienen deficiencias en sus habilidades sociales, además de presentar conductas perturbadas y de obsesividad. Respecto a esto Priel y Leshem (1990) hallaron que el aislamiento y las dificultades sociales son problemas que se presentan después de los primeros grados de enseñanza.

Por su parte, Heavey en 1989 (cit. en Wicks, 1997), también ha observado actitudes similares en los profesores, quienes relacionan los TA con toda una serie de aspectos problemáticos en el niño, entre los que se encuentran problemas personales y de conducta, ansiedad, inmadurez, comportamiento perturbador e hiperactividad. Por último, encontró que los padres además señalaban la existencia de ansiedad y de déficit en el control de los impulsos.

Aunque las investigaciones anteriormente descritas indican que los niños con trastornos del aprendizaje son menos competentes socialmente que sus iguales que no manifiestan estos trastornos, no hay ninguna hipótesis que explique satisfactoriamente el déficit en habilidades sociales que se relacionan con los TA. Por lo tanto es importante recalcar que no todos los niños manifiestan déficit sociales. (Gresham y Elliot, 1989; cit. en Wicks, 1997).

Para Solloa (2001) en la investigación hecha en relación con el autoconcepto en niños con TA no hay duda de que estos niños tienen una autoimagen empobrecida, además de poseer menos recursos emocionales y cognitivos para hacer frente al fracaso.

En los niños con TA, se ha encontrado que son menos aceptados y más rechazados que los niños que tienen un rendimiento adecuado y esto se ha relacionado con el autoconcepto negativo que tienen de sí mismos, que interfiere desfavorablemente en su interacción social. Por su parte Licht (1984) (cit. en Solloa, 2001), señala que los reiterados fracasos de los niños con problemas de aprendizaje están relacionados con la creencia en su falta de capacidad.

Huntington y Bender (1993) (cit. en Solloa, 2001) investigaron sobre el ajuste emocional de estos niños y encontraron que las deficiencias en el autoconcepto afectan negativamente el rendimiento escolar y las relaciones socio-emocionales llegando a provocar depresión o trastornos de ansiedad que se agravan en años posteriores. En este sentido, La Greca y Stone (1992) (cit. en Solloa, 2001) hallaron diferencias de género en la forma en que se manifiestan los síntomas; las niñas tienden a presentar más sentimientos de devaluación, aislamiento y ansiedad mientras que los varones muestran más problemas como oposicionismo y agresión.

Motivación

Para Wicks (1997) los niños con TA, tienden a dudar de sus capacidades intelectuales debido a su fracaso escolar; creen que cualquier esfuerzo que hagan para tener éxito será vano. Esto tiene como resultado que en seguida se sienten frustrados y se rinden con facilidad ante la dificultad. Y al experimentar más fracasos, se refuerza su creencia de la falta de capacidad. Así, ya en este estado, cualquier logro que consigan se lo atribuyen a la suerte, a la facilidad de la tarea, a la ayuda proporcionada por un profesor o a cualquier otra fuente externa a él; de este modo, el éxito proporciona poca satisfacción, y es poco probable que estimule la confianza.

Por lo tanto los niños con TA suelen creer que sus esfuerzos no servirán para mejorar la situación, y que la situación está controlada por variables externas. Los niños con TA pueden entrar en un ciclo motivacional negativo, en el que podría incluirse el fracaso escolar, la percepción de una falta de capacidad, la atribución del éxito a factores externos y el abandono. Y así entrar en un círculo de fracaso escolar y baja motivación. Sin embargo se han observado diferencias individuales en respuesta al fracaso, habiéndose hallado que algunos niños se adaptan mejor que otros. (Wicks, 1997).

Licht y Kistnar (1986) (cit. en Wicks, 1997) señalan que el factor grado de fracaso que se experimenta desempeña un papel importante a la hora de crear estas diferencias, es decir un fracaso menor se relaciona con una mayor motivación adaptativa.

La retroalimentación de los profesores también puede influir en la forma en la que el niño se percibe a sí mismo. Aunque la retroalimentación del profesor puede ser muy

crítica, los profesores también pueden tratar de alentar a los alumnos que tienen un bajo rendimiento, haciéndoles menos críticas y elogiándoles más.

Por otro lado para Morvitz y Motta (1992) (cit. en Wicks, 1997) los padres desempeñan un papel importante para determinar la motivación y la percepción que el niño tiene de sí mismo. Estos autores señalan que existe una relación entre la autoestima del niño y la creencia de que sus padres le aceptan y le quieren. Por lo tanto, los padres y los profesores están en posición de fortalecer la confianza del niño, para que se establezca una confianza en el niño, en lugar de negar los problemas de sus hijos o agredirlos por dichos problemas. Cabe señalar que Pearl en 1986 (cit. en Wicks, 1997) distingue que hay padres que atribuyen el éxito de sus hijos a la suerte y los fracasos a su falta de capacidad.

Papel de la familia frente a los trastornos de aprendizaje

Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello, 2000) señala que existe consenso respecto a que la interacción del niño con sus padres influye en su desarrollo cognoscitivo, afectivo y social, y con el aprendizaje escolar. Y el conocimiento de los patrones de interacción intrafamiliares y de la relación familia-escuela es importante, ya que pueden incidir positiva o negativamente en la evolución del problema. Para Meneghello (2000) es de interés que se evalúe la participación de cada uno de los miembros de la familia, en cuanto a la toma de conciencia del problema y los intentos de solución frente a él.

Para Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello, 2000) existe evidencia de que la forma en la que la familia se comporta ante las dificultades escolares de sus hijos puede ayudar para que éstos se recuperen o, sin proponérselo, aumenten sus problemas.

Interacciones Familiares

Existen estudios que señalan las diferencias en las interacciones entre padres e hijos, según éstos tengan o no dificultades de aprendizaje. Las familias con niños que presentan dificultades de aprendizaje deben encarar diversas "crisis", que van desde el shock inicial que significan el diagnóstico, a la crisis de valores que ello implica (el niño con dificultades de aprendizaje puede resultar "inaceptable" para la jerarquía de valores

de los padres) y luego la crisis de la realidad diaria en el manejo del niño. Se ha visto que la forma de resolver esta crisis por parte de la familia, tiene consecuencias significativas para ésta y el niño. (Meneghello, 2000).

Esto puede llevar a la familia a adoptar formas disfuncionales en las que ambos padres sabotean sus esfuerzos por ayudar a su hijo, aumentando los niveles de ansiedad entre los padres y del niño, lo que exacerba el problema de aprendizaje. (Solloa, 2001).

Meneghello (2000) hace hincapié en que la adecuada percepción y aceptación de los niños con TA son determinantes para el éxito de cualquier plan de apoyo. Esta adecuada aceptación pasa a nivel familiar, dada por límites claros entre los subsistemas familiares, con un apoyo recíproco entre los padres, por la aceptación del TA en el niño, expresado por un reconocimiento de sus dificultades, y desarrollando y valorizando en él niño otras habilidades.

Muchas veces, a los hermanos no se les clarifica lo que está pasando, lo que aumenta la confusión y la tensión familiar. (Solloa, 2001).

Hay investigaciones que señalan que la estructura de las familias de niños con TA, es distinta a aquella de las familias que no tienen niños con dicho trastorno. En las primeras, se ha visto que el equilibrio en el interior de la pareja es menor (tienen menos tiempo para ellos mismos), y en el equilibrio de la función parental (uno de ellos tiene mayor responsabilidad frente a la situación de dificultad en el aprendizaje del niño). (Meneghello, 2000).

Meneghello (2000) sostiene que, en familias con hijos con TA, uno de los progenitores tiene un conflicto no resuelto con respecto a sus propios logros académicos, lo que lo lleva a no involucrarse en el rendimiento escolar de sus hijos, o hacerlo en forma desmedida.

En investigaciones que incluyen un análisis de la dinámica familiar se ha encontrado que las mamás de los niños con problemas de aprendizaje son madres sobreinvolucradas, y reconocen que su hijo tiene dificultades en el aprendizaje; los padres, por su parte, se encuentran menos involucrados y no reconocen que su hijo tiene un problema. (Solloa, 2001).

Respecto de la capacidad para tomar decisiones, estas familias necesitan más tiempo para hacerlo, lo que limita la posibilidad de resolver los problemas en forma oportuna. Los estudios donde se evalúa el tipo de comunicación que se da en el interior de las familias de niños con dificultades de aprendizaje: se encontró evidencia de componentes relativos a una comunicación denominada "desviada" (órdenes contradictorias, descripciones vagas, saltos de una idea a otra, mensajes ambiguos). Por lo tanto los niños con TA al no haber aprendido en el interior de su familia a orientarse y mantenerse focalizados en una tarea, tienen aun menos posibilidades de hacerlo en la escuela. (Meneghello. 2000).

Finalmente Solloa (2001) señala que los padres de un niño con problemas de aprendizaje tienen que elaborar la pérdida de aspiraciones y deseos respecto a su hijo. Este es un proceso que puede provocar que los padres rechacen, o sobreprotejan al niño negando así su enojo y/o culpa.

2.8 CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO

Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta. Los adultos con (TA) pueden sufrir dificultades significativas ya sea en el empleo, o en su adaptación social. (DSM-IV) (2001). Así mismo Kershner (1990) y Patton (1992) (cit. en Solloa, 2001), distinguen que los (TA) son un problema que tiene repercusiones a lo largo de la vida

En términos generales, los TA dificultan el progreso escolar por lo tanto existe el riesgo de abandono escolar prematuro, sobre todo en el caso de aquellos individuos menos favorecidos socialmente. (Wicks, 1997).

Por otro lado, una cuestión discutida es si existe una relación entre los TA y un comportamiento antisocial posterior. No existen muchas pruebas que demuestren la existencia de tal relación. En 1989 Brier (cit. en Wicks, 1997), propuso que el riesgo de que un niño con TA se convierta en un delincuente juvenil aumenta a medida que se incrementa la presencia de diferentes factores, (como las conductas agresivas, un CI relativamente bajo, problemas sociales, problemas del lenguaje y frustración con respecto a su rendimiento escolar), y el grado en el que están presentes. Sin embargo es necesario realizar más investigaciones para poder comprobarlo.

La mayoría de los niños con discapacidades lingüísticas también corren el riesgo de tener problemas sociales más adelante. Estudios realizados indican que los problemas de lectura tienden a mantenerse durante los años escolares, llegando hasta la adolescencia y la edad adulta. Para Silver (1989) (cit. en Wicks, 1997) la incapacidad para leer es predominante entre los niños con trastornos de aprendizaje, y parece que al menos en algunos casos estos trastornos se vuelven crónicos.

Para Scagliotti (2000) (cit. en Meneghello) los niños que han recibido una atención oportuna y adecuada, tienen un **pronóstico** social y afectivamente mejor que aquellos niños en los cuales nunca, o tardíamente se ha asumido el problema.

2.9 TRATAMIENTO

El origen de los trastornos de aprendizaje es multideterminado por lo que en el tratamiento se deben abordar los factores pedagógicos, cognitivos, emocionales y los familiares. Es importante que la detección y el tratamiento se realicen pronto, porque existen niños que no reciben asistencia profesional por problemas de aprendizaje hasta que no han sufrido varios años de fracaso escolar. (Wicks, 1997).

Para Brueckner (1986) es importante que la escuela deba asumir la responsabilidad de corregir oportunamente las anomalías de aprendizaje de sus alumnos como medida para prevenir las dificultades emocionales, sociales y de conducta que se puedan suscitar.

La escuela, o más concretamente el maestro tiene una triple responsabilidad en relación con los alumnos deficientes físicos y sensoriales: 1) Detectar las irregularidades; 2) procurar a estos niños las mejores condiciones para el aprendizaje, y 3) adaptar los métodos de enseñanza a las limitaciones con el fin de atenuar sus efectos sobre la actividad escolar. (Brueckner, 1986).

Chiaradia (1978) y Solloa (2001) convergen en que en los niños con TA, deben aprovechar las aptitudes que tienen, evitando pensar en las que le faltan. El punto de partida en cada niño está dado por las funciones superiores que posee, no se puede comenzar por lo que carece. Por lo tanto es importante detectar y focalizar los recursos

cognitivos y emocionales del niño, ya que estos serán las herramientas más valiosas para el tratamiento.

Tratamientos médicos

De acuerdo a Taylor (1989) (cit. en Wicks, 1997) la atención médica del niño debe tenerse en cuenta cuando existen antecedentes de disfunciones o lesiones neurológicas.

Wicks (1997) señala que los tratamientos médicos pueden resultar adecuados, cuando existe un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los fármacos estimulantes pueden tomarse en consideración y resultar útiles, ya que estos pueden reducir los problemas de falta de atención, impulsividad, conductas negativistas y desafiantes, y además pueden mejorar la productividad en el aula y el rendimiento escolar a corto plazo.

Sin embargo para Gadow y Pomeroy en 1991 (cit. en Wicks, 1997), las pruebas de rendimiento no reflejan una mejora permanente con este tratamiento. Por otro lado, siguen preocupando los efectos secundarios adversos de los estimulantes. Hay otros tratamientos biológicos como el uso de antihistamínicos y dietas que incluyen una gran cantidad de vitaminas, así como de minerales específicos tales como el cobre y el cinc. Con respecto a los cuales los investigadores y los clínicos se muestran más escépticos, ya que hay pocas pruebas, o ninguna de que estos tratamientos sean eficaces.

Distintos enfoques del tratamiento psicopedagógico

Entre los enfoques actuales pueden diferenciarse cuatro modelos, estos son: la instrucción directa, el modelo conductual, el cognitivo y cognitivo-conductual. Los cuales coinciden en identificar las deficiencias específicas del niño e implementar métodos de enseñanza para desarrollar habilidades y estrategias a través de sus áreas fuertes.

Modelo de instrucción directa

Este método localiza los problemas escolares y trabajan con ellos. Es decir, si el niño tiene una discapacidad de lectura, los ejercicios y prácticas que se proporcionaran serán con letras, palabras y otros materiales de lectura. (Hammill, 1993). (cit. en Wicks, 1997).

El modelo de instrucción directa interviene a través de la planeación y estructuración sistemática de los contenidos y de la forma en que estos serán enseñados. En una clase, el maestro guía el aprendizaje en pequeños grupos de estudiantes haciendo preguntas que tienen respuestas específicas; los estudiantes contestan y dependiendo de su respuesta los maestros refuerzan o corrigen. (Solloa, 2001).

Modelo conductual

Tiene como objetivo detectar el déficit en las habilidades escolares y sociales, para modificarlos a través de contingencias, retroalimentación y el modelado. También se aplica el reforzamiento, incluyendo el empleo de elogios verbales, puntos y la realización de actividades que sean apetecibles durante el tiempo libre. Los métodos conductuales a menudo se combinan con la instrucción directa y con los modelos cognitivos. (Wicks, 1997).

La premisa básica del modelo conductual, es que la conducta está en función de sus consecuencias. Por lo tanto, la modificación conductual en las dificultades del aprendizaje tiene como objetivo identificar los estímulos que preceden una respuesta de tipo académico, analizar los eventos contingentes en el ambiente y las aproximaciones de respuesta que presenta el alumno. Generalmente inicia con la programación de un cambio sistemático en los eventos consecuentes para el desempeño deseado. (Solloa, G. 2001). En general el método conductual fortalecerá las habilidades escolares.

Modelo cognitivo

Hace énfasis en corregir la metacognición y las funciones ejecutivas de procesamiento de la información. Es decir, a los alumnos se les enseña a comprender mejor sus

propios procesos cognitivos y a regular la actividad cognitiva. (Palincsar y Brown, 1986; cit. en Wicks, 1997). Se les anima a que solucionen problemas de modo activo. La instrucción destaca el conocimiento de las exigencias de las tareas, utilizando estrategias adecuadas, supervisando la eficacia de las estas y cambiando de estrategia cuando sea necesario. Este enfoque se ha aplicado en la comprensión lectora, matemáticas, expresión escrita, habilidades memorísticas y habilidades de estudio.

El modelo cognitivo, analiza cómo el niño utiliza sus procesos “ejecutivos” o metacognitivos” para integrar la información nueva a los conceptos aprendidos y almacenados con anterioridad. (Solloa, 2001).

Por lo que el énfasis en esta forma de tratamiento está en:

1. El significado del aprendizaje para el estudiante.
2. Relacionar las actividades instruccionales a las experiencias previas del niño.
3. Involucrar activamente al estudiante en el aprendizaje y en la planeación del mismo.
4. Enfatizar la utilización de la memoria a largo plazo en lugar de la memoria inmediata.

Modelo cognitivo conductual

Las investigaciones han comprobado que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo en niños con problemas de aprendizaje. Wong y colaboradores (1991) (cit. en Solloa, 2001) proponen un tratamiento donde se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

1. La necesidad de tener una perspectiva que combine intervenciones a nivel afectivo, conductual y cognitivo, dentro de los parámetros de desarrollo y socioculturales del niño.
2. Los niños deben ser participantes activos y colaboradores en el proceso de aprendizaje.

Para la instrucción de estrategias efectivas se deben considerar dos componentes:

1. El conocimiento acerca del uso y significado de estas estrategias (información meta estratégica).
2. La autorregulación de la ejecución.

Para lograr que se utilicen las estrategias en forma efectiva, se necesita un reentrenamiento en los estudiantes para promover el uso adecuado de dichas estrategias. Para algunos niños con problemas de aprendizaje, basta con procedimientos simples, como autoinstrucciones, pero para problemas severos se requerirá utilizar métodos más complejos que incluyan la combinación de autoinstrucciones, diseño de estrategia y autocontrol. (Solloa, 2001).

Terapia para la Familia

Meneghello (2000) distingue la necesidad de planificar intervenciones que faciliten las relaciones padres –hijos, promoviendo:

- El incremento de interacciones positivas, ya que suelen centrar la dinámica de sus relaciones en el terreno de los problemas escolares, con la consiguiente frustración para padres e hijos;
- El mejoramiento de las habilidades de los padres para resolver dificultades relacionadas con la conducta de sus hijos y el manejo de normas de disciplina, así como formas de comunicación que les sean efectivas;
- Un mejor conocimiento de etapas del desarrollo de los niños, tanto emocional, como social, cognitivo y académico.

Para finalizar, debe haber una relación de colaboración entre la escuela, la familia y los especialistas, que faciliten entre ellos la posibilidad de aclarar diferencias, precisar el por qué de algunas acciones, para lograr objetivos comunes a favor del niño con TA de aprendizaje. (Meneghello, 2000).

Para Solloa (2001) asesorar a la familia, es importante, en virtud de que ésta se enfrenta al estrés adicional de tener un niño con TA, debido a que tienen que elaborar la pérdida del niño “normal y brillante” que esperaban, en el marco de un ambiente

familiar aceptante y estructurado. La terapia familiar fomenta cercanía emocional, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y promueve la independencia del niño.

Dentro de lo que es la orientación familiar, se han utilizado diferentes aproximaciones; técnicas conductuales en las que se involucra a los padres como coterapeutas, técnicas de modelamiento, o la terapia familiar de orientación sistemática, que es el tratamiento preferente cuando el nivel de conflicto en la familia es muy alto, este modelo busca la manera en que todos compartan la responsabilidad por la desventaja del niño. (Solloa, 2001).

Tratamiento Emocional

Solloa (2001) indica que las observaciones reportadas por los clínicos que trabajan con niños y adolescentes con TA, señalan que la terapia psicopedagógica no funciona si no se abordan también los problemas socioemocionales. Para Chiaradia (1978) la psicoterapia, es fundamental pues logra una mayor seguridad y comunicación para estos niños, propone que exista una permanente relación entre la pedagogía y la psicoterapia, de forma que el docente, mantenga informados a los padres y terapeuta acerca de las observaciones realizadas en el aula.

Por su parte Wicks (1997) señala que es indispensable intervenir dentro del área afectiva, para lograr que el niño comprenda o clarifique la naturaleza de sus dificultades, genere estrategias con el fin de afrontarlas, y desarrolle un concepto de sí mismo positivo y realista en cuanto al esfuerzo adicional que requerirá para superar su trastorno.

Así mismo Guerney (1983) (cit. en Solloa, 2001) señala que la terapia de juego resulta apropiada para los niños con TA, ya que sus objetivos son el dotar al niño con una nueva experiencia de crecimiento ante la presencia de un adulto que ofrece apoyo, así el terapeuta ayuda al niño a reconocer y expresar sus sentimientos de manera apropiada. De esta manera el niño puede descubrir sus fuerzas internas y se le brinda la oportunidad de practicar conductas y de experimentar éxitos. Este tipo de experiencias ayuda al desarrollo cognitivo; y con ello mejora la relación con sus padres, maestros, y compañeros, favoreciendo así el autoconcepto y la autoestima del niño.

CAPÍTULO III.

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y SU VALORACIÓN CON PRUEBAS PROYECTIVAS

3.1 ANTECEDENTES

Hace 40 años, muchos médicos dudaban de la existencia de los trastornos depresivos significativos en niños, en primer lugar porque ellos creían que los niños carecían de madurez psicológica y estructura cognitiva necesaria para experimentar esos problemas. Sin embargo un incremento en el número de evidencias confirmó que niños y adolescentes no solamente experimentan todo el espectro de depresión y poseen disposición a estos trastornos, sino que también padecen una significativa morbilidad y mortalidad asociadas a ellos. Así mismo Son y Kirchner (2000) señalan que el suicidio se está incrementando en la salud pública, afectando a sucesivas generaciones que muestran paralelamente un incremento de suicidio y depresión en el grupo de edad pediátrica. En México el Hospital Psiquiátrico Infantil, estima que entre 5 y 10% de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas. (Solloa, 2001).

3.2 CONCEPTO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

La depresión entre niños y adolescentes es común, pero frecuentemente difícil de reconocer. Son y Kirchner (2000) distinguen que el espectro clínico del trastorno puede fluctuar desde una simple tristeza hasta un periodo depresivo mayor ó un trastorno bipolar. La evaluación debe incluir un completo reconocimiento médico, para descartar causas médicas. Además debido a que el riesgo de fracaso escolar y el suicidio son altos en la depresión de niños y adolescentes, es muy necesario el pronto envío o la estrecha colaboración con los profesionales de la salud mental. Por lo tanto se puede decir que resulta importante la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la depresión en niños.

Son y Kirchner (2000) proponen como factores de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo; una historia familiar de Depresión, episodios depresivos previos, conflictos familiares y pobre desempeño académico.

En referencia a éstos factores de riesgo, Weissman, Sommer, Bloink y Marneros (1984) realizaron una investigación sobre los trastornos de depresión y ansiedad en padres y niños (133 niños de 6 a 17 años), los cuales presentaron depresión mayor, y se compararon con un grupo control. Se estudió la relación entre adultos con depresión, y su transmisión entre generaciones, hallando que si ambos padres deprimidos sufrieron trastornos de depresión y trastornos de pánico, los niños tendrían mayor riesgo de recibir tratamiento psiquiátrico. Los trastornos de Ansiedad y Depresión fueron más frecuentes en niños de padres quienes ambos tuvieron estos trastornos. Los trastornos de Ansiedad fueron más frecuentes en niños de padres deprimidos con trastornos de pánico. Estos resultados apuntan a que la depresión puede llegar a transmitirse por generaciones.

Weissman, et al. (1984) distinguen que las características de los padres que incrementan significativamente el riesgo de una Depresión Mayor en niños son: Depresiones recurrentes, familia con altos niveles de Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, e historias clínicas de enuresis en la infancia.

La expresión clínica de los trastornos depresivos de la niñez varía por edad. Los infantes y preescolares no tienen la habilidad para expresar sentimientos y tristezas en palabras, por lo tanto, los síntomas depresivos deben de inferirse o deducirse de otras conductas, incluyendo la apatía, alejamiento de sus cuidadores, retraso o regresión en el desarrollo del control de esfínteres, y fracasos para prosperar que no tienen causa orgánica. (Son y Kirchner, 2000).

Los niños en edad escolar son cognitivamente capaces de internalizar los estresores del medio ambiente (conflictos familiares, críticas, fracasos académicos) y manifestar baja autoestima así como culpa excesiva. Sin embargo mucho de esta confusión interior se expresa a través de enfermedades somáticas (dolor de cabeza, estómago), ansiedad (fobia escolar, excesiva ansiedad de separación) e irritabilidad (berrinches temperamentales, y otros problemas conductuales). En virtud de que estos niños están en la escuela, sus maestros podrían servir como una valiosa fuente de información y deberían y deberían ser incluidos en el proceso de evaluación si es posible. Es

importante hacer notar que algunos niños deprimidos tratan de compensar su baja autoestima intentando agradar a otros y ser aceptados. Así en este esfuerzo ellos podrían sobresalir académicamente y portándose bien su depresión podría pasar inadvertida. (Son y Kirchner, 2000).

Son y Kirchner (2000) señalan que existen muchas similitudes entre niños de edad escolar y adolescentes en términos de síntomas clínicos del trastorno depresivo mayor, estos incluyen la frecuencia y severidad de muchos síntomas como son la disposición a la depresión, culpa, enojo, irritabilidad, ideación suicida, intentos de suicidio, y baja autoestima. De hecho muchos de estos criterios son usados para diagnosticar la depresión en adultos. Estos autores indican que la depresión en niños, puede abarcar un espectro de síntomas en el rango de respuestas normales de tristeza y desilusión a eventos estresantes de la vida, hasta severos deterioros causados por depresiones clínicas que pueden incluir o no evidencias de manía. Sin embargo Uriarte (1997) distingue que aunque el cuadro clínico de la depresión en los niños tiene manifestaciones similares a la depresión del adulto, son más frecuentes las somatizaciones, la agitación psicomotora, el bajo rendimiento escolar, la angustia de separación, la evitación y las fobias. Y además según el DSM-IV (2001) la prevalencia de depresión, en la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción.

Para Bruno (1992) la depresión es un estado emocional negativo, caracterizado por tristeza, baja autoestima y una pérdida del interés en la vida diaria. Señala que aunque a la gente le gusta pensar en la niñez como un periodo dorado de la vida, es ampliamente reconocido por psiquiatras, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental que los niños y adolescentes pueden sufrir depresión. Si bien algunos detalles específicos pueden variar, como un problema emocional y psicológico, no existe diferencia conceptual entre depresión en niñez, adolescencia y edad adulta.

Para este autor, la depresión juega un papel en numerosos trastornos mentales particularmente en los trastornos del humor, (ejemplo: trastorno bipolar) y trastornos de la alimentación (ejemplo: Anorexia nerviosa). Junto con la ansiedad, la depresión es una de las quejas más frecuentemente escuchadas por los terapeutas. Un listado de algunos de los síntomas frecuentes de la depresión en los niños incluye: baja imagen de sí mismo, llanto, inhabilidad para reír, pesimismo, pensamientos e impulsos suicidas,

alejarse de los demás y fatiga. Con los adolescentes, es posible agregar la pérdida de interés en la actividad sexual.

Un primer procedimiento para clasificar a la depresión, es clasificarla como **endógena** o bien como **exógena**. La depresión endógena es la depresión que surge desde adentro, ésta no tiene causas externas conocidas en la actividad del sujeto; este tipo de depresión puede ser de naturaleza biológica (genética o bioquímica). También puede deberse a factores psicológicos con raíces en experiencias negativas en la infancia y temprana niñez (eje. descuido del infante, o abuso del niño). (Bruno, 1992).

La depresión exógena es una depresión que surge desde fuera, es llamada algunas veces depresión reactiva. Actualmente se conocen las causas externas, tales como un bajo desempeño escolar, una inhabilidad para hacer amigos, la carencia de un talento, pobre desempeño para la habilidad deportiva, o la muerte de uno de los padres o hermano (en éste caso si ésta es moderada dentro de esa pena, se considera normal).

Una segunda manera para clasificar la depresión es como **neurótica** o **psicótica**. En la depresión neurótica, el niño se mantiene en contacto con su realidad, manteniéndose una percepción estable del tiempo, espacio y del mundo externo. Cabe señalar que la depresión neurótica puede ser severa y puede en algunos casos conducir al suicidio. En la depresión psicótica el niño tiene deteriorado el contacto con la realidad, existe una gran confusión mental y probablemente existan delirios; esta depresión puede ser asociada con un severo trastorno del desarrollo. (Bruno, 1992).

Una tercera forma de clasificar la depresión es en términos de severidad. El rango va desde **leve a moderado** y a **severo**. En la depresión leve, el niño o adolescente, puede quejarse de que muchas actividades ya no son divertidas y que él o ella necesita suerte ó descanso y cosas así. Aunque la depresión es irritante, el individuo es capaz de seguir funcionando y realizando tareas escolares sin mucha dificultad.

En la depresión moderada la persona puede sentir que un gusto, como mirar televisión, leer, o tener un hobby, llega a ser aburrido. Hay carencia de interés en otra gente, estar aliñado y limpio llega a ser poco importante, y existen quizás fantasías de suicidio. El niño o adolescente puede usualmente actuar en conformidad a sus responsabilidades, pero con un gran esfuerzo de voluntad.

En la Depresión Severa el niño puede estar convencido de que nada de lo que hace tiene sentido, que la vida es totalmente sin significado, y que el o ella no son amados o adorables. Hay una gran apatía acerca de casi todo, y pueden existir intentos de suicidio. (Bruno, 1992).

Por su parte Cobo (1992) declara que la depresión como trastorno psiquiátrico tiene diferentes causas o factores que intervienen en ésta; de tal forma que se pueden encontrar desde causas genéticas hasta causas sociológicas. Las explicaciones de depresión tienden a estar comprendidos en tres grandes categorías: Biológica, Psicológica y Existencial. La explicación Biológica declara que la depresión es causada por factores genéticos o bioquímicos, realiza una hipótesis de que algunos niños están predispuestos en términos de su temperamento congénito. Hay evidencia por ejemplo, que sugiere que en el trastorno bipolar, los factores genéticos probablemente juegan un rol. Un déficit bioquímico tal como una carencia del nivel normal de los neurotransmisores norepinefrinos, pueden contribuir a la depresión. Las explicaciones Biológicas, son usadas primeramente para ayudar en el entendimiento de las depresiones endógenas.

La explicación Psicológica declara que la depresión tiene sus raíces en la historia del desarrollo del individuo. Fillat (1999) señala que una de las causas psicológicas de la depresión, es la separación y sobre todo la pérdida de una persona significativa en la niñez. Además de que el niño experimenta soledad a causa de la separación y la pérdida.

Por su parte el Psicoanálisis clásico sugiere dos principales factores que juegan un rol. El primero, es enseñar a reprimir las respuestas agresivas y ser. "el niño bueno" y si esto no es así, ellos no son "lindos". Y segundo, que el niño adquiriera una moral alta, lo que en términos freudianos esto significa que el individuo tiene un superyo muy estricto. (Bruno, 1992). De esta manera cuando una persona en su etapa de adulto, necesite sacar a la superficie respuestas agresivas normales, estas serán reprimidas por el superyo. La inhabilidad del sujeto para expresar los sentimientos reales, particularmente sus sentimientos agresivos, normalmente conducen a la depresión.

Otra explicación psicológica es la ofrecida por la teoría del Aprendizaje. Declara que la depresión es un modelo de respuesta adquirida, una especie de hábito emocional. Por ejemplo, un niño criado en una casa con un padre deprimido podría a través del

proceso de aprendizaje social (observacional), imitar y adquirir la depresión como un estilo inadaptado de copia con el estrés de vida. Otra posibilidad es un fenómeno conocido como incapacidad o indefensión aprendida, esto es, una serie de experiencias fallidas podrían conducir al individuo a generalizar y creer que están indefensos en situaciones donde en realidad no es así. (Bruno, 1992)

3.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

Existen muchas aportaciones en cuanto a los síntomas de depresión en los niños, sin embargo los criterios propuestos en 1973 por Weinberg y cols. (cit. en Cantwell y Carlson, 1987) son presentados en una forma clara, descriptiva y han producido un mayor impacto, por estas razones son muy utilizados por los clínicos.

Para que un niño fuera incluido en esta categoría, se exige la presencia tanto de 1) humor disfórico, como de 2) ideación autodespreciativa, junto con por lo menos dos o más de los ocho síntomas siguientes: 3) conducta agresiva, 4) trastornos del sueño, 5) modificación del rendimiento escolar, 6) disminución de la socialización, 7) cambios en la actitud hacia la escuela, 8) quejas somáticos, 9) pérdida de la energía habitual, y 10) cambio en el apetito y/o peso habituales. (cit. en Cantwell y Carlson, 1987).

A continuación procederemos a exponer los criterios de Weinberg:

1. Estado de **ánimo disfórico** (melancolía):

- a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- b) Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- c) Irritable, se enfada con facilidad.
- d) Hipersensible, llora fácilmente.
- e) Negativista, difícil de complacer.

2. **Ideación autodespreciativa:**

- a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
- b) Ideas de persecución.
- c) Deseos de muerte.
- d) Deseos de marchar, escaparse de casa.
- e) Tentativas de suicidio.

Dos o más de los siguientes síntomas:

3. Conducta agresiva (agitación).

- a) Dificultades en las relaciones interpersonales.
- b) Peleonero, pendenciero.
- c) Poco respeto por la autoridad.
- d) Beligerante, hostil, agitado.
- e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del Sueño:

- a) Insomnio de conciliación.
- b) Sueño inquieto.
- c) Insomnio terminal.
- d) Dificultad para despertar por la mañana.
- e) Hipersomnia.
- f) Terrores Nocturnos.
- g) Bruxismo.

5. Cambios en rendimiento escolar:

- a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
- b) Disminución de la habilidad para concentrarse en tareas escolares.
- c) Pérdida del interés habitual en tareas escolares.
- d) Pérdida del interés habitual por actividades escolares no académicas.
- e) Bajo Rendimiento.

6. Disminución de la socialización:

- a) Menor participación en grupo.
- b) Menos simpático (a), agradable, sociable.
- c) Aislamiento social.
- d) Pérdida de intereses sociales habituales.

7. Cambio de actitud hacia la escuela:

- a) No disfruta con actividades escolares.
- b) No quiere o se niega a acudir a la escuela.
- c) Llora

8. Quejas somáticas:

- a) Cefalalgias no migrañosas.
- b) Dolores abdominales.
- c) Dolores musculares,
- d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. Pérdida de la energía habitual:

- a) Disminución de la energía o cansancio crónico.
- b) Pérdida de interés por actividades y entretenimientos extra escolares.
- c) Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.
- d) Hiperactividad.

10. Cambio en el apetito y/o peso habituales.

Weinberg (cit. en Cantwell y Carlson, 1987) propone que los síntomas deben representar un cambio en el funcionamiento habitual del niño y haber estado presentes durante un mes como mínimo.

Para el DSM-IV (2001) los síntomas de depresión deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del niño.

Los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad:

1. **Afectiva.** Sentimientos de desesperación, tristeza culpabilidad, vacío etc.
2. **Motivacional.** Conducta pasiva y dependiente.
3. **Física y Motora.** Pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud, movimientos lentos, etc.
4. **Cognitiva.** Ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro.
5. **Social.** La depresión involucra una marcada disminución en la interacción social y conductas de aislamiento. (Solloa, 2001).

El DSM-IV (2001) precisa que los síntomas de la depresión no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

3.4 LA DEPRESIÓN EN EL NIÑO DESDE EL ENFOQUE DEL PSICOANÁLISIS

Una de las escuelas que ha abordado la depresión desde experiencias recogidas en el campo de la infancia es la escuela psicoanalítica. Para los psicoanalistas tradicionales, la depresión no podía existir en el niño pequeño porque en este no existía culpa derivada del Superyo.

Sin embargo Klein (cit. en. Cobo, 1992) describió la posición depresiva como una etapa evolutiva normal de la infancia alrededor de los primeros meses de vida (sobre el cuarto mes), aunque también puede revelarse más tarde. Por su parte, Spitz (cit. en. Cobo, 1992) realizó un estudio clínico observando a los niños recluidos en instituciones y separados de sus madres, descubriendo en ellos lo que llamó depresión anaclítica. Tanto uno como otro coinciden en que la figura materna es decisiva para comprender el núcleo de la depresión infantil.

La posición depresiva.

Según Klein (cit. en. Cobo, 1992), todo niño normal ha de enfrentarse en su desarrollo emocional con la posición depresiva, la cual debe superar para poder acceder al sentido de la realidad que le permitirá distinguir su mundo interno (su subjetividad) y el mundo externo (el mundo exterior, la objetividad). La posición depresiva comienza cuando el bebé reconoce a su madre como una persona total (objeto total, lo llaman los psicoanalistas), es decir, la reconoce como la misma que le ama y que le frustra, esto le hace daño, y le instala en una gran inseguridad, surgiendo así la ansiedad depresiva porque el niño siente también amor y odio hacia esa persona y le aterroriza la posibilidad de que esta ambivalencia con hostilidad aniquile o haya aniquilado esa figura buena, ese objeto bueno que es la madre y que la pierda o ella le abandone. El niño no sabe aún si es la madre el causante de esta calamidad o si lo es él mismo, el propio sujeto (el niño). Ambos están implicados en este juego de la creación del Yo del pequeño, el nuevo Yo; es un proceso de proyecciones e identificaciones, un juego en el que, en el mundo interior de la persona, el niño se va creando como -ser humano- como identidad; en un intercambio confuso y creativo al mismo tiempo.

Para luchar contra la ansiedad depresiva (construida de sentimientos semejantes a la culpa y de terror por perder al objeto amado), el niño desarrolla defensas maníacas, con

varias modalidades: la negación, el control, el desprecio, la reparación. Estas grandes defensas podrían describirse así:

1. La negación - No es verdad- (no me pasa nada, no es verdad que mamá sea mala, no es verdad que yo le haya hecho daño, no es verdad que esté enojada, no es verdad que yo este enfadado, no es verdad, no es verdad) así inhibe la agresividad.

2. El control - No importa - es decir: Yo puedo hacer que esto cambie, yo puedo hacer que mamá esté contenta o bien yo la hundiré, haré que ella se arrodille ante mí, hará cuanto yo le mande y cuanto yo quiera, estará al servicio de todos mis deseos.

3. El desprecio - No merece la pena- (No vale la pena enfadarse, ella es tonta, ella es muy poca cosa, ella no sabe hacer nada)

4. La reparación - Yo lo arreglaré - (Seré bueno con ella, le daré un beso, le compraré lo que quiera, haré algo que le guste a ella).

Para Klein (cit. en Cobo, 1992) estos son los mecanismos primarios que el niño emplea para hacer frente a la posición depresiva; la cual se convierte en depresión cuando se traduce dolorosamente en el estado de ánimo del sujeto y cuando fracasan esos mecanismos de defensa. Finalmente se puede decir que, Klein argumenta la depresión en los niños, fundamentándose en el tratamiento de sus pequeños pacientes y reveló la existencia de un psiquismo muy temprano, con instintos, fantasías, Edipo, culpa y un superyo, desde el primer año de vida.

Por su parte los estudios de Spitz (cit. en. Cobo, 1992) se hicieron populares a partir de su formulación en los años cuarenta en Estados Unidos. Dieron una explicación sencilla a lo que muchos pediatras venían observando entre sus niños hospitalizados: una especie de agravamiento de su estado general, a pesar de que los pequeños estaban perfectamente tratados y cuidados con los métodos más modernos, lo que se conocía ya desde principios de siglo y se llamó hospitalismo. Spitz demostró que lo que sucedía en dicho hospitalismo era una enfermedad del bebé que denominó depresión anaclítica, refiriéndose a esta como una enfermedad afectiva infantil.

Spitz (cit. en. Cobo, 1992) comprobó que la hospitalización del niño de corta edad, le privaba de su madre y esto complicaba su enfermedad añadiendo otra, esto es, una

depresión. Otros niños, los que vivían en institución durante largo tiempo, planteaban también problemas, primero madurativos y después de conducta. Así se fue enfatizando la importancia de la carencia afectiva como origen de trastornos de la personalidad. Posteriormente, se planteó de nuevo la función de la madre, como factor que condiciona la aparición de la depresión en el niño.

De esta manera, la depresión anaclítica permitió demostrar que la carencia afectiva es causa de patología de la personalidad si opera en las primeras edades, y es muy importante considerar el hecho de que las consecuencias se manifiestan de distinta manera a corto, mediano y largo plazo. Para Cobo (1992) la primera de esas patologías es una depresión singular que lleva a la muerte por desvitalización del pequeño y, si no, le deja una marca que probablemente le facilitará el camino a problemas de conducta, psicopatías, delincuencia, adicción, etc.

En resumen, se le debe dar importancia a la consideración de la depresión analítica, en virtud de que la carencia y al rechazo afectivo en el niño puede facilitar la aparición de una patología psicológica, especialmente de cuadros depresivos. (Cobo, 1992). Dejando claro que la carencia afectiva no significa necesariamente estar falto de cosas, ni siquiera de mimos, es decir, un niño mimado no es un niño amado, o un niño con muchos regalos es un niño atendido.

3.5 CURSO Y PRONÓSTICO

En un estudio realizado por Garber (1984) sobre el desarrollo progresivo de la depresión en 137 niñas, de entre 7 y 13 años de edad. Las evaluaciones incluyeron entrevistas estructuradas con las niñas y diversos cuestionarios que fueron llenados por los padres y maestros; estas pruebas incluyeron el Children's Depresión Inventory, y el Children's Depresión Rating Scale. Los resultados mostraron diferencias no significativas basadas en raza, y C.I. Las niñas que tuvieron padres que no estaban casados y las que no vivían con sus padres biológicos, se encontró el criterio de síndrome de depresión, también tuvieron otros síntomas como por ejemplo (Ansiedad, trastornos conductuales, Déficit de Atención y Enuresis).

Garber encontró que conforme se incrementaba la edad se incrementaba la frecuencia del síndrome depresivo y también varios síntomas depresivos individuales (problemas de apetito, hipo-actividad, problemas escolares, sentimientos depresivos y baja

autoestima). Es decir conforme iban creciendo las niñas, se van agudizando los síntomas.

La autora sugiere que las técnicas de evaluación posiblemente puedan obtener, los cambios por edad de los síntomas depresivos sobre el curso del desarrollo. Y así poder tener establecido rangos de edad de lo que va sucediendo, esto es de qué manera se van desarrollando los síntomas depresivos por la edad.

Finalmente Garber propone observar como evolucionan los síntomas depresivos en los niños, de acuerdo a la edad. Es decir como se va desarrollando la depresión conforme va creciendo la persona.

Para Son y Kirchner (2000) dado que la alta prevalencia de enfermedades afecta a parientes en primer grado de pacientes con depresión mayor, la educación de la familia puede ser un componente integral para mejorar el medio ambiente y una estructura de apoyo para seguir el tratamiento y “curación” de toda la familia.

3.6 LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS

El psicólogo americano Lawrence, fue el primero en emplear el término técnicas proyectivas en 1939, para designar un grupo de tests, algunos de los cuales ya eran conocidos y utilizados, pero que el reunía en una nueva perspectiva psicológica. Sin embargo hay que tener en cuenta que el término proyección fue empleado por primera vez en el año de 1894 por Freud (cit. en Pichot, 1971). (p.p 85 y 86), quien lo emplea en una doble vertiente, “mecanismo de defensa contra la angustia” o como “un mecanismo más general, según el cual el recuerdo de nuestras percepciones anteriores tienden a influir en la percepción de los estímulos actuales”.

Las pruebas proyectivas, como su nombre lo indica, tratan de develar cuáles son las partes del sujeto depositadas en los objetos que aparecen como soportes de la identificación, y que mecanismos actúan ante una consigna que obliga al sujeto a representarse en situaciones poco comunes y cargadas emotivamente. (Paín, 1983).

La consigna de las pruebas proyectivas impone al niño una situación que ha de resolver mediante una construcción, en esta resolución se debe equilibrar la ansiedad que despierta el estímulo, con el nivel de realidad de la situación propuesta. Para Paín

(1983) las escotomizaciones, distorsiones, tergiversaciones y todo tipo de fallo en relación con el estímulo se considera como una fractura en la lectura de la realidad por invasión de la emoción: en resumen, dan la medida de la labilidad del yo.

La autora señala que el examen de las pruebas proyectivas permitirá, en general, evaluar la capacidad del pensamiento para construir en el relato o en el dibujo una organización coherente y armoniosa, para vehicular y elaborar la emoción, al mismo tiempo permitirá sopesar el deterioro que se produce en el pensamiento cuando el monto emotivo resulta excesivo. Además aclara que el pensamiento incoherente, brinda la oportunidad de determinar la norma en lo incongruente y saber cómo ignora el sujeto.

3.7 LOS TESTS PROYECTIVOS CON NIÑOS ENURÉTICOS

Para Albarran (1979) los tests gráficos, como técnicas de expresión, brindan la valoración que el niño enurético hace de su esquema corporal, apoyándose en que el rasgo del dibujo, lo avala como representativo de un aspecto de la personalidad. Y propone que los dibujos proporcionan normas concretas sobre el grupo de niños estudiados, y que considerando el carácter íntimo de la proyección de la imagen corporal, arrojan también luz sobre los fenómenos y supuestos de conducta relativos al desarrollo infantil.

Así mismo señala que los tests proyectivos le sirven para distinguir los rasgos del carácter del niño enurético, con el fin de, establecer una serie de resultados confiables que permitan valorar la relación entre enuresis y respuestas a determinados estímulos de las pruebas seleccionadas. Durante la aplicación de las pruebas se anotó la actitud del niño frente a las mismas o frente al psicólogo, lo que permitió establecer rasgos característicos del niño enurético.

Para Albarran (1979) la etiología psicológica del trastorno enurético, le permite suponer que es posible ver como el recuerdo vivencial de situaciones anteriores o conflictos traumáticos sin resolver en el niño enurético, tienden a influir en la percepción de estímulos seleccionados a través de varios tests proyectivos. El autor considera que en el caso de los niños enuréticos, la naturaleza de los requisitos que cada método proyectivo impone resulta crucial para el cuadro sintomático que se obtenga de éstos,

por tal motivo Albarran decidió emplear varios tests que completen toda una gama de situaciones, actitud y resultados de la aplicación de las pruebas.

La enuresis a través de las técnicas proyectivas a que se sometieron los niños, tiene una externalización, y estas son válidas si se tiene en cuenta el aspecto madurativo del niño y su grado de integración del “yo”, en virtud de que lo que en el adulto puede ser reflejo de un síntoma anormal, en el niño puede ser dato estadístico de normalidad. (Albarran, 1979).

Para Albarran, la línea interpretativa de Machover sobre la figura humana; a través del dibujo del niño, proporciona guías normativas concretas, además de considerar el carácter íntimo de la proyección de la imagen corporal, pueden también arrojar luz sobre las teorías y fenómenos de conducta relativos al desarrollo infantil del niño enurético.

Entre los tests gráficos, Albarran seleccionó Figura Humano, Bajo la lluvia y la Familia; para aplicarlos a los niños enuréticos, por las siguientes razones. Las razones que da el autor para la utilización de esta prueba son las siguientes:

- La facilidad para su aplicación: brevedad del tiempo que tarda en pasarse la prueba y no se necesita material auxiliar muy complicado.
- Su fundamental valor proyectivo, y posibilidad de una representación gráfica del problema de la enuresis a través del esquema corporal del niño.
- Seguridad en que los niños enuréticos expresan sus conflictos inconscientes; hechos éstos probados por los trabajos de la propia Düss, y los profesores Despert, Mosse y Fine. (cit. en Albarran 1979).

3.8 ESTUDIOS EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE UTILIZANDO PRUEBAS PROYECTIVAS

En 1977 Raskin, (cit. en Korbman, 1984) utilizó el dibujo Cinético de la Familia, y trató de localizar diferencias entre niños normales y niños con problemas de aprendizaje, en cuanto a: aislamiento, rechazo, preocupación corporal y rivalidad fraterna. Encontró que los dibujos de los niños con problemas de aprendizaje, mostraron mayor número de estos indicadores, en su análisis, confirmó que las variables de aislamiento-rechazo y preocupación corporal sí diferencian a los niños con problemas de los niños normales.

Más adelante en 1983, según Paín, en los niños con trastornos del aprendizaje, la atención se concentra en la eficacia y las limitaciones de los recursos cognitivos empleados por el niño para organizar su descarga emotiva, además se debe determinar la riqueza y capacidad de los relatos y grafías para contener y liberar los afectos que despierta el estímulo.

Paín (1983), realiza un análisis en tres tipos de pruebas grafoproyectivas: 1) las que motivan el dibujo (Machover, Familia, Arbol-Casa-Persona, etc.) 2) las que demandan un relato inspirado en láminas (TAT, CAT, Phillipson, Roszenzweig) o en relatos inconclusos (Fábulas de Duss, Frases Incompletas, etc.) y 3) las que provocan una elección de objeto (desiderativo, asociación libre).

a) Dibujo

En el test del Dibujo de la Figura Humana, la consigna es la ejecución gráfica del esquema corporal; donde cada sujeto presenta un “modelo” singular al cual agrega los atributos que distinguen el sexo y la edad. El modelo se organiza de acuerdo a la dotación de imágenes del sujeto y su nivel de maduración; y es dentro de este marco donde se pueden interpretar las desproporciones, confusiones, carencias, etc.

Paín señala que el cuerpo es un instrumento de acción sobre el mundo y cuando el sujeto lo dibuja, representa ese instrumento. Para Paín (1983) las características de simetría, proporción e identidad en los dibujos son las más deterioradas en los casos de un problema de aprendizaje, ya que el sujeto no despliega las estructuras que le permiten coordinar la realidad.

b) Relatos.

Las pruebas que demandan un relato. Este tipo de pruebas tiene como consigna crear una historia o anticipar su final. Se le ofrecen al sujeto estímulos gráficos o verbales que sugieren ciertas relaciones o transformaciones viables. El sujeto responde en línea al camino insinuado y además aporta elementos originales; las láminas provocarán defensas más o menos apropiadas.

Para Paín, los problemas de aprendizaje se caracterizan por el mal servicio que le presta el pensamiento a la elaboración de la situación; señala que la prueba desata un

monto de ansiedad que provoca en el pensamiento perturbación; así se encuentra omisión y confusión de objetos en la situación presentada. El sujeto puede negar un objeto peligroso en particular, pero el sujeto que no aprende, a menudo toma un número restringido de objetos o los relaciona de a pares, o pretende asumir el todo en una parte, por lo cual conviene encontrar la significación de ésta, y no la de cada objeto. En resumen, en el nivel del inventario de la lámina hay que interpretar por qué se elige lo que se elige, pero también por qué se elige y no se asumen todos o la mayoría de los elementos presentados.

Puede ocurrir que el relato agote todas las instancias expuestas, revisando lo que está presente pero sin organizar ninguna secuencia. Los problemas de integración se hacen evidentes en los niños que dan varias y empobrecidas posibilidades para cada caso, presentándolos como separaciones en las que ellos no toman partido, por ejemplo utilizan muletillas como: “y podría ser...”, constituyendo así el tipo de los “equilibrados” de bajo nivel, a quienes no les interesa si un problema se resuelve sumando o restando.

c) Desiderativo.

En esta prueba se solicita al sujeto la elección y el rechazo sobre tres niveles, generando una jerarquización de los elementos vegetales, animales y objetos. Por la consigna misma se conduce al sujeto a una identificación ya que debe imaginarse convertido en el elemento elegido, algún rasgo sobresaliente lo conducirá, y puede considerarse motivado por la simbología universal del objeto elegido, o por la morfología de la palabra misma.

Paín (1983) indica que en los sujetos con problemas de aprendizaje, se ha observado que se dejan imponer la elección desde el exterior, por ejemplo nombran objetos que perciben en la situación (ventana, lápiz, anteojos) o se muestran convencionales (rosa, por linda; perro, por fiel, etc.), evitando, en ambos casos, atender a la consigna. También es frecuente que aparezcan identificaciones impropias.

3.9 EL TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA Y SUS APORTACIONES

La historia del Dibujo de la Familia se inicia con Appel (1931) (cit. en Korbman, 1984) cuando lo propone como un test adecuado a la clínica psiquiátrica infantil. El Dibujo de la Familia, puede considerarse como una técnica proyectiva, la cual revela conflictos, la actitud y los sentimientos del niño hacia otros miembros de su familia, y la percepción de sí mismo dentro de ella.

En 1952 Porot (cit. en Korbman, 1984) hace un estudio del test, dándole importancia al registro de la conducta del examinado durante la prueba, toma en cuenta sus asociaciones verbales e inclusive recomienda que se le interrogue acerca del dibujo que ha producido. Dedicar atención a la opinión que el examinado tiene de sí mismo, así como el tamaño y las características físicas que se adjudica, si se incluyó en el dibujo o no, etc.

Según Di Leo (1978) (cit. en Korbman, 1984) señala que el Dibujo de la Familia revela elementos y actitudes afectivas con mayor claridad que otro tipo de dibujo, afirma que tanto el Dibujo de la Figura Humana como el Dibujo de la Familia son técnicas proyectivas muy valiosas porque no dependen de la voluntad o capacidad del niño para producir una expresión verbal de su conflicto emocional y por ello considera el dibujo como una expresión inconsciente más reveladora que la de la palabra hablada, así mismo Buns y Kaufman (1972) (cit. en Korbman, 1984) consideran que el niño se expresa con menos ansiedad a través del dibujo que de la palabra.

Respecto al tipo de consigna, utilizada en la aplicación del Test del dibujo de la familia, Porot (1952) (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio., 1994), considera que decirle al niño que dibuje a su familia, permite conocerla tal como él se la representa, así mismo señala que la proyección siempre actúa para deformar la realidad en el sentido de las preocupaciones afectivas del sujeto, su consigna al niño es: "dibuja a tu familia". Sin embargo Corman (1967) a pesar de que acepta el valor proyectivo de la consigna de Porot (el niño dibuja a su propia familia), menciona que las tendencias inconscientes y la proyección se expresaran con mayor facilidad, si la consigna es más vaga como: "Dibuja una familia, una que te imagines" o "imagina una familia que tu inventes y dibújala".

Por su parte Korbman (1984), argumenta que el problema de la consigna de Corman es que la interpretación se dificulta pues es difícil saber si el niño está reflejando a su familia o a su ideal de familia. Esto es, no es conveniente solicitar el dibujo de una familia y luego interpretar esa producción suponiendo que lo que el examinado ha dibujado puede estar correlacionando con su propio grupo familiar real.

Como se puede observar, existen variaciones en cuanto al tipo de consigna que se expresa en la aplicación de la prueba del Dibujo de la Familia, puede ser: -Dibuja una Familia, -Dibuja tu Familia, y -Dibuja tu Familia haciendo algo. Los autores que proponen la primera consigna se basan en la explicación de que esta instrucción abierta le brinda al sujeto libertad y la utilización de menos defensas para proyectar datos sobre su familia, es decir, facilita la proyección (Corman 1961) (cit. en Korbman, 1984). Sin embargo Korbman (1984), opina que no es posible aceptar que al niño se le de la consigna de “dibuja una familia” y que el psicólogo interprete el dibujo como si fuera la familia del sujeto. Es cierto que el grado de saturación proyectiva de un test aumenta cuanto más inestructurado es el material o más amplia es la consigna, pero en el caso del test del Dibujo de la Familia, Korbman (1984) piensa que se obtiene mayor y mejor información conociendo con exactitud lo que se está interpretando, por ejemplo: que el borroneo exagerado o la dificultad para dibujar a un personaje corresponde efectivamente a la persona que identifica el niño como tal y no la suposición que el psicólogo hace acerca de ella.

O'Brien y Patton (cit. en Korbman, 1984) también utilizaron en el dibujo de la Familia la consigna de “tu familia”, los autores proponen que esta consigna permite detectar no solo problemas emocionales sino que también indica la persona con lo cual están ocurriendo las dificultades.

Finalmente Korbman, considera que en el Dibujo de la Familia se puede evitar la vaguedad y los posibles errores que ella conlleva, sabiendo de antemano a qué personaje corresponde cada figura y por consiguiente los indicadores emocionales podrán establecerse con mayor contundencia.

El Dibujo de la Familia como detector de conflicto familiar en niños

En México (1984) Korbman, realizó una investigación para detectar el conflicto familiar a través del Dibujo de la Familia y su Verbalización. El estudio, tuvo como objeto probar su eficiencia en la discriminación de niños con conflicto familiar patológico y niños que no lo presentan. De esta manera, analizó dos grupos distintos de niños (normales y conflictivos), para revisar la proyección de experiencias internas.

La autora utilizó, como aspectos que pueden proyectarse, el de conflicto del niño con la madre, definió operacionalmente el conflicto, como las expresiones de la madre acerca de la conducta del niño en términos de: “dificultad para manejarlo”, “excesivamente rebelde”, “discusión constante entre madre y niño”, “nunca está de acuerdo” y “excesivamente agresivo en casa”.

Se utilizó conjuntamente con la prueba del Dibujo de la Familia, la verbalización sobre el dibujo y además la aplicación de la Escala de Ambiente Familiar de Moss a las madres de los niños. La muestra consistió en 96 sujetos de cinco a diez años de edad, de clase alta y media alta, dividida en dos Grupos: Experimental (grupo conflictivo) y Control (grupo normal).

En la prueba del Dibujo de la Familia y su Verbalización, Korbman (1984) les dio las siguientes consignas: “¿Quién es tu familia?”(esperar respuesta), “Dibújame a tu familia”. Además, durante el dibujo se indagaba a qué miembro de la familia correspondía cada figura.

Korbman (1984) encontró que ciertos indicadores aparecen con más frecuencia en los sujetos conflictivos, que en los normales, en forma significativa, por lo que los denominó Indicadores Emocionales, es decir un signo en el dibujo, que discrimina a los dos grupos, independientemente de edad, maduración y sexo.

La autora encontró que de sus 109 indicadores emocionales analizados, 22 muestran diferencias significativas entre los 2 grupos; su estudio, halló que existen indicadores emocionales que aparecen más en los sujetos conflictivos, que en los normales. Los indicadores, son los siguientes: -Los conflictivos no inician con la figura del Yo; terminan más con personajes centrales que con “otros personajes”; no introducen animales; omiten con más frecuencia el Yo; dibujan figuras de “tamaño grande”, tienden a no

agrandar a la figura del yo; dibujan con “línea fuerte”, usan más la “línea combinada”; tienden a dibujar “figuras monstruosas o grotescas”; tienden a no borrar cuando dibujan; enmiendan menos sus figuras; y dan menos respuestas neutras que los normales.

En su estudio Korbman encontró, que en el Indicador “Incluye Animales”, no hay diferencia entre los dos grupos ni entre los sexos. Solo el 2% del total de la muestra incluyó animales en sus dibujos y en este caso, todos pertenecían al grupo de normales.

En el Indicador “Incluye Otros personajes”, pocos casos (12%) incluyeron otros personajes y no hay diferencia significativa entre ambos grupos. Del porcentaje que los incluyó, la mitad pertenece al grupo de normales y la mitad al de conflictivos.

Para el Indicador “Omite a”, no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos; solamente el 5% de casos omite a algún personaje de su familia nuclear. La figura más omitida es la del Yo, en el grupo de los conflictivos.

Respecto al resultado de la omisión de figuras, es probable que la muestra “omitió” menos por la forma de la consigna utilizada, que es: “¿Quién es tu familia...?” y al niño se le daba la oportunidad de mencionar quienes son los personajes de la familia; en esta forma quizá hay menos posibilidad de omitir figuras ya que el mencionarles verbalmente se determina en cierta forma a las que va a dibujar. Korbman, piensa que quizá el resultado estuvo determinado por la consigna, la autora propone hacer un estudio limitado a la omisión de personajes, en el que a un grupo se le diera su consigna y a otro grupo la consigna simple de “dibuja a tu familia”.

En el Indicador “Empequeñece a ...”, el 55% del total de sujetos empequeñecen figuras. Se encuentra tendencia, aunque no significativa a que: -En ambos grupos la figura que con más frecuencia se empequeñece es la del Padre. -En segundo lugar empequeñece a ambos Padres. -En tercer lugar se empequeñece a la Madre.

En el Indicador “Accesorios del Ambiente”, los normales presentan este indicador con mayor frecuencia que los conflictivos, aunque la diferencia no es significativa. El 11.5% del total de la muestra dibujan accesorios del ambiente.

Los hallazgos del estudio de Korbman son: los niños utilizan el "Orden Real" y colocan a los padres al principio del dibujo, - El niño conflictivo nunca usa el Yo como primera figura, -El niño normal pone menos distancia entre las figuras y dibuja a su familia en "una sola unidad"; el conflictivo en cambio, pone más distancia entre los miembros de su familia.

Korbman (1984) encontró diferencias entre los dibujos de la Familia y las verbalizaciones de los grupos normal y conflictivo, y concluyó que el conflicto patológico tiene expresión a través del dibujo y de la verbalización. El dibujo de la familia, le permitió confirmar la presencia o ausencia de conflicto. Así mismo, le permitió concluir que efectivamente existe la proyección de experiencias internas en el dibujo y también en la verbalización.

También realizó un análisis factorial, en el Factor I, que está definido por la variable "Ausencias" y encontró que predominan las ausencias en los personajes principales obteniendo la carga mayor la Madre, le sigue la Figura del Yo y después el Padre, con un valor menor aparece también el Hermano Mayor. El análisis factorial, resultó ser interesante ya que: -mostró algunos aspectos novedosos como:- que el yo determina el orden que se le va a dar a la familia en el dibujo, ya que de él dependen que haya orden, semiorden o desorden, - el Yo determina que los padres se dibujen juntos o no en el dibujo. Es decir, el Yo es una figura central e importante que determina una serie de situaciones.

Por último, Korbman encontró concordancia en los resultados del Dibujo, de la Verbalización y de la Prueba de Moss, ya que los mismos niños cuyas madres consideran que su familia es conflictiva, presentan a su vez indicadores emocionales en el dibujo y en la verbalización.

CAPÍTULO IV.

MÉTODO

4.1. Planteamiento del problema

Parece existir acuerdo en reconocer que la enuresis es un trastorno frecuente, que va disminuyendo con la edad y que normalmente ocasiona un malestar en el niño y su familia.

Existen autores como Ajuriaguerra y Marcelli (1984), Obidigbo (1991), Díaz-Atienza (1999) y Fernández (2000), que argumentan que es importante señalar que los niños que presentan enuresis están expuestos al sufrimiento psíquico como lo es sentirse avergonzados, miedo a participar en actividades que impliquen pernoctar fuera del hogar, baja autoestima, descalificaciones y desvalorizaciones por parte de los hermanos, padres, medio social, etc.

Para Brueckner (1988), Craig (1997), Pearl (1986) (cit. en Wicks, 1997), Priel (1990) y Gresham y Elliot (1989) (cit. en Solloa, 2001). Los niños con problemas de aprendizaje frecuentemente muestran una pobre adaptación social. Este fenómeno puede atribuirse a las desfavorables reacciones emocionales del sujeto, o bien ser el resultado de verse rechazado por otros miembros de la clase. Los compañeros tienden a rechazar al niño que fracasa, por lo que quienes padecen estos problemas suelen también tener dificultades en sus habilidades sociales. Algunos se vuelven tímidos y opacados; otros presumidos y arrogantes, y otros más tienen arranques impulsivos y de ira. Además de presentar conductas perturbadas y de obsesividad.

De acuerdo a Craig (1997) y Solloa (2001) los niños con problemas de aprendizaje, en su mayoría presentan una baja autoestima, falta de seguridad, sensación de desesperanza y pobre autocontrol, debido a que continuamente se enfrentan a frustraciones y fracasos asociados a sus dificultades académicas y sociales. Con cada fracaso, aumenta la sensación de desesperanza e impotencia.

De lo anterior se desprende nuestro cuestionamiento, ¿Existen diferencias en la incidencia de indicadores depresivos en los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje?.

Y conocer ¿Cuáles son las diferencias significativas entre las variables que presenta cada grupo?.

4.2. Hipótesis de trabajo

Sí tanto en la Enuresis como en los Trastornos del Aprendizaje existen dificultades en las habilidades sociales, baja autoestima, descalificaciones y desvalorizaciones de parte de la familia y el medio social, y se ha observado en específico que la Enuresis por ser limitante y perturbadora acentúa en el niño problemas de adaptación social y familiar, es mal tolerada por pares y adultos (Gómez; Meneghello, 2000), y la respuesta que se le da a algunos niños enuréticos por parte de la familia y los maestros puede implicar violencia física, castigos, amenazas y burlas, (Ajuriaguerra, 1996) (Fernández, 2000) entonces se espera que:

Ht: Existan diferencias en la incidencia de indicadores depresivos en los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje.

- Hipótesis nula

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos.

- Hipótesis alterna

Ha: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos.

4.3 Hipótesis Estadísticas

Ho: No hay diferencia entre las medias del grupo con enuresis y del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos.

Ha: Existe una diferencia entre las medias de los dos grupos, en el total de indicadores depresivos.

4.4. Variables

Definición conceptual

- **Variable Independiente**

Enuresis. La enuresis es definida como la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos. Este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones es intencionado. La edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 5 años. El evento enurético debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social o académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En relación con la situación en que ocurre la enuresis se definen tres tipos: a) nocturna; b) diurna; y c) nocturna y diurna. Atendiendo el curso del trastorno enurético, se distingue la enuresis primaria, que ocurre en un niño que nunca ha establecido continencia urinaria y enuresis secundaria cuando el trastorno se desarrolla después de un periodo de continencia urinaria establecida. Para el diagnóstico diferencial se establece que la incontinencia urinaria no sea la consecuencia directa de una enfermedad médica (diabetes, espina bífida...) o el uso de una sustancia. (DSM-IV, 2001).

Trastornos del Aprendizaje. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2001) se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura.

Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las usualmente asociadas al déficit en cuestión.

- **Variable Dependiente**

Depresión. Es un trastorno que afecta cinco áreas de la personalidad: Afectiva, Motivacional, Física y motora, Cognitiva y Social. (Solloa, 2001). Sus síntomas causan un malestar clínicamente significativo, y un deterioro académico, familiar y social que forman parte de las áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM-IV, 2001).

En 1973 Weinberg y cols, proponen diez criterios para fundamentar la depresión en los niños, que conducen a un cambio en la conducta habitual del niño. Los cuales son: estado de ánimo disfórico, ideación autodespreciativa, conducta agresiva, trastornos del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, disminución de la energía habitual y variaciones en el apetito y/o peso. Estos síntomas deben haber estado presentes durante un mes como mínimo. (cit. en Cantwell y Carlson, 1987).

Definición operacional

Enuresis

Conjunto de signos físicos y/o psicológicos, diagnosticados por el psiquiatra del hospital de salud pública, como enuresis en cualquiera de sus subtipos (primaria o secundaria).

Trastornos del Aprendizaje

Los niños que asisten al servicio de Psicología del Hospital, en los que el psiquiatra confirmó el diagnóstico de Trastornos del Aprendizaje.

Depresión

Indicadores emocionales de depresión, obtenidos a través de la aplicación del Test de la figura humana de K. Machover, Test de persona bajo la lluvia de Hammer, Test de la familia de Corman y la Entrevista realizada con el niño y los padres:

En test de la Figura Humana de Koppitz y Machover:

- Presión del trazo: Débil.
- Tipo de línea: Fragmentada o quebrada, vellosa o esbozada, y rectas con predominio de ángulos.
- Colocación de la figura: Abajo.
- Tamaño de la figura: Pequeño.
- Postura: Inclínada.
- Trazo reforzado.
- Borraduras.
- Tipo de historia: Negativa: (1.Sentimientos de tristeza y/o abandono, 2.Pesimista, 3.Sensación de culpa, 4.Sensación de inutilidad, 5.Sensación de rechazo de los demás, 6.Enojo y/o agresiva). Y Descriptiva y/o aplanada.
- Desproporción del tamaño de la cabeza con relación al cuerpo.
- Desproporción del tamaño de los brazos y manos con relación al cuerpo.
- Expresión facial: Negativa: (1.Enojo, 2.Tristeza).
- Ojo vacío y/o cerrado.
- Omisión de la nariz.
- Omisión de la boca.
- Lengua o dientes.
- Brazos pegados al cuerpo.
- Omisión de los brazos.*
- Omisión de las manos.*
- Omisión de las piernas y/o de los pies.*

* Estos indicadores, además de señalar ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables, dificultad en el contacto social, intensa angustia e inseguridad por no tener apoyo; también nos indica falta de maduración en el niño y nivel de desarrollo.

En Test de Persona bajo la lluvia de Hammer:

- Recursos: Con protección inadecuada o sin protección.
- Lluvia: Abundante.
- Detalles: por ejemplo, líneas que representan el piso, que pueden ser de distinto tipo; esto es detalles que no forman parte de la consigna.
- Indicadores de figura humana que ya han sido enlistados.

En Test de la Familia de Corman:

- Distancia de las figuras primarias: Lejanas.
- Ausencia de alguna figura primaria.
- Desvalorización de sí mismo: (Niño: Dibujado en otro plano, Dibujado de tamaño pequeño (su dibujo es el más pequeño), Peor dibujado, Dibujado en último lugar, y Ausencia del niño).
- Integración de otros miembros de la familia (familia extensa).
- Perros o animales.
- Accesorios.
- Contexto familiar: Negativo. (Se observa en respuesta al interrogatorio del test y en la Entrevista clínica con los padres y el niño). Tipo de relaciones disfuncional, Ejercicio del Maltrato físico, Familia desintegrada.
- La familia no corresponde a la real.
- Figura más diferente al resto de la familia (omisión, desproporción, inclinada, etc.).

En la Entrevista con los padres y el niño:

- Sentimiento de aceptación deteriorado.
- Conducta agresiva.
- Conductas disociales.
- Ideación Autodespreciativa.
- Dificultad en la socialización.
- Rendimiento escolar: Presenta distractibilidad y/o bajo rendimiento escolar.
- En área familiar. Relación con el padre: negativa o no existe. Relación con la madre: negativa o no existe. Relación con hermanos: negativa o no existe.
- Técnicas correctivas para el control de esfínteres: Ignorar, Regaños y Castigos, y Golpes.
- Maltrato físico.
- Nivel de energía: Disminución (fatiga física y/o mental).
- Comportamiento emotivo como: miedos, celos y berrinches.
- Quejas somáticas.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos del sueño.
- En estado de ánimo: tristeza, ansiedad, hipersensibilidad y/o llanto, irritable y enojo.

4.5. Diseño de investigación

El diseño empleado consistió de dos muestras independientes, obtenidas en un Hospital Público de Salud Mental. La primera muestra está integrada por 30 niños enuréticos y la segunda por 30 niños con trastornos del aprendizaje.

Los diagnósticos de enuresis y de los trastornos del aprendizaje, se realizaron por los psiquiatras según los criterios del DSM-IV.

4.6. Tipo de estudio

El estudio fue de campo, porque es un trabajo sistemático en el cual el investigador no puede controlar ni manipular las variables independientes porque ya han sucedido.

Fue ex-post-facto dado que el investigador se encuentra frente a lo que ya ha ocurrido. Es decir han ocurrido las causas y su consecuencia.

Y es transversal en virtud de que las comparaciones con respecto a la edad se realizan en el mismo momento temporal, mediante grupos de sujetos distintos. (León y Montero, 1997).

4.7 Población

La población de donde se extrajeron las muestras para el estudio, está integrada por los niños que primeramente fueron reconocidos por los psiquiatras de un Hospital de Salud Pública y posteriormente canalizados a consulta externa al Departamento de Psicología Infantil. Las muestras se capturaron en un periodo comprendido de 9 meses. Se tomó una muestra de 30 niños que portan el diagnóstico de enuresis, mujeres u hombres de 6 a 11 años de edad. La segunda muestra esta integrada por 30 niños de 6 a 11 años de edad, mujeres u hombres que presentan trastornos del aprendizaje.

El hospital presta atención a cualquiera que lo solicite que tenga edad entre recién nacido a 18 años. El nivel socioeconómico que asiste regularmente a consulta es medio y bajo.

4.8. Muestra

De las valoraciones psicológicas ya existentes y de las valoraciones que fueron llevadas a cabo, con los niños en el Hospital Público de Salud Mental, se eligieron dos muestras de tipo no probabilístico, por cuota y propositiva. Es decir la elección de los sujetos no se realizó al azar. Porque únicamente se elegirán los niños que presentan el diagnóstico de Enuresis y Trastornos del Aprendizaje.

La primera muestra la integran los niños que presentan el Dx. de Enuresis (nocturna, diurna; primaria o secundaria) y que han sido descartados como portadores del efecto fisiológico directo de una sustancia por ejemplo un diurético, o una enfermedad médica como diabetes (mellitus o insípida), espina bífida, trastorno convulsivo y otros (infecciones renales e infecciones agudas del tracto urinario). La segunda muestra está formada por los niños que presentan trastornos del aprendizaje (expresión escrita, lectura y cálculo). Que asistieron al departamento de psicología a partir de Enero del 2000 a Agosto del 2001. Ambas muestras debieron cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Tener entre 6 y 11 años de edad.
- Ambos sexos.
- Tener el diagnóstico de Enuresis y Trastornos del Aprendizaje.

Criterios de exclusión.

- Un C.I. Límite o Deficiencia mental.
- Enfermedad neurológica (espina bífida).
- Trastornos convulsivos y enfermedades que causen poliuria como la diabetes mellitus o insípida no tratadas.
- No completó el estudio.

4.9. Sujetos

Se estudiaron 30 niños con enuresis (18 varones, 12 mujeres) y 30 niños con trastornos del aprendizaje (22 varones, 8 mujeres). Que se encuentran cursando algún grado de la educación primaria. Habitan en el D.F. y Estado de México. Y cubren los criterios de inclusión.

4.10. Escenario

La obtención de los datos a través de los expedientes, se realizaron en los consultorios del departamento de psicología del Hospital de Salud Pública. Así como también las entrevistas, y la aplicación de las pruebas que se aplicaron posteriormente. Los consultorios poseen una adecuada ventilación e iluminación.

4.11. Instrumentos o materiales

- Test de la Figura Humana, de K. Machover y E. Koppitz.
- Test de la Persona Bajo la Lluvia, de Hammer.
- Test de la Familia, de Corman.
- Entrevista clínica con los padres y el niño. (por separado).

Con los instrumentos de psicodiagnóstico de tipo proyectivo, se revisaron los indicadores emocionales, como tamaño, colocación y distancia de las figuras primarias con el objetivo de localizar los indicadores depresivos. En virtud de que estos instrumentos, permiten al niño manifestar libremente los conflictos internos que maneja acerca de la percepción de sí mismo, del medio ambiente y de su familia.

○ Test del Dibujo de la Figura Humana (D F H)

La prueba del dibujo de la figura humana (DFH) es una de las pruebas más útiles y valiosas para evaluar o valorar tanto aspectos de maduración como la esfera intelectual y emocional en los niños y adultos.

Principalmente existen dos enfoques de interpretación:

- 1.- El utilizado por los clínicos que consideran el DFH como una técnica proyectiva. (K. Machover).
- 2.- Y el La segundo que enfoca el DFH como una prueba de desarrollo intelectual. (E. Koppitz).

Según Koppitz (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994) es posible dar a la prueba de la figura humana una significación tanto de desarrollo como proyectiva a los indicadores que se muestran en el DFH.

Desde el punto de vista proyectivo. El Test del dibujo de una persona puede enfocarse como un tipo de test situacional en el que se enfrenta al examinado con el problema de dibujar a una persona, el de orientarse y conducirse en una situación determinada y adaptarse a ella. En sus esfuerzos por resolver estos problemas la persona se compromete en conductas verbales, expresivas y motoras. Estas conductas así como el dibujo mismo ofrecen datos para el análisis psicológico.

Aplicación.

Equipo.- Un lápiz y papel en blanco, tamaño carta (21 x 28 cm. aprox.). El papel debe colocarse en posición vertical. El escritorio debe tener una superficie lisa e iluminación suficiente y el individuo debe estar sentado con comodidad.

Consigna.- Una vez establecido el rapport, se dice: "Por favor dibuja una persona, que no sea hecha de palitos ni personaje de caricatura". Posteriormente se le dice que realice una historia o cuento que contenga los sentimientos de esa persona y qué es lo que piensa.

Después si la figura es un hombre se dice: "esta es una figura de un hombre; por favor dibuja ahora una mujer". Si la primera figura es una mujer, se dirá: "como aquí dibujaste una figura de mujer, por favor dibuja ahora un hombre".

El proceso puede provocar preguntas y protestas del examinado en relación con su ineptitud artística, como respuesta el examinador debe limitarse a comentarios generales.

Análisis del dibujo.

Se comienza con la **actitud** del examinado, y después los aspectos **estructurales**: Colocación, Tamaño, Postura y Líneas. Secuencia del dibujo, Descripción de figuras, Comparación de figuras. (Hammer, 1992). Posteriormente los indicadores del **contenido**: Distorsiones y Omisiones de las diferentes partes del cuerpo: Región de la cabeza y el rostro, la boca, los dientes, los ojos, la nariz, brazos y manos, piernas y pies. Por lo general el sombreado significa ansiedad. (Hammer, 1992).

También incluimos en este test la interpretación de Koppitz (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994). Para la autora esta prueba brinda la posibilidad de evaluar el nivel de

maduración y desarrollo intelectual (Indicadores del **desarrollo**) y las actitudes y preocupaciones del niño (Indicadores **emocionales**). Koppitz analiza el aspecto emocional de la prueba a través de signos objetivos, además de hacer un análisis desde el punto de vista clínico. Según la autora, los signos cualitativos que esta prueba arroja, refleja las ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño.

En la interpretación de Koppitz se distinguen 30 signos como indicadores emocionales derivados tanto de los trabajos de Machover y Hammer, como del suyo. Algunos de estos indicadores son significativos a cualquier nivel de edad, mientras que otros se vuelven significativos a partir de cierta edad. Los indicadores de esta prueba se dividen en tres tipos:

- 1) Factores referentes a la calidad de los dibujos, es decir, signos cualitativos como la pobre integración de las partes, las figuras inclinadas o el sombreado de la cara.
- 2) Detalles especiales, que no se dan habitualmente en los dibujos. Por ejemplo, genitales, monstruos, nubes, etc.
- 3) Omisiones de indicadores esperados en un determinado nivel de edad. (omisiones del cuerpo, ojos, boca, etc.).

Koppitz (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994) propuso una serie de hipótesis para cada rasgo, que deben confirmarse con los demás indicadores como la historia clínica, el contexto que lo rodea y las circunstancias en las que se aplica el dibujo. La interpretación clínica del dibujo también considera las características del niño (edad y sexo). Este tipo de interpretación es individual y se toman en cuenta los principios psicodinámicos.

o **Test del dibujo de la Persona Bajo la Lluvia**

La utilización del test de una persona bajo la lluvia se difundió por vía oral. Se atribuyó la paternidad de esta innovación a Abrams, según algunos y a Amchin, según otros. (Hammer, 1994).

El Test del dibujo de una persona bajo la lluvia intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia.

Se puede decir que el dibujo de la persona bajo la lluvia representa la respuesta del examinado en condiciones “estresantes” y en determinados casos es probable que se haga presente la patología, comparando con un (DFH) donde el individuo estaría en una situación “no-estresante”.

Esta prueba ofrece información útil, cuando se lo compara con (DFH), realizado por el mismo examinado. Al compararlo, es importante observar los elementos que se repiten entre las pruebas, en virtud de indicar un aspecto significativo.

Aplicación.

Equipo.- Un lápiz y papel en blanco, tamaño carta (21 x 28 cm. aprox.). El papel debe colocarse en posición vertical. El escritorio debe tener una superficie lisa y buena iluminación, el individuo debe estar sentado con comodidad.

Consigna.- “Dibuja una persona bajo la lluvia”, y posteriormente se le dice que realice una historia o cuento que contenga los sentimientos de esa persona y que es lo que piensa.

La interpretación se realiza de la siguiente forma, se comienza con la actitud del examinado, y después los aspectos estructurales: Colocación, Tamaño, Postura, Líneas. Posteriormente los indicadores del contenido: Lluvia las nubes y charcos (cantidad), El Paraguas, gabardinas, sombreros, etc., Material auxiliar, y Detalles. Las borraduras y el sombreamiento serán indicadores de conflicto.

Además de los indicadores del dibujo de la persona bajo la lluvia se incluirán los indicadores de contenido de DFH, con el fin de confirmar el Test del dibujo de la figura humana.

o Test del dibujo de la Familia

Esta técnica tuvo una expansión rápida y ganó una popularidad tan inmediata, que su paternidad nunca fue clara. Para Hammer (1992) el valor de esta prueba consiste en que permite conocer la percepción que el niño tiene de sí mismo y de su relación con las figuras parentales y los hermanos.

De acuerdo a Corman (1967), La interpretación del dibujo de una familia se hace a

partir del análisis de tres planos: **-gráfico**, de **-estructuras formales** (Tamaño de las diferentes figuras, Colocación y Distancia) y de **-contenido**. La interpretación se hace desde el marco psicoanalítico.

El test explora las siguientes características y su significado: eliminación del rival, dibujo con un solo niño solamente, dibujo sin niño, desvalorización del rival, eliminación de sí mismo, desvalorización de sí mismo y otras, que pueden relacionarse con uno de los siguientes conflictos o rasgos: rivalidad fraterna, reacciones manifiestamente agresivas, identificación con un bebé, conflictos edípicos, identificación con el padre del mismo sexo, acercamiento con el padre del sexo opuesto, rivalidad edípica, celos, desvalorización del padre del mismo sexo, agresividad, etc.

Aplicación:

Equipo.- entregar al examinado lápiz y papel tamaño carta (en posición horizontal).

Consigna.- “Dibuja a tu familia”. Después se le formularon preguntas sobre el dibujo.

Así como Porot (1952) (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994) y Korbman (1984), justifican y se inclinan por la consigna de **“Dibuja a tu familia”**, la presente investigación también la utilizó en la aplicación del test, en virtud de que coincide con los puntos de vista de los autores anteriormente citados, además de que dicha consigna permite precisar mayormente uno de los objetivos de la prueba que es conocer el tipo de interacciones que existen dentro de la familia, y la percepción que tiene el niño de su familia.

El Dibujo de la Familia debe interpretarse con base en la historia del sujeto y en relación con otras técnicas, como la entrevista y otras pruebas psicológicas.

o **Entrevista con los padres y el niño**

Las entrevistas existentes y las realizadas fueron de tipo semi-estructurada. La cual contiene los datos generales del paciente, el padecimiento actual, acontecimientos relevantes en el desarrollo, como es el tipo de relación entre los miembros de la familia, si duerme y se alimenta adecuadamente, y su área social. Manteniendo previamente un rapport de 10 minutos aproximadamente.

4.12. Procedimiento

Del departamento de Psicología, se seleccionaron los expedientes que cubrían los criterios de inclusión. De cada uno de ellos se obtuvo la información de las pruebas proyectivas mencionadas anteriormente y de las entrevistas clínicas, que se encuentran dentro de la valoración psicológica.

Posteriormente se trabajo con padres y niños que también cumplían con los criterios de inclusión dictados, se citó a los padres (sin la presencia del niño) para realizar la entrevista clínica, después se citó al niño para que fuera llevada a cabo la entrevista y la aplicación de los instrumentos (Test de la figura humana, Test de persona bajo la lluvia y Test de la familia.).

Los indicadores emocionales, de las entrevistas psicológicas de los padres y el niño, y de las pruebas proyectivas existentes en el expediente y las realizadas, se codificaron, utilizando un código, con el objetivo de ser utilizado como guía de evaluación de las entrevistas y pruebas proyectivas.

El código está integrado por cinco partes: I. Identificación del sujeto, II. Entrevista con los padres y el niño, III. Test de la Figura Humana, IV. Test de Persona bajo la Lluvia y V. Test de la Familia. Cada apartado contiene un número determinado de ítems con diferentes posibilidades, en las que se encuentran los indicadores depresivos. (Ver el Anexo I.).

Los datos hallados de las pruebas y las entrevistas, se concentraron en un formato diseñado ex-profeso para la investigación. (Ver al Anexo II.). Las variables, localizadas en cada una de las pruebas psicológicas y de las entrevistas, fueron calificados por presencia - ausencia.

Posteriormente se identificaron los indicadores depresivos, encontrados en los instrumentos utilizados.

Las variables fueron procesadas en el paquete estadístico SPSS para Windows. Y a partir de los hallazgos obtenidos se realizaron los análisis de la información.

Se utilizó estadística descriptiva y estadística inferencial. El Tratamiento Estadístico, fue por medio de frecuencias, la prueba t y de la Ji (Chi) cuadrada. Para poder comparar los indicadores depresivos que presentan cada una de las muestras estudiadas (niños enuréticos y niños con trastornos del aprendizaje).

CAPÍTULO V.

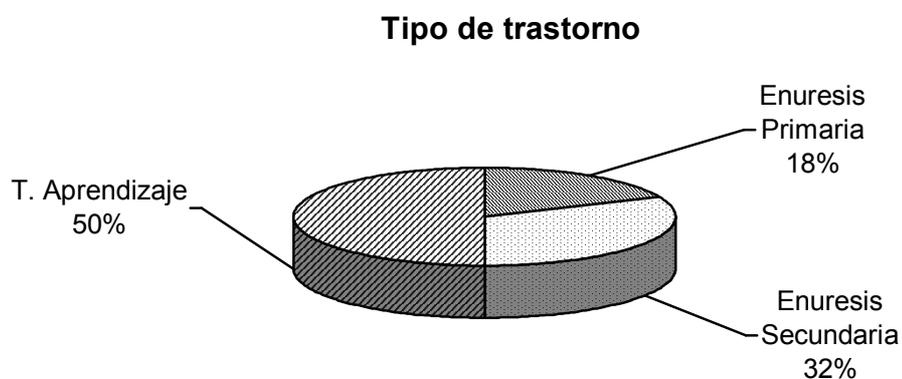
ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Tomando en cuenta que el Trastorno de la Enuresis y los Trastornos del Aprendizaje, pueden generar en el niño indicadores depresivos y que afectan los hábitos de vida, tanto del niño como de la familia, el presente estudio se enfocó a determinar cuántos y cuáles indicadores de depresión presenta cada grupo y si entre éstos, existe alguna diferencia. Los indicadores de depresión se observaron a través de la Entrevista con los padres y niños, y de las Pruebas proyectivas: Test de la Figura Humana de K. Machover, Test de Persona bajo la Lluvia de Hammer, y Test de la Familia de Corman.

Para analizar los resultados se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial. En la primera fase del análisis, se utilizó estadística descriptiva para observar y conocer las características generales de la muestra completa y de cada uno de los grupos. Para tal fin, se utilizó el análisis de frecuencias, encontrando los siguientes resultados:

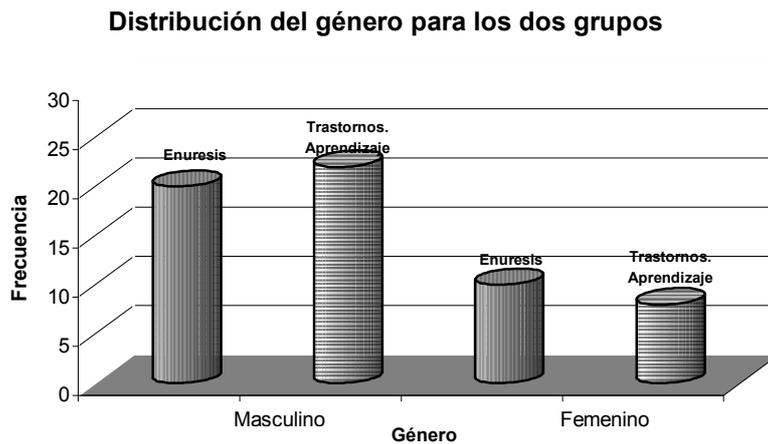
La muestra estuvo constituida por 60 sujetos, con una proporción de 50% de sujetos para cada uno de los grupos (enuresis y trastornos del aprendizaje).

El grupo de Trastornos del Aprendizaje estuvo integrado por 30 sujetos, mientras que el grupo de Enuresis estuvo conformado por dos subgrupos, de los cuales el 18% presentó Enuresis Primaria y el 32% Enuresis Secundaria.



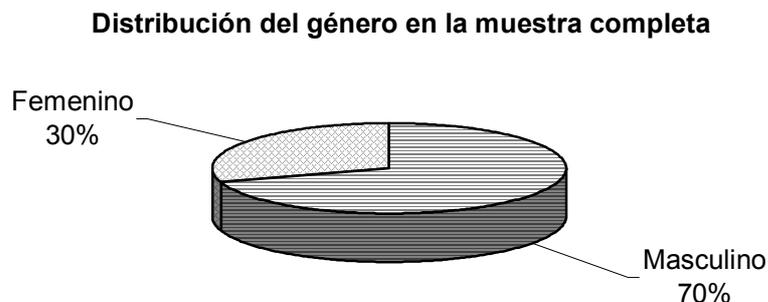
Gráfica no.1.

Respecto a la distribución por género, ésta se comportó de la siguiente forma; el grupo de Trastornos del Aprendizaje (TA) estuvo constituido por 22 sujetos del sexo masculino (73.3%) y 8 sujetos del sexo femenino (26.7%). En cuanto al grupo de enuresis el mayor porcentaje lo obtuvo el género masculino con un 66.7% (20 varones) contra 33.3% (10 niñas) conseguido por el género femenino. (ver gráfica no.2).



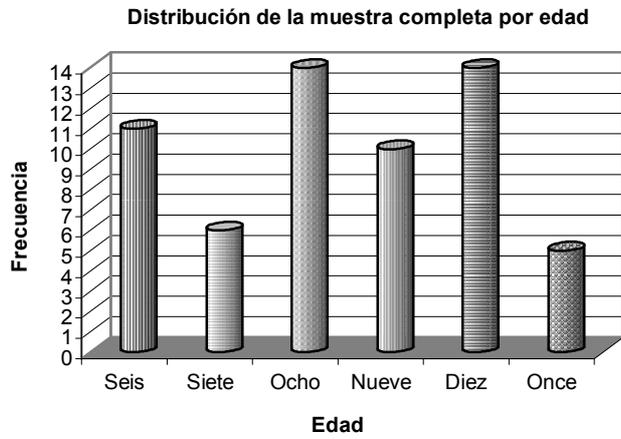
Gráfica no.2.

En general el género con mayor proporción (70%) dentro de la muestra completa fue el masculino.

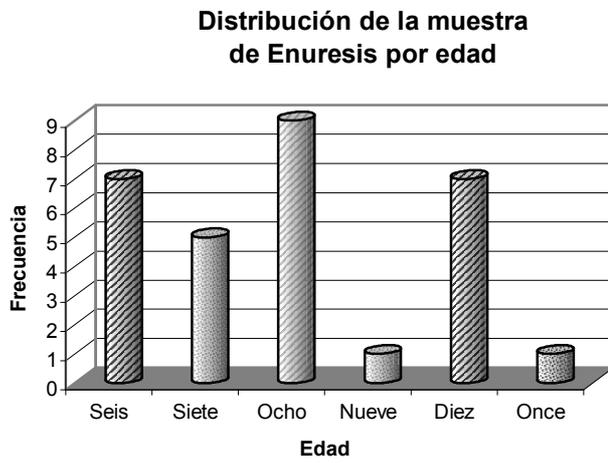


Gráfica no.3.

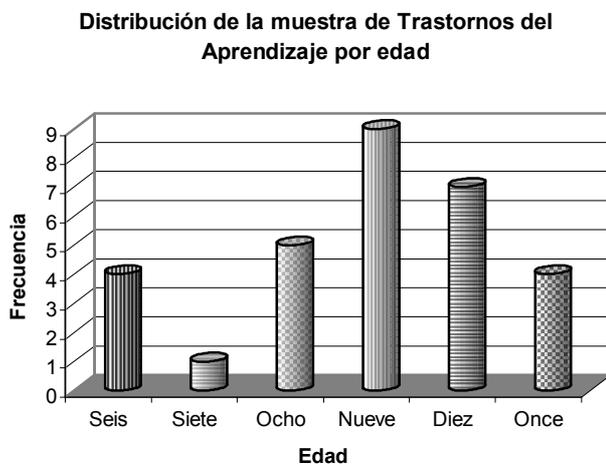
Otra característica de la muestra, es la edad. Las edades fluctuaron entre los 6 y 11 años. En la gráfica no. 4 se observa que dentro de la muestra completa la edad con mayor frecuencia la ocupan los 8 y 10 años de edad. En el grupo de niños con enuresis, el porcentaje más alto (30%) lo ocupa la edad de 8 años, mientras que en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje el porcentaje más alto (30%) lo obtuvo la edad de 9 años. (ver gráfica 5 y 6).



Gráfica no. 4.

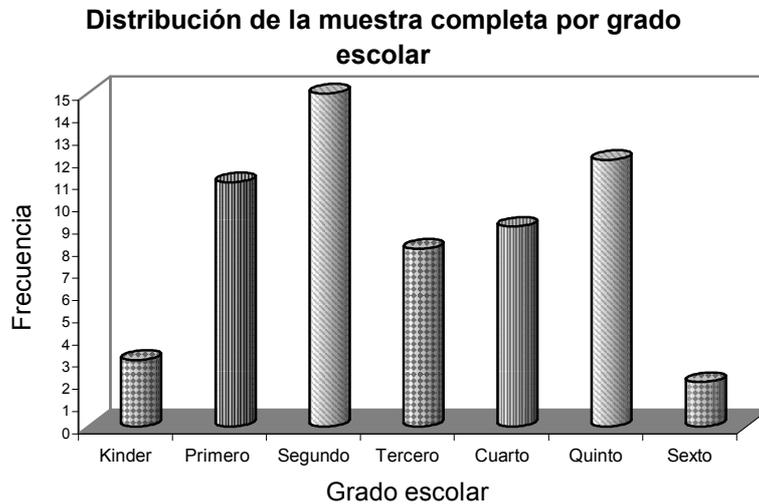


Gráfica no.5.



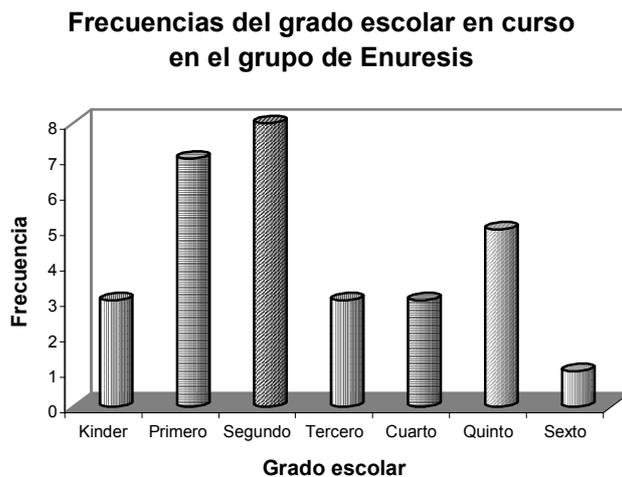
Gráfica no. 6

El grado escolar que presenta la muestra completa, con la mayor proporción es el Segundo año de educación primaria con un 25%.



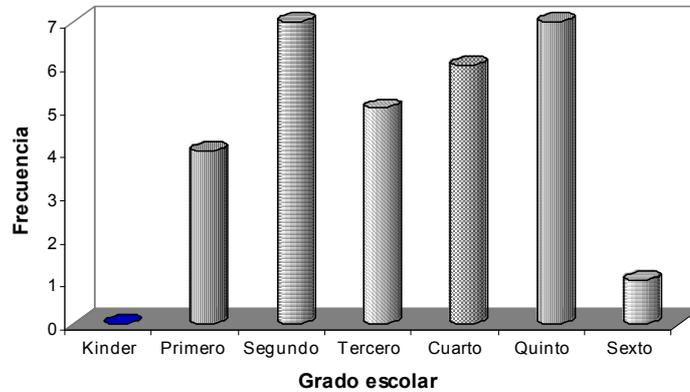
Gráfica no.7.

En la gráfica no.8 se muestra las frecuencias obtenidas para el grado escolar del grupo de enuréticos, encontrando que la mayor frecuencia la ocupa el 2° de primaria con un (26.7%). Mientras que en el grupo de Trastornos del Aprendizaje 2° y 5° de primaria obtuvieron las frecuencias más altas (23.3%) cada uno. (ver gráfica no.9).



Gráfica no. 8.

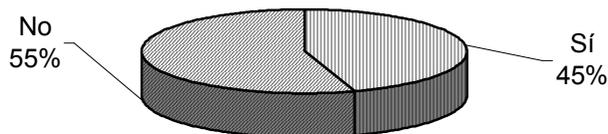
Frecuencias del grado escolar en curso en el grupo de Trastornos del Aprendizaje



Gráfica no. 9.

En cuanto a la Integración familiar, se encontró que dentro de la muestra completa el 45% de los padres se encuentran divorciados o separados mientras que el resto se encuentran juntos. (gráfica no. 10). El total de la muestra completa cuenta con su madre viva y el 7% de los niños presenta fallecimiento del padre.

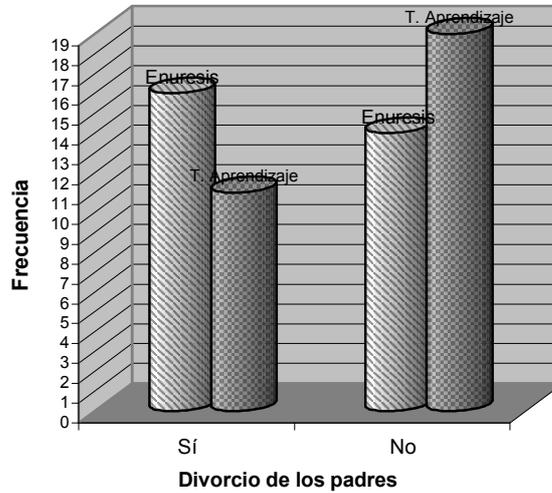
Divorcio o separacion de los padres



Gráfica no.10.

En la gráfica no.11 se muestran las frecuencias obtenidas de padres divorciados o separados de los dos grupos estudiados. Encontrando que el mayor porcentaje de padres divorciados o separados corresponde al grupo de enuréticos (53.3%), mientras que el (36.7%) corresponde al grupo de trastornos del aprendizaje.

Distribución de Divorcio o Separación de los padres por cada grupo

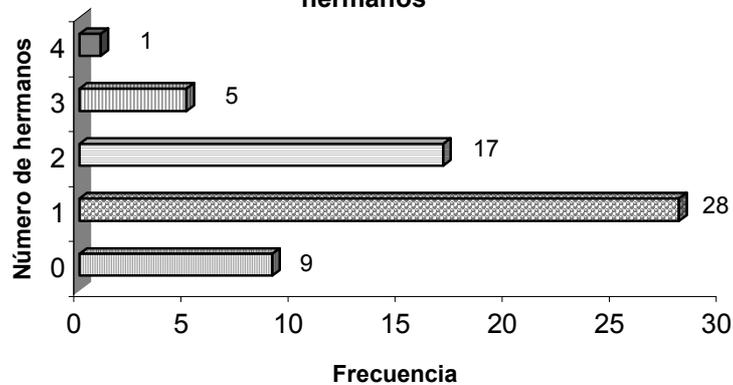


Gráfica no. 11.

Debido a que sólo se registró un 3% de sujetos que si tienen madrastra, la mayor proporción de la muestra completa no tiene madrastra. En lo que respecta al padrastro, la frecuencia se comporta de manera similar a la característica anterior, debido a que el mayor porcentaje de la muestra completa no tiene padrastro, encontrando solo un 7% que si tiene padrastro.

Por último el número de hermanos que obtuvo la mayor frecuencia fue; “un hermano” obteniendo el 47% del total de la muestra completa, en contraste con la cantidad de cuatro hermanos que obtuvo la menor proporción (2%).

Distribución de la muestra completa por números de hermanos



Gráfica no.12.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los indicadores de depresión que mostraba cada grupo y el procedimiento que se efectuó fue el siguiente:

A través de la entrevista con los padres y niños, y de las pruebas proyectivas: Test de la Figura Humana de K. Machover, Test de Persona bajo la Lluvia de Hammer, y Test de la Familia de Corman; se obtuvieron los datos requeridos para esta investigación.

Teniendo capturadas las variables que integran el código (Anexo I). Se inició la asignación de indicadores de depresión, a partir de la primera variable del apartado de Entrevistas (sentimiento de aceptación), hasta la última variable (figura más diferente al resto de la familia) que se localiza en la parte de Test de la Familia. Se asignó (1) a los indicadores de depresión, y se asignó (0) a la posibilidad que no se considera como indicador de depresión. El criterio utilizado para asignar estas calificaciones fue en base a las características de la depresión en los niños que son propuestas por Weinberg (1973) y por el sustento teórico que presentan los autores de cada una de las pruebas proyectivas utilizadas.

Finalizado lo anterior, se prosiguió a obtener el total de indicadores depresivos por cada variable, y la distribución de indicadores depresivos para el grupo de enuréticos y para el grupo de trastornos del aprendizaje. Para posteriormente hacer la comparación estadística y determinar las diferencias entre los grupos, en función de la cantidad de rasgos depresivos de cada uno.

Tabla. 3. Distribución de la frecuencia de niños y su cantidad de indicadores de depresión obtenidos.

ENURESIS			TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE		
Cantidad de niños	Total de indicado. depresivos presentados	Porcentaje Poblacional	Cantidad de niños	Total de indicado. depresivos presentados	Porcentaje Poblacional
1	25	3.3	1	12	3.3
3	29	10.0	1	15	3.3
2	30	6.7	1	16	3.3
2	31	6.7	1	22	3.3
2	32	6.7	1	23	3.3
1	33	3.3	4	24	13.3
1	34	3.3	2	25	6.7
1	35	3.3	1	26	3.3
3	36	10.0	2	27	6.7
1	37	3.3	1	29	3.3
2	39	6.7	3	30	10.0
1	40	3.3	1	31	3.3
2	42	6.7	2	32	6.7

ENURESIS			TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE		
Cantidad de niños	Total de indicado. depresivos presentados	Porcentaje Poblacional	Cantidad de niños	Total de indicado. depresivos presentados	Porcentaje Poblacional
1	43	3.3	1	33	3.3
2	44	6.7	1	35	3.3
2	45	6.7	3	36	10.0
1	46	3.3	2	37	6.7
1	48	3.3	1	39	3.3
1	49	3.3	1	47	3.3
Total= 30		100.0	Total= 30		100.0

Ya totalizado los indicadores de depresión, se utilizó la prueba estadística t de student, para comparar los promedios de los indicadores depresivos entre el grupo de niños con enuresis y el grupo de niños con trastornos del aprendizaje.

Los datos se operaron dentro de una escala intervalar, determinándose un nivel de significancia de 0.05 ($\alpha= 0.05$) teniendo una probabilidad de acertar igual al 95%.

El análisis incluyó las dos muestras independientes, al grupo de niños con enuresis (N= 30), y el grupo de niños con trastornos del aprendizaje (N= 30).

Con 58 grados de libertad dentro de la distribución. La t obtenida cae en la región crítica (esto es, $4.490 > 1.671$), por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_1 , con una confiabilidad de 95%, es decir, si existe diferencia en las medias de las muestras estudiadas; con $\alpha= 0.05$

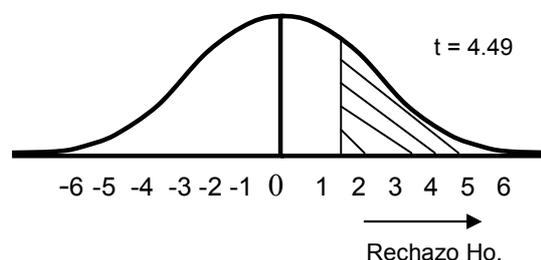


Figura 1. Muestra la distribución t y la región crítica.

Tabla 4. Promedio del puntaje de depresión y desviación estándar para el grupo de enuresis y el de trastornos del aprendizaje. Valor t y significancia.

Grupo	Promedio del puntaje de depresión. (\bar{x})	Desviación Estándar. (σ)	Valor t	α
Enuresis	37.03	6.59	4.49	.000
Trastornos del Aprendizaje	28.80	7.57		

De acuerdo con los resultados obtenidos, y el análisis de la t se puede decir que, sí hay una diferencia estadísticamente significativa, entre las medias del grupo de niños enuréticos y el grupo de niños con trastornos del aprendizaje, puesto que los indicadores depresivos son más altos en el grupo de enuresis ($\bar{x}_E > \bar{x}_{TA}$).

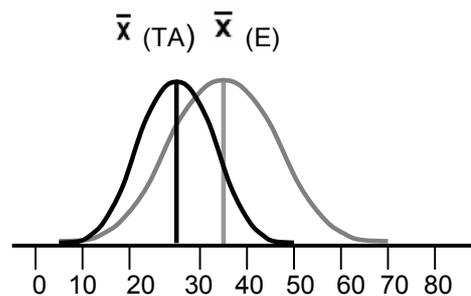


Figura 2. Distribución de la diferencia entre las medias muestrales de los indicadores de depresión.

Una vez obtenida la comparación del total de indicadores depresivos por grupos, y encontrado que los niños enuréticos presentan más indicadores de depresión que los niños con trastornos del aprendizaje; se procedió a determinar de cada una de las variables calificadas, cuáles son las que presentan una diferencia significativa entre un grupo y otro, en función de la cantidad de indicadores depresivos y para estos fines se uso la técnica estadística χ^2 . En el análisis que se presenta a continuación, sólo se incluyen los resultados significativos.

Tabla 5. Puntajes significativos de la comparación de la cantidad total de indicadores depresivos por variable entre los grupos.

Variable	Contenido	Ji Cuadrado	α	Enuresis		Trastornos del Aprendizaje	
				Frec.	Porcentaje	Frec	Porcentaje
1. Sentimiento de no Aceptación.	Se sienten rechazados y temen al abandono.	4.043	0.044	29	96.7	24	80
3. Conducta Disocial.	Uso peligroso del fuego y hurtos.	4.356	0.037	4	13.3	11	36.7
4. Ideación Autodespreciativa.	Sentimiento de culpa. Muestra vergüenza. Baja Au.	11.882	0.001	29	96.7	18	60
5. Área Social.	Tiene pocos amigos Juega sólo. Aisla.	4.812	0.028	27	90	20	66.7
6. Rendimiento escolar.	Distractibilidad y Bajo Rendimiento.	6.667	0.010	24	80	30	100
10. Técnicas control de esfínteres.	Ignorar. Regaños y Castigos. Golpes.	5.934	0.015	24	80	15	50
16. Ts. del sueño.	Insomnio. Hiperso. Pesadillas. Terrores Nocturnos	4.286	0.038	18	60	10	33.3
18. Ansiedad.	Sí	5.079	0.024	25	83.3	17	56.7
23. Intranquilidad.	Sí	7.200	0.007	27	90	18	60
26. Tipo de línea.	Velosa o esbozada. Fragmentada o Quebrada. Rectas.	9.263	0.002	27	90	15	50
28. Tamaño.	Pequeño	6.667	0.010	20	66.7	10	33.3
32. Tipo de historia.	Negativa	4.286	0.038	20	66.7	12	40
47. Presión del trazo.*	Débil.	5.455	0.020	5	16.7	-	0
48. Tipo de línea. (Test Persona B. Lluvia)	Velosa o Esbozada. Fragmentada o Quebrada. Rectas.	9.090	0.003	25	76.7	12	40
50. Tamaño. (P.B. LI).	Pequeño.	5.455	0.020	21	70	12	40
57. Expresión facial.	Negativa	4.344	0.037	18	60	11	36.7
67. Ausencia. figura primaria.*	Sí	4.286	0.038	4	13.3	-	0

* Calculado por la Prueba de Fisher.

- Celda con valor cero.

Todos los valores de χ^2 de las variables de depresión fueron comparados con un nivel alfa de .05 ($\alpha = 0.05$) y $gl = 1$. Y sólo los valores que son enlistados en la tabla 5, tienen una χ^2 significativa.

Dentro de la sección: Entrevista con los padres y el niño.

En la variable no.1 **sentimiento no de aceptación**, encontramos lo siguiente; se obtuvo una $\chi^2 = 4.043$, con 1 grado de libertad y una $\alpha = 0.044$. Tenemos que $p \leq 0.05$.

Respecto a la variable no. 3 **conducta disocial**. Se encontró que sí existe una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a su puntaje obtenido entre el grupo de niños con enuresis y el grupo de niños con trastornos del aprendizaje. Debido a que se hallaron los siguientes resultados, una $\chi^2 = 4.356$, y una $\alpha = 0.037$ Esto es $p \leq 0.05$.

En el caso de la variable no.4 **ideación autodespreciativa**. El valor de $\chi^2 = 11.882$; su significancia es de .001, dado que $p \leq 0.05$, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje, en cuanto a la ideación autodespreciativa.

Para la variable no.5 **socialización**, con un valor de $\chi^2 = 4.812$, y con una $\alpha = 0.028$ y en virtud de que $p \leq 0.05$. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños con enuresis y los niños con trastornos del aprendizaje, en cuanto a la socialización.

En la variable no. 6 **rendimiento escolar**. La χ^2 obtuvo un valor de 6.667 con una $\alpha = .010$ y dado que este valor es menor al nivel de significancia 0.05. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al rendimiento escolar.

La variable no 10. técnicas para el **control de los esfínteres**. En ésta variable se encontró una $\chi^2 = 5.934$, con una $\alpha = 0.015$. Esto es $p \leq 0.05$, se puede decir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños con enuresis y los niños con trastornos del aprendizaje, en cuánto al tipo de entrenamiento que reciben para el control de esfínteres. Se observa que el 33.3 % de los padres de los niños enuréticos emplearon un técnica a base de regaños, castigos y golpes mientras que en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje, ningún caso presentó ésta combinación de técnicas. Detalladamente, los Regaños y Castigos ocuparon el (26.7%) en el grupo de niños enuréticos, los Golpes un (13.3%) y la combinación de Regaños, Castigos y Golpes, como se acaba de señalar en un (33.3%).

Así mismo en la variable no.16 **trastornos del sueño**, se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje, respecto a la cantidad de trastornos del sueño que presentan. Con un valor de $\chi^2 = 4.286$ una $\alpha = 0.038$. Decimos que $p = \leq 0.05$. En el grupo de niños enuréticos el 60% presentó de uno a más de un trastorno del sueño,

mientras que el 33.3% del grupo de niños con trastornos del aprendizaje presenta un trastorno del sueño o más de uno, debido a que el 66.7% restante no presenta ningún tipo de trastornos del sueño.

En cuanto a la variable no. 18 **ansiedad**. Se halló que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños con enuresis y los niños con trastornos del aprendizaje, respecto a la ansiedad. Los niños con enuresis presentan mayor ansiedad que los niños con trastornos del aprendizaje, en virtud de que se puede observar que un 83.3 %manifiestan ansiedad, comparado con un 56.7% del grupo de niños con trastornos del aprendizaje. Los resultados del estadígrafo aplicado fueron los siguientes: una $\chi^2 = 5.079$, con una $\alpha = 0.024$. Esto es $p \leq 0.05$.

Para la variable no. 23 **intranquilidad**, se puede observar un valor $\chi^2 = 7.200$, con un $gl=1$ y $\alpha = 0.007$. Tenemos que $p \leq 0.05$. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje en cuanto a la intranquilidad. Los niños con enuresis tienen mayor intranquilidad que los niños con trastornos del aprendizaje, debido a que el 90% de los casos de los niños enuréticos están intranquilos y el 10% restante manifiestan tranquilidad, mientras que en los niños con trastornos del aprendizaje se observa que el 40% de éstos se encuentran tranquilos.

En Test del dibujo de la Figura Humana:

La variable no.27 **tipo de línea**. Obtuvo una $\chi^2 = 9.263$, con una $\alpha= 0.002$, dado que éste valor $p \leq 0.05$, se rechaza H_0 y se acepta H_1 . Esto es, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al tipo de línea realizada en el test del dibujo de la figura humana. El tipo de línea que más frecuencia obtuvo en el grupo de enuréticos fue línea vellosa o esbozada con un 36.8%, mientras que éste mismo tipo de línea en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje sólo registró el 16.7% del total de sus casos.

Por lo tanto se puede decir que los niños enuréticos presentan más tipos de líneas que representan indicadores de depresión en comparación con los niños con trastornos del aprendizaje.

Respecto a la variable no. 28 **tamaño**. La χ^2 obtuvo un valor de 6.667 y una $\alpha = 0.010$. $p \leq 0.05$. Esto es, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al tamaño de la figura dibujada en el test de la figura humana. Los resultados muestran que el tamaño pequeño de la figura, obtiene un porcentaje mayor (66.7%) dentro del grupo de niños con enuresis, mientras que en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje se registra un 33.3%.

En el caso de la variable no. 32 **tipo de historia** en el test de la figura humana. El valor de $\chi^2 = 4.286$ su significancia es de 0.038, $p \leq 0.05$. Es decir existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo de enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, en cuanto al tipo de historia plasmada en el test de la figura humana. Los hallazgos muestran que en el grupo de niños con enuresis el tipo de historia negativa obtiene un 66.7%, esto es el porcentaje más alto de las opciones investigadas en esta variable, en contraste con el 36.7% obtenido para el tipo de historia negativa en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje

Para el Test de la Persona bajo la Lluvia:

Se encontró que la variable no. 47 **presión de trazo**, en test de la persona bajo la lluvia. Una $\chi^2 = 5.455$ con una $\alpha = 0.020$ donde $p \leq 0.05$. Es decir existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, en cuanto a la presión del trazo ejercida en el dibujo de persona bajo la lluvia. Se observa que la presión del trazo débil consiguió un 16.7% en el grupo de niños enuréticos, pero en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje ningún caso la registró.

En la variable no. 48 **tipo de línea** del test de la persona bajo la lluvia, se encontró una $\chi^2 = 9.090$ con una $\alpha = 0.003$, en virtud de que $p \leq 0.05$. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje, respecto al tipo de línea realizada en el dibujo de persona bajo la lluvia. El tipo de línea que mayor porcentaje obtuvo en el grupo de enuréticos fue línea vellosa o esbozada con un 36.7%, mientras que en el grupo de niños con trastornos de aprendizaje la línea vellosa o esbozada alcanza solo un 16.7%.

En la variable no. 50 **tamaño** de la figura, en test de la persona bajo la lluvia, se encontró como se observa en la tabla no.5 una $\chi^2 = 5.455$ y una $\alpha = 0.020$, por lo tanto $p \leq 0.05$. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños del grupo de enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, en cuanto al tamaño de la figura dibujada. Debido a que el 70% de los niños con enuresis realizan una figura de tamaño pequeña, en contraste con el (40%) del grupo de niños con trastornos del aprendizaje.

Así mismo en la variable no. 57 **expresión facial** del test de persona bajo la lluvia, se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje, respecto al tipo de expresión facial que presentan. Debido a que se obtuvo una $\chi^2 = 4.344$ y una $\alpha = 0.037$ esto es $p \leq 0.05$. Los niños con trastornos del aprendizaje presentaron un 36.7% para la expresión facial negativa, mientras que los niños enuréticos alcanzan su mayor porcentaje (60%). en expresión facial negativa.

Dentro del Test del dibujo de la Familia:

En la variable no. 67 **ausencia de alguna figura primaria**. Se puede observar que ninguno de los niños con Trastornos del Aprendizaje, omitió alguna figura primaria, sin embargo en el grupo de niños enuréticos un 13% si registró la ausencia de alguna figura primaria. La figura que más se omite es la materna (3 veces) y 1 vez el papá. Para este indicador se halló $\chi^2 = 4.286$, una $\alpha = 0.038$, consecuentemente decimos que $p \leq 0.05$. Por lo tanto se puede decir que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niños enuréticos y los niños con trastornos del aprendizaje, en cuanto a la ausencia de alguna figura primaria dibujada en el test de la familia

Cabe señalar que las frecuencias y porcentajes de cada una de las opciones de las variables que resultaron significativas, las cuales incluyen los indicadores de depresión, se encuentran detallados en el Anexo III.

CAPÍTULO VI.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 DISCUSIÓN

La Psicología presta atención a distintas poblaciones existentes, por ejemplo a la población infantil, grupo que en muchas ocasiones es vulnerable a problemas emocionales. Se ha observado que los distintos trastornos que afectan la niñez como la Enuresis y los Trastornos del Aprendizaje, producen un deterioro en la autoestima del niño, así mismo influyen en la forma cómo el niño se percibe, el cómo los demás lo perciben y cómo a partir de esto se construye el tipo de relación que mantienen; que en ocasiones conlleva a presentar indicadores depresivos, los cuales deben recibir una atención y tratamiento adecuados porque uno de sus riesgos más graves es el suicidio.

La depresión en la infancia ha sido objeto de reconocimiento y atención creciente en las últimas décadas, sin embargo existen diferencias entre los investigadores en cuanto a su duración y manifestaciones, etc. Cabe señalar que la tasa de incidencia en los últimos años, tiende al ascenso. El presente estudio se apoyó en los criterios clínicos expuestos por Weinberg en 1973 para diagnosticar la depresión en los niños, estos criterios exigen la presencia de humor disfórico e ideas autodespreciativas, y son necesarios dos o más de los ocho síntomas restantes (conducta agresiva, alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, disminución de la socialización, cambios en la actitud frente a la escuela, quejas somáticas, disminución de la energía habitual, y cambio en el apetito y/o peso habituales). Estos síntomas deben haber estado presentes durante un mes como mínimo.

A través de la entrevista con los padres y niños, y de las pruebas proyectivas: Test de la Figura Humana de Machover, Test de Persona bajo la Lluvia de Hammer, y Test de la Familia de Corman; se obtuvieron los datos requeridos para el presente estudio.

De acuerdo al objetivo de esta investigación, en el análisis estadístico como primer punto se analizaron las características de la muestra y se encontró, que en cuanto al grupo de enuresis el mayor porcentaje lo obtuvo el **género** masculino con un 66.7% (20 varones) contra 33.3% (10 niñas) conseguido por el género femenino. Lo que

coincide con los datos epidemiológicos descritos por diferentes autores como Albarran (1979), Duche (1992), Vázquez y Lara (1998), Moilanen (1998), Mujica (2000) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (2001), donde señalan que el mayor índice de casos de enuresis, se localiza dentro del género masculino. En general el género con mayor proporción (70%) dentro de la muestra completa fue el masculino.

Respecto a la **edad**, el grupo de niños con enuresis, presentó su porcentaje más alto (30%) a la edad de 8 años, así mismo en el estudio de Moilanen, et al. (1998) la enuresis fue más frecuente a la edad de ocho años.

Otra característica de la muestra es el **tipo de familia**, en nuestro estudio, las familias del grupo de niños enuréticos en el 53.3% son separados o divorciados. Anteriormente, referente a la integración de la familia Kaffman y Elizur (1977) (cit. en Rutter, 1985) encontraron en sus estudios que los niños que se habían separado de sus madres durante el periodo del control de esfínteres se orinaban sobre su vestimentas todavía a los siete años, y que los niños que habían tenido una separación de sus padres, a los cuatro años alcanzaban un control vesical menor que los que no habían tenido una separación de sus padres.

Sin embargo, Vázquez y Lara (1998) consideran que la enuresis se integra como un rasgo de comportamiento sin conflicto para la vida personal, familiar e incluso social, no se le considera un rasgo negativo y aún cuando es desagradable para él niño, no le afecta en sentir desamor o rechazo; nuestro estudio difiere en este aspecto, no dudamos que puedan existir casos así (familia integrada y afectuosa), pero en nuestros resultados y análisis, encontramos lo contrario: familias separadas o con divorcio en (53.3%), y en un (96.7%) de los casos los niños enuréticos presentaron sentimiento de no aceptación.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de cada una de las variables que contienen los indicadores de depresión, para conocer si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, respecto a la presencia de éstos; encontrando que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, en 17 variables consideradas en el estudio. Presentando más indicadores los niños enuréticos. Las variables significativas son: Sentimiento de no Aceptación, Conducta Disocial, Ideación

Autodespreciativa, Socialización, Rendimiento Escolar, Técnicas correctivas para el control de los esfínteres, Trastornos del sueño, Ansiedad, Intranquilidad, Tipo de línea, Tamaño de las figuras, Tipo de historia, Presión del trazo, Expresión facial, y Ausencia de alguna figura primaria.

Considerando de manera absoluta las 17 variables significativas obtenidas del total de las variables, el que 13 de ellas correspondan a los niños enuréticos, representa un 76% en términos absolutos para este grupo, siendo un alto porcentaje equivalente a $\frac{3}{4}$ partes del total de las variables significativas.

Como se mencionó anteriormente, con el interés de conocer cuáles son los indicadores depresivos que resultaron ser significativos entre los niños con enuresis y los niños con trastornos del aprendizaje, se llevó a cabo un análisis preciso. A continuación se discuten los indicadores que resultaron significativos.

En primer lugar se observó que el grupo de niños con enuresis tiene un **sentimiento de no aceptación** (96.7%) mayor que los niños con trastornos del aprendizaje. Este indicador tiene como posibles respuestas el **sentirse rechazado y/o no sentirse querido, temer al abandono** y por último la posibilidad de presentar las dos opciones anteriores a la vez.

El sentirse no aceptados se relaciona con lo que menciona Díaz-Atienza (1999) sobre que los niños que presentan enuresis están mayormente expuestos a las descalificaciones por parte de los hermanos y de los padres. Por ejemplo si un niño que tiene trastornos del aprendizaje y por lo tanto presenta dificultad para realizar sus tareas escolares, probablemente el hermano mayor o la madre traten de ayudarlo, mientras que en un niño que presenta enuresis está actitud de tolerancia o ayuda quizá sea más difícil de registrar, y probablemente se observe con más frecuencia que padece de regaños y desacreditaciones por parte de su medio. Se debe dejar claro que los niños con trastornos del aprendizaje también sufren de descalificaciones pero en los niños enuréticos son más agudas quizá porque los trastornos del aprendizaje son vistos por la familia como algo que puede tener ayuda de un maestro y en el caso de los enuréticos muchas veces se desconoce por completo el origen y tratamiento adecuado y por consiguiente no se acude a la atención correcta, y la convivencia cotidiana entre el niño y su familia se va tornando difícil.

Referente a lo anterior Butler (1987) (cit. en Díaz–Atianza, et al., 1999) indica, que los niños mayores con enuresis, están expuestos a una mayor morbilidad psiquiátrica debido al mayor tiempo de evolución, y a la desaprobación familiar que sería más acentuada.

Sin embargo, en el estudio realizado por Vázquez y Lara (1998) se observó que la autoestima de los enuréticos no se ha visto disminuida, ya que estos niños son aceptados con todas sus cualidades y defectos. Y además encontraron que son bien aceptados en el núcleo familiar. Evidencia no encontrada en nuestro estudio. En nuestra investigación, los niños enuréticos son rechazados, burlados, castigados e incluso amenazados. Así mismo Fernández, (2000) señala que la poca calidez y aceptación, que padece el niño enurético favorece a que se presente la depresión, con influencia particular sobre la generación de la conducta de aislamiento.

Se puede decir que los niños con enuresis presentan un mayor sentimiento de no aceptación que los niños con trastornos del aprendizaje.

En el indicador de depresión, **conducta disocial**, encontramos que un (36.7%) de los niños con trastornos del aprendizaje tienen un mayor puntaje de conductas disociales como es el uso peligroso del fuego (10 %) y hurtos (20%) en comparación con los niños enuréticos. Esto puede verse justificado con lo que refiere Ross (1997) respecto a que los niños con trastornos del aprendizaje difícilmente logran consolidar el sentimiento de capacidad y/o de valía personal, por lo que quizá se vuelven tímidos o se desquitan en la sociedad con conductas delictivas. (cit. en Craig, 1997). Además se ha descrito que alrededor del 10-25% de las personas con trastorno disocial, y trastorno negativista desafiante, también presentan trastornos del aprendizaje. (DSM-IV, 2001).

Por lo tanto los niños con trastornos del aprendizaje presentan un mayor puntaje de conductas disociales (**hurto y uso peligroso del fuego**) en comparación con los niños enuréticos. Cabe hacer mención que una cuestión muy discutida es si existe una relación entre los TA y un comportamiento disocial posterior, si bien esta conexión se ha observado, no existen pruebas considerables que demuestren la existencia de una relación entre los TA y una frecuencia excesiva de conductas antisociales. (Wicks, 1997).

Los niños con enuresis tienen mayor **ideación autodespreciativa** que los niños con trastornos del aprendizaje; en virtud de que sólo un caso del grupo de enuréticos no indicó tener conductas que configuran la ideación autodespreciativa como lo son la **baja autoestima, mostrar vergüenza y tener sentimientos de culpa**. Igualmente Sean (1971) distingue vergüenza reactiva, menosprecio de sí mismo y sentimiento de culpa en los niños enuréticos. Reca, T. (1969) coincide al haber encontrado en niños enuréticos también sentimientos de culpa. Cabe señalar que estos indicadores los podemos ubicar dentro del apartado de ideación autodespreciativa propuesto por Weinberg (1973) (cit. en Cantwell y Carlson; 1987) que utiliza para operacionalizar los síntomas de depresión.

En 1972 Kanner distingue que castigar, regañar y avergonzar a los niños por el evento enurético, sólo crea o agrava sentimientos de culpa o imperfección. En el presente estudio se halló que los padres hacían uso de regaños, castigos y golpes con sus hijos enuréticos, lo que podría estar explicando los sentimientos de culpa y baja autoestima que se encontraron en este grupo.

Respecto a la **socialización** se identificó que los niños con enuresis presentan disminución de la socialización en comparación con los niños que tienen trastornos del aprendizaje. Aunque en ambos grupos hay disminución de la socialización. Se observó que un alto índice (90%) de niños enuréticos, **juega sólo o permanece en aislamiento**. Este indicador es muy importante debido a que la edad en que fluctúa la muestra (6-11 años) la inserción social resulta ser valiosa, por lo regular la enuresis y los trastornos del aprendizaje se hacen presentes cuando el niño ingresa a la escuela.

En este estudio se pudo observar cómo el deterioro social que provoca la enuresis en los niños es significativo, ya que es blanco de fuertes burlas y rechazo por parte de sus pares, en virtud de que el 90% de niños con Enuresis dentro de su área social tiene pocos amigos, juegan solos o se encuentran aislados, además el 96.7% se sienten rechazados y temen al abandono por parte de su núcleo familiar.

Por otro lado, el campo social del niño enurético se ve aminorado debido a que al niño con enuresis muchas veces se le restringe o priva de paseos en los que se tenga que pernoctar, quedarse a dormir en una casa ajena, debido a que se teme a la desaprobación social que provocaría el que los demás personas se enteren de que el niño padece de enuresis. Así mismo también es importante señalar que cualquiera que

sea la edad en que se presente la enuresis ésta será suficiente motivo para que los demás se alejen del niño que la padece, en contraste con un niño con trastornos del aprendizaje, ya que éste no tiene un contenido antihigiénico, de suciedad, que muchas veces se inscribe en la perspectiva que se tiene de la enuresis.

Butler (1987) (cit. en Toro, 1992) señala tendencia en algunos enuréticos a ser más retraídos socialmente que la población promedio de la misma edad. Recientemente García, Tarrega y Gonzalez (1998) reveló que el 10% de los niños de su población estudiada presentaba enuresis en curso, encontrando asociación con dificultades sociales.

Se concluye que los niños enuréticos en cuanto a su socialización tienen una mayor cantidad de indicadores depresivos (juegan solos y/o experimentan aislamiento) que los niños con trastornos del aprendizaje; esto es los niños enuréticos presentan más dificultades en la adaptación social comparativamente con los niños de trastornos del aprendizaje.

El bajo rendimiento escolar y la distractibilidad en los trastornos del aprendizaje es lo esperado, en ésta investigación el indicador bajo rendimiento escolar y distractibilidad son incluidos porque forman parte de los criterios diagnósticos de depresión usados por Weinberg. Esta variable (rendimiento escolar) logró discriminar entre un grupo y otro, y con ello se enriquece y confirma la nosología de los Trastornos del Aprendizaje, y el dato de que se ha observado según el DSM-IV que el bajo rendimiento escolar en los trastornos del aprendizaje es constante en las distintas evaluaciones que se les puedan hacer a éste grupo de niños.

En el indicador de **rendimiento escolar**, se encontró que los niños con trastornos del aprendizaje tienen un menor rendimiento escolar que los niños enuréticos, signo que se inscribe dentro de los criterios de depresión señalados por Weinberg en 1973. Lo que aquí se observa es la evidencia que hacen los niños con trastornos del aprendizaje, de uno de los puntos que engloban el diagnóstico para los (TA), que es el bajo rendimiento escolar, en esta investigación se detectó un alto índice de **distractibilidad y bajo rendimiento escolar** en el grupo con trastornos del aprendizaje.

Por otro lado, encontramos que los niños con enuresis también presentan un alto nivel de distractibilidad y bajo rendimiento escolar, lo que habla de que muchas veces los

niños están preocupados por lo que les circunda y no pueden concentrarse lo suficiente en tareas abstractas como las que se desarrollan en la escuela. Igualmente García, et al. (1998) encontró una asociación con bajo rendimiento escolar en un grupo de niños enuréticos. Cabe señalar que en virtud de que los niños pasan gran parte de su día en la escuela, los maestros podrían servir de forma valiosa colaborando con la detección de la depresión en los niños, así como lo señala Brueckner (1986) y Son y Kirchner (2000).

Por lo tanto el Bajo Rendimiento Escolar y la distractibilidad es mayor en los niños con trastornos del aprendizaje que en los niños enuréticos.

Respecto al **control de los esfínteres** no es un indicador depresivo propiamente dicho, sin embargo si señala el tipo de técnica empleada por los padres para el control de los esfínteres, y esto tiene un valor fundamental para comprender la dinámica de la enuresis.

En nuestra investigación, hallamos que las técnicas correctivas para el control de esfínteres más utilizadas son: los **Regaños y Castigos** (26.7%), **Golpes** (13.3%), y la combinación de éstas tres últimas en un (33.3%). Estos hallazgos arrojados indican, cómo un entrenamiento que emplea golpes, amenazas, humillaciones, etc; contribuyen a complicar el proceso de adquisición del control de los esfínteres; como lo ha señalado Kanner (1972). Al respecto Rutter (1985) indica que el grado de dureza o punitividad que los padres emplean con el niño por un fallo en la deposición de orina en el lugar y momento adecuado; puede producir efectos no deseados.

Así mismo y recientemente Fernández (2000) señala que todos los padres de su estudio habían intentado alguna medida correctiva para la enuresis, de los cuales sobresalen los Castigos físicos (incluyen: cinturonzos, nalgadas, y jalones de oreja), Regaños, Aplicar pañal, Restricción de dinero, decirle "vieja" y las Amenazas con vestirlo de mujer. Y que los castigos físicos eran utilizados por la mayoría de los padres. Hallazgo que coincide con nuestros resultados obtenidos, esto es, el empleo de Regaños, Castigos y Golpes como técnicas correctivas para el control de los esfínteres.

Además la autora considera que esta crianza inadecuada favorece los problemas de adaptación psicosocial y la psicopatología infantil, repercutiendo en la autoestima del niño, por lo que éste tiende a síntomas como ansiedad, depresión, aislamiento y somatización.

Se puede decir que los niños con enuresis presentan más **trastornos del sueño** (60%) en comparación con los niños de trastornos del aprendizaje. En virtud de que el 10% de los niños presentó Insomnio, (6.7%) Hipersomnia, (13.3%) Pesadillas, (6.7%) Terrores Nocturnos y (23,3 %) presentó más de un trastorno del sueño de los anteriormente señalados. Al respecto Felthous y Bernard (1978) declaran que en la enuresis coexisten trastornos como los trastornos del sueño. (cit. en Lewis, 1991). Según el DSM-IV (2001) pueden asociarse sonambulismo y terrores nocturnos. Por su parte Kanner en 1972, informa en un estudio que el 5% de los pacientes enuréticos tenían pesadillas, el 3% sustos nocturnos, el 4% era sonámbulo y el 2% lloraba durmiendo. Recientemente García, et al. (1998) en un estudio con niños enuréticos encontró asociación con terrores nocturnos. En el 2000 Mujica, señala que una muestra del conflicto emocional del niño enurético es un cambio en el hábito del sueño.

En lo que se refiere a la variable **ansiedad**, en virtud de que se puede observar que un 83.3 % de los niños enuréticos manifiestan ansiedad, comparado con un 56.7% del grupo de niños con trastornos del aprendizaje. Se puede decir que los niños con enuresis presentan mayor ansiedad que los niños con trastornos del aprendizaje. Por su parte Reca en 1969 realizó un estudio en el que encontró ansiedad en los niños enuréticos, además de otras características.

Respecto a la variable **intranquilidad**, los niños con enuresis presentan menor tranquilidad que los niños con trastornos del aprendizaje, debido a que sólo el 10% de los casos de los niños enuréticos están tranquilos y el 90% restante manifiestan intranquilidad mientras que en los niños con trastornos del aprendizaje se observa que el 40% de éstos se encuentran tranquilos. Para Kanner (1972) los niños con eventos enuréticos diurnos, tienen tensión a que sus compañeros perciban el olor y lo comenten, y eso los mantiene en un estado de intranquilidad y altera su atención.

Ahora se desarrollaran las variables ubicadas en los apartados de las pruebas proyectivas. Y resulta importante tener presente los siguientes fundamentos. Freud (1938) (cit. en Bellak, 1996) vio la proyección como un proceso perceptual general, por lo que toda percepción significativa actual está fundamentada y organizada en las huellas mnémicas de todas las percepciones previas. Y por último el determinismo psíquico, el cual señala que toda conducta está determinada, y no hay conductas que sucedan por casualidad.

En el indicador **tamaño** de la figura humana dibujada; se encontró que los niños enuréticos dibujan con mayor frecuencia (66.7%) una figura de tamaño pequeña, en comparación con los niños con trastornos del aprendizaje (33.3%).

Las figuras pequeñas en el test de la figura humana, para Machover (1974) denotan un bajo nivel de energía y un “yo” disminuido. Machover (1971) (cit. en Hammer, 1992) señala que la relación entre el tamaño del dibujo y el espacio gráfico disponible puede vincularse con la relación dinámica entre el individuo y su ambiente o las figuras parentales. El tamaño expresa cómo responde el sujeto a las presiones ambientales. Por lo tanto si la figura representativa del concepto de uno mismo es pequeña, se puede decir que el sujeto se siente pequeño (inadaptado) y que responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inferioridad.

Por otro lado Koppitz (cit. en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994), señala que la figura pequeña es representativa de niños tímidos y se asocia con inseguridad, retraimiento o depresión.

Así mismo se puede observar que el indicador **tamaño pequeño** es un indicador significativo para señalar diferencias entre un grupo y otro. Consecuentemente podemos concluir que los niños enuréticos quienes fueron el grupo con mayor porcentaje (66.7%) en presentar el tamaño pequeño; son niños que responden al ambiente con sentimientos de inferioridad, son inseguros, tienden al retraimiento y a la depresión.

Cabe señalar que encontramos que las variables tipo de línea y tamaño, tanto en el DFH y en Test de Persona bajo la lluvia, resultan significativas, lo que habla del valor confirmativo que pueden brindar estos instrumentos si se comparan entre sí.

Por lo tanto se puede decir que los niños enuréticos dibujan con mayor frecuencia una figura humana de tamaño pequeño como indicador de depresión en comparación con los niños con trastornos del aprendizaje.

La variable **tipo de Historia** también fue encontrada como significativa, debido a que logra discriminar los indicadores de depresión entre los grupos. Para Machover (1974) el uso de las asociaciones en el dibujo, son valiosas para construir la interpretación,

además de que éstas nos permiten observar la actitud del sujeto hacia sí mismo y hacia otro.

Portuondo Juan (1974) señala que en la historia producida por el sujeto, se encuentran temas y matices. El tema de la historia consiste en el asunto o situación que predomine en el relato y es el esquema referencial donde la personalidad del sujeto puede estar encontrando más dificultades y/o conflictos. Los matices, hablan de las reacciones y de la afectividad en general de la persona.

En ésta investigación, se encontró que el Tipo de Historia **-Negativa-**, obtuvo el porcentaje más alto (66.7%) dentro del grupo de niños con enuresis. Esta opción engloba diferentes referencias dentro de la historia, como las siguientes: sentimientos de tristeza y/o abandono, sentimientos de culpa y/o inutilidad, agresiva u enojo, etc. Consecuentemente se puede concluir que el grupo de niños enuréticos por lo que representan en sus historias tienden a reaccionar de manera depresiva frente al medio ambiente y frente a sí mismos. Cabe hacer la observación que las referencias que encontramos en las historias examinadas, concuerdan con el índice diagnóstico de Portuondo para Depresión. Esta autora propone integrar los temas y los matices de las historias a los diversos índices diagnósticos que dicta, éstos índices se entienden como las verbalizaciones y expresiones afectivas que a través de la historia llevan a descubrir una patología específica. Por ejemplo describe que para Depresión se encuentra un tiempo de reacción más lento, historia breve y triste, desenlace pesimista, exclamaciones de autodesprecio, agresividad reprimida, énfasis en los aspectos morales y culpabilidad.

Por lo tanto se puede decir que los niños con enuresis presentan con mayor frecuencia una historia negativa, que los niños con trastornos del aprendizaje.

En la variable **presión de trazo**. Se puede decir que los niños enuréticos ejercen una **presión débil** en el trazo de sus dibujos con mayor frecuencia que los niños con trastornos del aprendizaje quienes éste tipo de presión no la presentan en sus dibujos. Hammer (1992) señala que la presión del trazo se vincula con el nivel energético, y que un individuo que posea un nivel energético más bajo por razones físicas o psíquicas realizará líneas más suaves, por lo tanto podemos decir que el grupo de niños con trastorno de Enuresis poseen un nivel energético más bajo.

Respecto al **tipo de línea** utilizado. Se concluye que los niños enuréticos (76.7%) utilizan más el tipo de línea **vellosa y/o esbozada** en contraste con los niños de trastornos del aprendizaje; lo que señala en los niños enuréticos indicadores de necesidad de apoyo, inseguridad e inconsistencia. Para Levy, (cit en Hammer, 1992) la línea esbozada revela ansiedad e inseguridad. Consecuentemente se puede decir que los niños enuréticos proyectan ansiedad e inseguridad, con el tipo de línea que producen.

La variable **tamaño**. Muestra que el indicador de depresión **tamaño pequeño** en el Test de la Persona bajo la Lluvia se presenta con mayor frecuencia (70%) en los niños enuréticos que en los niños con trastornos del aprendizaje. Como ya se mencionó anteriormente, el tamaño del dibujo, nos da una idea de la forma como el sujeto responde a la presión ambiental, por lo que se puede decir que si las figuras son pequeñas, el sujeto, en este caso los niños enuréticos, están respondiendo a su ambiente con sentimientos de inferioridad e inseguridad.

La **expresión facial**. Distingue que en los niños enuréticos (60%) el indicador de depresión expresión facial **negativa** tiene mayor frecuencia, en contraste con los niños con trastornos del aprendizaje. Machover (1974) considera que las partes de la cara del dibujo representan los rasgos sociales, según la autora la cara es la parte más expresiva del cuerpo.

Y por último la variable **ausencia de alguna figura primaria**, permitió una discriminación específica entre ambos grupos. Indicó que los niños enuréticos omiten más alguna figura primaria que los niños con trastornos del aprendizaje, en ésta prueba. La figura que más se omite es la **materna** (tres veces).

Corman (1967) señala que cuando falta uno de los miembros de la familia, se puede decir que el sujeto desea su eliminación, debido a que el niño tiene con el padre o madre, relaciones difíciles, expresando de esta forma desvalorización. Así mismo, Deren (1976) (cit. en Korbman, 1984) indica que la omisión de un miembro de la familia, refleja actitudes negativas y hostilidad de parte del niño hacia ese miembro”

También se analizaron las diferencias entre las medias de los grupos estudiados (niños con Enuresis y niños con Trastornos del Aprendizaje), una vez obtenidas éstas y de haber hallado que existen diferencias entre las medias del grupo con enuresis y del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos; se observó que los indicadores de depresión tienen mayor incidencia en los niños enuréticos. Esto es, los niños enuréticos presentan un mayor número de indicadores depresivos ($\bar{x}=37.03$) que los niños con Trastornos del Aprendizaje ($\bar{x}=28.80$). Se puede decir que efectivamente existen indicadores de depresión en los niños que presentan enuresis (primaria o secundaria).

Por lo tanto, de acuerdo con los resultados evaluados en las pruebas y procesados estadísticamente, en relación con los indicadores depresivos, se puede decir que tanto en los niños con Enuresis como en los niños con Trastornos del Aprendizaje se presentan indicadores de depresión, lo que indica que en ambos grupos el niño experimenta autodesvalorización y con frecuencia tensión y agresión por parte del medio ambiente en el que se desenvuelven.

Esta investigación nos permitió conocer que los niños enuréticos tienen sentimiento de no aceptación, ideación autodespreciativa, juegan solos y/o experimentan aislamiento, presentan trastornos del sueño, ansiedad, y experimentan intranquilidad. En cuanto a sus producciones en pruebas proyectivas, se puede observar que presentan los siguientes indicadores: tipo de línea vellosa o esbozada, dibujan figura de tamaño pequeño, el tipo de historia que elaboran son negativas, la presión de su trazo es débil, representan una expresión facial negativa y pueden llegar a omitir alguna figura primaria, en particular la materna.

Respecto a la presencia de indicadores depresivos en el niño enurético, es un hallazgo que también ha sido observado y confirmado por autores como Obidigbo (1991) Ajuriaguerra y Marcelli (1996), Díaz-Atienza (1999), Fernández, (2000) quienes convergen al señalar que los niños enuréticos presentan indicadores depresivos en virtud del sufrimiento psíquico al que son expuestos.

Así mismo para Rutter (1985) los niños que no poseen el control de la micción después de los 4-5 años, tienen probabilidad de presentar problemas asociados, en particular de tipo emocional o de conducta. Por su parte Obidigbo (1999) investigó la relación entre depresión, ansiedad, y diferencia de sexos. Los resultados muestran que el puntaje de

enuréticos es mayor que el de los no-enuréticos sobre la medida de Depresión y Ansiedad. Las implicaciones de este hallazgo, apoyan nuestros resultados sobre que los niños enuréticos ciertamente son más vulnerables a presentar indicadores depresivos y ansiedad que otros niños no enuréticos.

Sin embargo en 1998 (Vázquez, y Lara, 1998) realizaron un estudio, donde conciben a la Enuresis como una parasomnia, con niños enuréticos (nocturna), comparados con no enuréticos, estudiaron la autoestima de los mismos, considerando la posible afectación en los primeros; y no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, consideran que no existen diferencias, debido a las características de la sociocultura mexicana y la aceptación del niño a pesar del problema del sueño (enuresis). Nuestra investigación, difiere con estos investigadores en el hecho de que consideran a la enuresis como una alteración del sueño, y explican sus resultados en base a las diferencias socioculturales, en virtud de que nuestro estudio considera a la Enuresis como un trastorno de la eliminación que se desarrolla en la infancia y donde se observaron y registraron alteraciones en la autoestima y adaptación social del niño como lo es jugar sólo y permanecer en aislamiento, recordando la importancia y riqueza de un adecuado desarrollo social en esta etapa del desarrollo humano.

En el caso de los niños enuréticos, les resulta vergonzoso el evento enurético ante sus iguales y van quedando aislados (dejar de ir a paseos o quedarse en una casa ajena) produciendo un deterioro en su autoestima e indicadores de depresión, como lo han distinguido Ajuriaguerra (1996) y Mujica (2000). En los Trastornos del Aprendizaje se observa como se va deteriorando el niño debido a los fracasos y frustraciones que experimenta, presentando por consiguiente indicadores depresivos.

En esta investigación, se encontró que los niños con trastornos del aprendizaje también presentan indicadores depresivos lo que demuestra que estos niños sufren de una baja autoestima, frustraciones, descalificaciones por parte del medio en el que se desarrollan y pobre adaptación social; como lo han señalado Solloa (2001), Brueckner (1986), Craig (1997) y Pearl (cit. en Wicks, 1997).

Por otro lado a los padres de niños enuréticos, les resulta difícil analizar el contexto en el que se inscribe la enuresis, el plantearse preguntas y contestarlas respecto a lo que está sucediendo en su alrededor resulta para ellos complejo; al respecto López (2003) señala que existen padres que no lo comentan, el autor menciona que

independientemente de lo común que sea la Enuresis, muchos padres no están dispuestos a hablar del trastorno, este autor considera que algunas familias tratan a la Enuresis como un secreto que debe ser mantenido dentro de la familia, además distingue que algunos se culpan y piensan que han fallado en su función de padres, mientras que otros culpan al hijo. En lo que respecta a los padres de niños con trastornos del aprendizaje, algunos de ellos suponen que el niño no tiene el control sobre lo que le está pasando y por lo tanto su fracaso escolar no lo puede controlar, mientras que en la enuresis algunos padres piensan que el niño se sigue orinando porque “es un flojo que no quiere aprender” e inclusive piensan que lo hace a propósito.

También se ha observado que los niños con enuresis son tratados con mayor crueldad y castigos más severos (Rutter, 1985) (Albarran, 1979) que los comunes que se imponen a los niños con problemas de aprendizaje, por ejemplo en el presente estudio nos enteramos de la existencia de familias que dejan dormir al niño en el suelo con la consigna de que es un cochino y utilizan el manejo constante de amenazas, como son: llevar el colchón mojado del niño a la escuela en hora del recreo. En nuestra investigación encontramos que el 33.3 % de los padres de los niños enuréticos emplearon un técnica a base de regaños, castigos y golpes mientras que en el grupo de niños con trastornos del aprendizaje, ningún caso presentó ésta combinación de técnicas.

Comúnmente la población piensa que en los niños con trastornos del aprendizaje no está a su alcance superar su déficit y con frecuencia los padres se vuelvan tolerantes con él; así mismo lo apunta Solloa (2001), mientras que el niño que aún se orina sobre sus ropas en alguna situación cotidiana, suele ser criticado de forma severa y se le cuestionan muchas situaciones a la familia.

Un ejemplo de cómo la sociedad marca normas y reprueba conductas sin respetar al sujeto, se plasma en el hecho de que tiene una mayor aceptación social en un restaurante, el niño con un trastorno del lenguaje que manifiesta una comunicación ininteligible, que el niño que padece enuresis y se orina en el establecimiento.

Por lo tanto podemos decir que ambos trastornos presentan indicadores depresivos. Y en particular, que los niños con enuresis padecen de situaciones más agudas que deterioran su estructura, haciéndolos propensos a tener un mayor índice de indicadores depresivos.

En síntesis, podemos decir que, la decisión de trabajar con una población de niños se debió al interés y admiración que tiene la autora por dicha etapa dentro del desarrollo humano, considerándola asombrosa e impresionante por todos los logros que va consiguiendo el sujeto en sus distintos planos de desarrollo como son: el cognitivo, motor y social; así como la independencia que adquiere. Sin menoscabo de apreciar cada una de las etapas que conforma el desarrollo humano.

Se sabe que la población infantil es muy vulnerable y descuidada, en México la tasa de mortalidad de niños es alta e igual a la de países como Bosnia y Vietnam, los cuales han sufrido guerras en sus últimas décadas. Además esta población sufre de problemas sociales como el comercio sexual y la explotación en el trabajo. En nuestro país los niños son desatendidos, se observa que desde la educación básica no se brinda el presupuesto necesario, derogando así la verdadera importancia dentro de la formación de un sujeto.

La razón porque fueron elegidas estas muestras, tanto del grupo de niños con Enuresis como el grupo de niños con Trastornos del Aprendizaje, fue porque en ambos grupos los niños son estigmatizados y en cierto grado rechazados socialmente. En particular, el motivo por el cual elegimos al grupo de Trastornos del Aprendizaje, fue debido a que estos niños también son señalados y en general el trastorno tiene una alta frecuencia en la consulta psicológica; se sabe que muchas veces estos niños son tildados en sus escuelas de “burros”, “flojos”, etc., situaciones que deterioran su autoimagen.

Existen diversos estudios extranjeros, sobre la Enuresis, pero en la población mexicana ésta área de investigación no es muy extensa.

Recapitulando podemos decir que tanto la Enuresis como los Trastornos del Aprendizaje son psicopatologías comunes en la infancia, las cuales ocasionan problemas en diversas áreas, como en el hogar, la escuela, la vida social y dentro del mismo niño, ocasionan trastornos afectivos, cognitivos y conductuales. Por ejemplo, ambos trastornos se hacen presentes cuando el niño ingresa a la escuela, época importante en lo que se refiere a la inserción social. Así mismo se sabe que ambos trastornos tienen una tasa alta de consulta dentro de la asistencia a la salud psicológica de los niños.

A través de ésta investigación se puede observar que el trastorno enurético, merma significativamente la autoestima del niño, su autoconcepto y sus relaciones con los demás. Encontramos que los niños enuréticos presentan diferencias estadísticamente significativas en comparación con los niños con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores de depresión. Esto es, los niños enuréticos presentan mayor incidencia de indicadores de depresión. Cabe señalar que en la actualidad la prevalencia de Depresión en niños, adolescentes y adultos, está en aumento, llegando a convertirse en un importante problema de salud pública.

Esta investigación sirve para dar claridad y objetividad al estudio de ambos trastornos, en virtud de que posee argumentos y resultados precisos. Si bien sería una forma arbitraria, decir que un niño tiene más o menos depresión, sí podemos acercarnos de una manera científica y formal, a través de la investigación, a conocer con mayor profundidad, que en el trastorno enurético la alta negligencia y crueldad que experimentan por parte de su familia y pares, de alguna forma afecta con mayor agudeza la autoestima y desenvolvimiento social del grupo de niños enuréticos. Además el estudio, permite conocer las características de los niños con trastorno enurético y los niños con trastornos del aprendizaje, en específico los indicadores de depresión que presentan.

La Enuresis es un trastorno, verdaderamente importante, sobre todo si tenemos en cuenta que afecta los hábitos de vida de la familia, por un lado los padres viven preocupados porque su hijo ya no moje la cama y/o sus ropas, por lo que tienen que tomar precauciones al respecto, y por el otro, al niño, le resulta vergonzoso el evento enurético y va quedando aislado por sus iguales. Finalmente éste estudio arroja que ambos grupos (Enuresis y Trastornos del Aprendizaje) presentan sufrimiento psíquico e indicadores de depresión, pero que para un niño con enuresis, que constantemente padece de rechazo social y familiar, se va minando su área social y familiar, y lo más importante su propia percepción como individuo, ya que se empieza a sentir inseguro, rechazado, intranquilo, etc.

Además, este estudio nos habla de la importancia que tiene la atención oportuna de la incidencia de indicadores depresivos en los niños enuréticos y con trastornos del aprendizaje, nos ofrece un panorama más amplio de dichas psicopatologías, permitiéndonos abordarlas con mayor amplitud y exactitud.

Esta investigación también nos permitió determinar los métodos correctivos (golpes, regaños y castigos) que los padres emplean con su hijo enurético, hallazgo que abre la posibilidad de diseñar y proponer cursos y talleres con los padres de niños enuréticos para orientar el manejo adecuado de los eventos enuréticos.

Finalmente podemos decir, que se debe prestar mayor atención hacia la población infantil, en el área educativa y de salud por parte del gobierno federal y estatal, así como continuar realizando investigaciones en ambos trastornos (Enuresis y Trastornos del Aprendizaje), en virtud de que el tipo de manejo que se le de tanto en casa como en las aulas (lugar donde pasan gran parte de su día los niños) es de suma importancia, debido a que si éste es incorrecto las repercusiones personales y sociales son desfavorables; por tal motivo se propone un tratamiento oportuno y con un enfoque integral.

6.2 CONCLUSIÓN

1. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niños del grupo con enuresis y los niños del grupo con trastornos del aprendizaje, respecto al total de indicadores depresivos.

Los indicadores depresivos tienen mayor incidencia en el grupo de enuresis; puesto que la media del grupo de niños con Enuresis es mayor que la media del grupo de niños con Trastornos del Aprendizaje, en relación con los indicadores de depresión. Por lo tanto se concluye que efectivamente **los niños con enuresis (primaria o secundaria) presentan más indicadores depresivos que los niños con trastornos de aprendizaje.**

2. Una vez obtenida la comparación del total de indicadores por grupos, se encontró que 17 variables resultaron significativas, es decir éstas logran hacer una discriminación entre los dos grupos de estudio, en función de la cantidad de indicadores depresivos.

Los variables significativas que contienen los indicadores de depresión son: Sentimiento de no Aceptación, Conducta Disocial, Ideación Autodespreciativa, Socialización, Rendimiento Escolar, Técnicas correctivas para el control de los esfínteres, Trastornos del sueño, Ansiedad, Intranquilidad, Tipo de línea, Tamaño de las figuras, Tipo de historia, Presión del trazo, Tipo de línea, Expresión facial, y Ausencia de alguna figura primaria.

Para el grupo de niños enuréticos, las variables: Sentimiento de no Aceptación, Ideación Autodespreciativa, Socialización, Ts. del sueño, Ansiedad, Intranquilidad, Tipo de línea, Tamaño de la figura, Tipo de Historia, Presión del trazo, y Expresión facial; resultaron significativas, porque éstas tuvieron una alta incidencia.

En lo que respecta al grupo de niños con Trastornos del Aprendizaje, obtuvieron las siguientes variables como significativas: Conducta Disocial y Rendimiento Escolar.

Las variables, Técnicas utilizadas en el control de los esfínteres y Ausencia de una figura primaria; también fueron encontradas como significativas.

De acuerdo a los indicadores depresivos, incluidos dentro de las variables significativas anteriormente citadas. Se puede decir que los niños enuréticos presentan las siguientes características:

Los niños enuréticos tienen sentimiento de no aceptación, ideación autodespreciativa, juegan solos y/o experimentan aislamiento, presentan trastornos del sueño, ansiedad, y experimentan intranquilidad. En cuanto a sus producciones en pruebas proyectivas, se puede observar que muestran los siguientes indicadores: tipo de línea vellosa o esbozada, dibujan figura de tamaño

pequeño, el tipo de historia que elaboran son negativas, la presión de su trazo es débil, representan una expresión facial negativa y pueden llegar a omitir alguna figura primaria, en particular la materna.

En esta investigación los niños con Trastornos del Aprendizaje, muestran el hurto como conducta disocial; Bajo Rendimiento Escolar y Distractibilidad.

La técnica del control de esfínteres que utilizan con mayor frecuencia los padres de niños con enuresis son: el uso de regaños, castigos y golpes.

3. Con base a lo anterior, podemos concluir que en los distintos trastornos que aparecen en la niñez como la Enuresis y los Trastornos del Aprendizaje, presentan problemas emocionales asociados. Los cuales deben tratarse para que el sujeto encuentre un significado a sus quejas, en virtud de que si no se tratan pueden producir complicaciones como: fracaso escolar, desadaptación social y depresión. Esta última si no recibe el tratamiento oportuno y adecuado puede conducir en un grado extremo al suicidio, como lo señala Bruno (1992) y Son y Kirchner (2000).

4. Al igual que en la salud física, la prevención es muy importante para detectar a tiempo, o para poder estar alerta de que algo diferente esta ocurriendo. La prevención dentro del área psicológica del sujeto es trascendental, en virtud de que de esta manera podemos de alguna forma evitar trastornos de diferentes índoles, por medio de la información.

La investigación realizada nos permite proponer, los siguientes puntos:

- Detectar a tiempo el trastorno enurético.
- Promover en las escuelas, el trato discreto y cuidadoso del evento enurético.
- Brindar conferencias a los padres de familia y maestros, sobre el trastorno enurético, donde se incluya información como por ejemplo que: -es un trastorno que se desarrolla en la infancia y que -tiene un pronóstico bueno si se recibe ayuda profesional, -eliminar conceptos de uso común, como es el pensar que los niños son haraganes para ir al baño, etc.

5. Retomando el planteamiento de que, al eliminar sólo la conducta de la micción en ropas y no brindar un tratamiento a la enuresis de forma profunda, muchas veces se encontrará que ésta, se ha transformado en tics, problemas sexuales, personalidades obsesivas, etc. Se puede decir que una opción adecuada para trabajar con la enuresis, es que el niño reciba tanto la atención psicológica necesaria como la médica. Además

del apoyo y cooperación de los padres y familia que será fundamental para el éxito del tratamiento.

Esto es importante en virtud de que ellos forman parte del sistema del niño, y lo que le suceda a un miembro de la familia, afectará de alguna forma a los demás.

CAPÍTULO VII.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

7.1 LIMITACIONES

En virtud de que la población con la cual se trabajó en ésta investigación es menor de edad y aún no son independientes de sus padres, en ocasiones las citas para realizar las valoraciones psicológicas se espaciaban porque los tutores por motivos laborales sólo podían acudir a la institución los sábados, lo cual retrasó el proceso de adquisición de hallazgos.

También se observó que debido a que la mayoría de los niños de la muestra concurren a la escuela por las mañanas, muchas veces se les dificulta conseguir el permiso para asistir al hospital y poder concluir su proceso en el área de psicología.

Finalmente en ocasiones las instituciones públicas de atención a la salud, debido a sus políticas internas, no facilitan la agilidad del proceso de investigación.

7.2 SUGERENCIAS

- ❖ Buscar las diferencias de indicadores depresivos encontrados por: -tipo de Enuresis (Primaria o Secundaria).

Con una muestra mayor, en virtud de que distintos autores señalan que en la enuresis secundaria se observan mayor número de dificultades en el desarrollo y síntomas. Díaz-Atienza (1999) ha declarado que la Enuresis en su forma secundaria y especialmente en la mixta, presenta una mayor morbilidad psiquiátrica.

- ❖ Realizar correlaciones entre las valoraciones de los niños (sujeto), sus padres y hermanos, en cuanto a la percepción que tiene cada uno, de la severidad (leve, moderado, severo) de la depresión del niño, y así poder conocer que tan identificados o empatizados se encuentran las distintas células que integran la familia.

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J y Marcelli, D. (1984) **Manual de Psiquiatría infantil** 4ª edición. Ed. Masson. México.

Ajuriaguerra, J. (1996) **Psicopatología del Niño** Ed. Masson, S.A. Barcelona, 3ª edición, España.

Albarran, A. (1979) **Enuresis Diagnóstico, Etiología y Tratamiento** 2ª edición. Ed. Ciencias de la educación preescolar y especial. España.

Almonte, C. y Montt, M. (2003) **Psicopatología Infantil y de la Adolescencia** Ed. Mediterráneo. Chile.

Békei, M. (1992) **Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia** 4ª edición. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Bellak, L. (1996) **T.A.T. C.A.T. Y S.A.T. Uso Clínico** Ed. Manual Moderno, México.

Braier, L. (1980) **Diccionario de Medicina** Editorial JIMS. Barcelona.

Brueckner, L. (1986) **Diagnóstico y Tratamiento de las dificultades en el aprendizaje** Undécima edición. Ediciones Rialp, S.A. Madrid.

Bruno, F. (1992) **The Family Encyclopedia of child psychology and developmeent** John Wiley y Sons INC, New York.

Cantwell, D. y Carlson, G. (1987) **Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia** Martínez roca. Libros universitarios y profesionales. España. Barcelona.

Cobo, C. (1992) **La depresión infantil** Ediciones Temas de hoy. España.

Corman, L. (1967) **Test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica** Ed. Kapeluz. Buenos Aires.

Craig, J. (1997) **Desarrollo psicológico** Ed. Prentice Hall. México.

Díaz-Atienza, E; Santiago J; Navarro, E; y Gurpegui, M. (1999) **Morbilidad psiquiátrica asociada a enuresis infantil** Actas Españolas psiquiátricas Universidad de Granada. Vol. 27 (6), p.p 384-389.

Dolto, F. (1974) **Psicoanálisis y Pediatría** Ed. Siglo veintiuno. México.

Duche, D. (1992) **La enuresis formación de hábitos higiénicos en los niños** Ed. El Ateneo. Buenos Aires.

Chiaradia, J. (1978) **Los trastornos del aprendizaje** Ed. Paidós. Buenos Aires.

DSM - IV (2001) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos de los estados mentales** Ed. Masson. México.

Esquivel, Heredia y Lucio. (1994) **Psicodiagnóstico Clínico del niño** Ed. Manual Moderno, México.

Fernández, M. (2000) **Diferencias en la adaptación psicosocial entre niños con enuresis y sus hermanos sin enuresis** Tesis de especialidad en Psiquiatría. UNAM. Facultad de Medicina. México.

Fillat, N. (1999) **Sobre la depresión en el niño** Revista Catalana de Psicoanálisis. Vol 16 (1) 63-74. Instituto de Psicoanálisis de Barcelona, España.

Garber, J. (1984) **The developmental progression of depression in female children.** New Directions for Child Development. No 26 Dec. 29-58. Jossey-Bass Publishers, Inc., US.

García, A; Tarrega, B; y González, J. (1998) **La enuresis en el centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: Síntoma y síndrome.** Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. No. 2, 94-106. Siglo Editorial, España.

Hammer, F. (1992) **Test Proyectivos Gráficos** 4ª Reimpresión. Editorial Paidós. México.

Herrera, T. y Pimentel, J. (1974) **Etimología General y Etimología Médica** 2ª edición. Ed. Porrúa. México.

Hersen, M. (1986) **Psicopatología infantil** Ed. Martínez Roca. Barcelona España.

Kanner, L. (1972) **Psiquiatría Infantil** 4ª edición. Ed. Siglo Veinte. Argentina.

Korbman, R. (1984) **El dibujo de la familia como instrumento detector del conflicto familiar en niños**. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Kemper, W. (1986) **La enuresis** 2ª edición. Editorial Herder. Barcelona. España.

León, O. y Montero (1997) **Diseño de investigaciones** 2ª edición. Ed. Mc Graw-Hill. España. Madrid.

Lewis, M. (1991) **Child and Adolescent Psychiatry Acomprehensive textbook** Ed. Williams y Wilkins. Baltimore, Maryland. USA.

López, P. (2003) **Enuresis Primaria en la Infancia** <http://www.TeraMedix.com> Buenos Aires. Argentina.

Machover, K. (1974) **Proyección de la personalidad en el dibujo de la Figura Humana** Ed. Cultural, Bogota.

Marsellach, G. (1998) **El niño enurético**
<http://usuarios.lycos.es/puntodevista/Pr/tema21/tema.html>
Recuperado en el 2004.

Masson. (2002) **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas** 13ª edición. Barcelona.

Meneghello, J. (2000) **Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia** Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina.

Moilanen, I; Tirkkonen, T; Järvelin, M.R; y Tamminen, T. (1998) **A follow-up of enuresis from childhood to adolescence** British Journal of Urology. 81. Suppl. 3. 94-97.

Mujica, J. (2000) **Cuidado su pequeño puede padecer enuresis** El Universal. Sección. Nuestro Mundo. México.

Obidigbo, Godwin C.E. (1999) **The relationship between depression and anxiety in a sample of enuretics and non-enuretics** Ife Psychologia: an International Journal. Vol. 7 (1) p.p. 61-69.

Paín, S. (1983) **Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje** Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Pichot, P. (1971) **Los Tests mentales** Edit. Paidós. Buenos Aires.

Polaino-Lorente. (1988) **Las depresiones infantiles** Ediciones Monta, S.A. España.

Portuondo, J. (1973) **Test proyectivo de Karen Machover (La figura humana)** Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid.

Portuondo, J. (1974) **Test Proyectivo de Karen Machover. La figura humana** Tomo II. Biblioteca Nueva, Almargo. Madrid.

Reca, T. y Speier, A. (1969) **Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia** C.E.A.M. Argentina.

Reca, T. (1971) **Problemas psicopatológicos en Pediatría** 3ª edición. EUDEBA. Edit. Universitaria. Buenos Aires.

Rutter, M. (1985) **Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo** Salvat Editores, S.A. España.

Seen, M. (1971) **Trastornos de la conducta y del desarrollo en el niño** Ed. Pediátrica. Barcelona.

Solloa, L. (2001) **Los trastornos psicológicos en el niño** Ed. Trillas. México.

Son, S. y Kirchner, J. (2000) **Depression in Children and Adolescents** Am Fam Physician (AAFP) Annual Clinical Focus on mental health. Lancaster General Hospital. 62; 2308. p.p. 97-107.

Stein, M; Alagiri, M; y Kohen, D. (2001) **Diurnal and nocturnal enuresis in a 6 year old** Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. Vol 22 (2 suppl). Apr. 147-150.

Toro, J. (1992) **Enuresis; Causas y tratamiento** Martínez Roca. Libros universitarios y profesionales. España Madrid.

Trad, P. (1992) **Depresión psíquica en neonatos y lactantes** Editorial Limusa, 1ª edición. México.

Uriarte, V. (1997) **Psicopatología** 2ª edición. ISBN. México.

Vázquez, M. y Lara, H. (1998) **La autoestima en niños enuréticos y no enuréticos** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Archivos de Neurociencias. México, D.F. Vol 3, No.1 p. 31-34.

Weissman, M; Sommer, S; Bloink, R; y Marneros, A. (1984) **Depression and anxiety disorders in parents and children: Results from the Yale family study.** Archives of General Psychiatry. Vol 41 (9) Sep, 845-852. American Medical Assn, US.

Wicks y Nelson. (1997) **Psicopatología del niño y del adolescente** Ed. Prentice Hall. México.

(2001) [http://cas.ucsf.edu/urology/patientGuides/pdf/pedUro/Enuresis%20 en Espanol.pdf](http://cas.ucsf.edu/urology/patientGuides/pdf/pedUro/Enuresis%20en%20Español.pdf)
UCSF. Pediatric Urology Clinical Program.
Recuperado en Agosto del 2005.

(2005) <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/7863.htm>
Facultad de Medicina. UNAM.
Recuperado en Marzo del 2005.