

Los problemas escolares en la adolescencia

P.J. Ruiz Lázaro

Doctor en Medicina. Pediatra. Consulta Joven "Espacio-20". Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Servicio Madrileño de Salud



Resumen

Un adolescente tiene problemas "escolares" cuando están presentes problemas que afectan a su aprovechamiento escolar. Cuando los problemas escolares persisten en el tiempo, se puede llegar al fracaso escolar, con implicaciones para el desarrollo biopsicosocial del individuo y su entorno.

La etiología es multifactorial. El diagnóstico se basará en la historia clínica, centrada sobre todo en la anamnesis biopsicosocial y complementada, según sea necesario, con exploración física, estudio neuropsicológico y pruebas complementarias.

La intervención será multisistémica y multimodal. Habitualmente se integrarán tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos, integrados en un plan de actuación coordinado multidisciplinar e interinstitucional.

La mejor forma de prevenir no sólo es comprobar continuamente el buen funcionamiento del menor en el área física, psicoemocional y social, detectando precozmente necesidades que satisfacer y problemas a los que hacer frente, sino intervenir fortaleciendo los recursos que promueven resiliencia.

Abstract

A teenager has problems "school" when present problems that affect their achievement. When school problems persist over time you can get to school failure, with implications for the individual's biopsychosocial development and environment.

The etiology is multifactorial. Diagnosis is based on clinical history, focusing primarily on the history biopsychosocial and supplemented, as necessary, with physical examination, and neuropsychological tests.

The intervention is multisystemic and multimodal. Usually treatments are integrated biological, psychosocial and psychoeducational, integrated into a coordinated action plan multidisciplinary and interagency.

The best way to prevent not only continuously check the proper functioning of the child in the physical, psycho-emotional and social needs that meet the early detection and problems they face, but to take action to strengthen the resources that promote resilience.

Palabras clave: Problemas escolares; Fracaso escolar; Adolescencia; Trastornos del aprendizaje; Acoso escolar.

Key words: School problems; School failure; Teen; Learning disorders; Bullying.

Pediatr Integral 2013; XVII(2): 117-127

Introducción

Un adolescente tiene problemas "escolares" cuando están presentes problemas que afectan su aprovechamiento escolar.

Se trata de situaciones en las que su rendimiento escolar (el grado de alcance de los objetivos pedagógi-

cos) está por debajo de sus capacidades intelectuales. Los objetivos pedagógicos de la educación obligatoria, según la legislación actual en España^(1,2), son para cada alumno:

- a. Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.
- b. Observar y explorar su entorno familiar, natural y social.
- c. Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales.
- d. Desarrollar sus capacidades afectivas.
- e. Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación

- social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.
- f. Desarrollar habilidades comunicativas en diferentes lenguajes y formas de expresión.
 - g. Desarrollar habilidades lógico-matemáticas, de lecto-escritura y para el movimiento, el gesto y el ritmo.

Cuando los problemas escolares persisten en el tiempo, se puede llegar al fracaso escolar (no lograr el título académico mínimo obligatorio del sistema educativo), con implicaciones para el desarrollo biopsicosocial del individuo y su entorno. Según la Comisión Europea (2011)⁽³⁾, daña a las personas a lo largo de sus vidas, reduce sus oportunidades de participar en la dimensión social, cultural y económica de la sociedad, aumenta su riesgo de desempleo, pobreza y exclusión social, afecta a sus ingresos a lo largo de toda la vida, a su bienestar, a su salud y a la de sus hijos (reduce las posibilidades de que sus hijos tengan éxito en sus estudios).

Epidemiología

En España, el número de adolescentes que no son capaces de alcanzar el nivel de rendimiento medio esperado para su edad y nivel pedagógico se va acumulando a lo largo de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO): al último curso, más del 40% de los alumnos llegan con retraso acumulado^(1,2).

La consecuencia es que no se gradúan en la ESO casi 3 de cada 10 alumnos españoles, existiendo diferencias de género: las tasas de graduación son 16 puntos más bajas en los chicos que en las chicas. En el bachillerato, la tasa de no graduación supera el 30%, persistiendo las diferencias de género: las tasas de graduación son 14 puntos más bajas en los chicos que en las chicas.

Etiología

La etiología de los problemas escolares en la adolescencia es multifactorial.

El bajo rendimiento escolar en la adolescencia es producto de la interacción de un conjunto de variables (conocidas como condicionantes del rendimiento académico) que se pueden agrupar, siguiendo un modelo ecológico (Tabla I), en 4 niveles: factores personales (capacidades intelectuales, factores

1. Factores personales	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidades intelectuales/aptitudes - Estilos de aprendizaje/dificultades de aprendizaje/necesidades educativas especiales - Conocimientos previos/historia escolar - Atención - Motivación /metas - Estilo atribucional/locus de control - Nivel de ansiedad - Estado de ánimo - Autoconcepto y autoestima - Habilidades sociales - Toma de decisiones - Desarrollo moral - Edad - Género - Uso de sustancias
2. Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes hacia la escuela - Nivel educativo y sociocultural - Estatus socioeconómico - Tiempo/espacio de estudio - Estilo educativo - Clima afectivo/tipo de apego hijo-padres - Comunicación intrafamiliar - Relación con el entorno - Alternativas de ocio
3. Factores escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos estructurales: zona, tamaño, ratio, legislación vigente - Estructura del centro: documentos de centro, participación de los miembros de la comunidad educativa, recursos humanos y materiales - Estructura del aula: metodología, estilo docente, tutoría, equipo docente - Expectativas de los profesores y estudiantes - Clima escolar/de trabajo - Organización de la atención individualizada: medidas extraordinarias de atención a la diversidad - Calidad de relaciones/convivencia entre alumnos y con profesores/acoso escolar - Comunicación familia-escuela - Apertura de la escuela a la comunidad
4. Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Entorno sociocultural - Perspectiva de género - Identificación grupal / valores de pandilla - Uso de tecnologías de la información y la comunicación - Disponibilidad y uso de recursos en la zona (centro de salud, servicios sociales...) - Redes de apoyo - Acceso al consumo de sustancias

psicológicos y afectivos...), familiares (nivel educativo de los padres, tipo de apego con progenitores...), escolares (métodos de enseñanza inapropiados, currículo pobre y escasos recursos...) y sociales (entorno sociocultural, redes de apoyo...).

Todos estas variables no tienen el mismo peso dentro de este modelo ex-

plicativo multifactorial. Según informes de la OCDE⁽⁴⁾:

- Aproximadamente un 25-30% de las causas que provocan el fracaso escolar no son conocidas.
- Entre un 5 y un 6% del éxito escolar se debe al clima escolar del centro, a las políticas escolares, a los recursos del centro y a aspectos metodoló-

gicos. Por tanto, podemos deducir que los cambios metodológicos, si no van acompañados de otras acciones, no obtendrán resultados positivos significativos.

- Casi un 18-20% de los resultados escolares se explican por el contexto socioeconómico escolar y su entorno.
- Las características psicológicas y afectivas del alumnado constituyen casi el 50% de la explicación del éxito académico de un alumno o alumna concreta.

¿Y cómo interactúan estos factores en este modelo multifactorial de condicionantes del rendimiento escolar?

Mecanismos de condicionamiento del rendimiento escolar

La inteligencia es una potencialidad que puede cristalizar o no en rendimiento académico dependiendo de otras condiciones.

En investigaciones que utilizan modelos de hipotéticas relaciones causales, la aptitud de los alumnos sólo explica entre un 25% y un 35% de la varianza del rendimiento académico^(5,6). Además, en estudios correlacionales, la correlación entre aptitud y rendimiento decrece a medida que el alumno asciende en grado académico.

La eficacia en el aprendizaje no está relacionada únicamente con la capacidad cognitiva y aptitudinal⁽¹⁾, sino que depende también de cómo el adolescente utiliza ese potencial a través de los estilos personales de aprendizaje (los modos diferentes en que los alumnos perciben, estructuran, memorizan, aprenden y resuelven las tareas y problemas escolares). Pero, además de tener habilidades y saber utilizarlas, para obtener un rendimiento satisfactorio, también es necesario contar con lo que el alumno “ya sabe” (conocimientos previos) para conseguir un verdadero aprendizaje significativo. Estos conocimientos previos son cada vez más decisivos a medida que se avanza en los niveles educativos y su ausencia (“falta de base”) puede llevar a imposibilitar la comprensión de futuros aprendizajes, sobre todo, en determinadas asignaturas.

En muchas ocasiones, hay adolescentes que, contando con capacidad intelectual suficiente, sin embargo, no obtienen buenos resultados escolares porque no saben qué hacer ante una tarea determinada, fallan en la planificación al intentar abordarla, no se sienten capaces de resolverla, o no eligen la estrategia adecuada en el momento oportuno. Esto supone que, aun disponiendo de los medios y recursos cognitivos suficientes, por no saber utilizar unas estrategias de aprendizaje adecuadas, planificando y controlando de forma consciente lo que hace, no consiguen los resultados esperados.

Para aprender, no sólo es necesario poder hacerlo y saber cómo hacerlo (disponer de las capacidades, conocimientos, estrategias y destrezas necesarias) sino también querer hacerlo, es decir, tener la disposición, intención y motivación suficientes (variables afectivo-motivacionales) que permitan poner en marcha los mecanismos cognitivos en la dirección de los objetivos o metas que se pretenden alcanzar. Dentro de las variables afectivo-motivacionales, se incluyen las atribuciones causales, las expectativas de logro, la valía personal, la autoeficacia y, sobre todo, el autoconcepto (se ha encontrado relación de causalidad recíproca entre el autoconcepto académico y las experiencias y/o logros escolares de los alumnos).

La teoría motivacional de Weiner (1986) mantiene que el comportamiento motivado está en función de las expectativas de lograr una meta y el valor de esa meta⁽⁷⁾. Según este autor, estos dos componentes se encuentran determinados por las atribuciones causales que expresan las creencias personales sobre cuáles son las causas responsables de sus éxitos o fracasos. Weiner afirma que las atribuciones son determinantes primarios de la motivación, en cuanto que influyen en las expectativas, en las reacciones afectivas y, consecuentemente, en la conducta de rendimiento y en los resultados que se obtienen.

En la formación del autoconcepto y las atribuciones causales tienen importancia las pautas de socialización de la familia⁽⁸⁾. Es dentro del seno familiar donde el individuo construye la base de su personalidad, allí aprende los primeros roles, los primeros modelos de

conducta, empieza a conformar la primera autoimagen de sí mismo, aprende las normas, la jerarquía de valores que pondrá en práctica cómo autorregularse...

Distintas investigaciones encuentran que:

1. El clima educativo familiar, en el que se incluye tanto la actitud de los padres hacia los estudios de sus hijos como el clima afectivo familiar en el que se desarrolla el hijo, junto con las expectativas que han depositado en él, es la variable familiar que mayor peso tiene en relación al rendimiento escolar.
2. Las variables que definen las conductas de implicación de los padres en la educación de sus hijos tienen un mayor poder explicativo que las variables que definen las características de la familia en sí misma (características estructurales, nivel social, nivel cultural, etc.). Del conjunto de estas investigaciones, las expectativas que tienen los padres sobre la capacidad de sus hijos para obtener buen rendimiento académico es la variable que presenta mayor influencia. Incide directa y positivamente sobre el autoconcepto académico. Es decir, a medida que las expectativas de los padres sobre la capacidad de sus hijos son mayores, el autoconcepto de estos se incrementa y también aumenta la confianza en sí mismos y la motivación académica. Además, las expectativas de capacidad también inciden positivamente sobre los procesos de atribución causal del éxito o fracaso de los alumnos; de manera que, cuanto mayores sean las expectativas de los padres sobre la capacidad de sus hijos, mayor es la tendencia de los hijos a responsabilizarse de sus logros académicos positivos, y viceversa.
3. Contrariamente a lo que se suele pensar, las recompensas, refuerzos externos y contingentes a los logros de los hijos, que dispensan los padres, no favorecen el rendimiento académico. Se constata que cuanto más realizan este tipo de reforzamiento los padres, más perjudican el autoconcepto académico de sus hijos, disminuye la responsabilidad

de los hijos frente a los logros y el desarrollo de las aptitudes académicas y, paradójicamente, también el rendimiento académico es más bajo⁽⁹⁾.

Dentro de las variables sociales, cada vez más se da más importancia a la perspectiva de género. Gabarró (2010) relaciona las diferencias de prevalencia de fracaso escolar por género con la forma cómo las mujeres perciben el ámbito académico y las expectativas que ellas tienen en dicho ámbito y de su propio papel social⁽¹⁰⁾. Distintos estudios muestran que actualmente los chicos consideran lo académico como algo femenino, algo que no les incumbe e, incluso, que los humilla en su conquista de la masculinidad.

Diagnóstico

Se basará en la historia clínica, centrada sobre todo en la anamnesis biopsicosocial y complementada, según sea necesario, con exploración física, estudio neuropsicológico y pruebas complementarias.

Anamnesis biopsicosocial. Con frecuencia los problemas de rendimiento escolar serán el motivo de consulta. Otras muchas veces tendremos que descubrirlos detrás de somatizaciones (cefaleas y abdominalgias recurrentes, con o sin vómitos, alteraciones del sueño...) o síntomas emocionales y/o comportamentales (tristeza, agresividad, problemas de conducta, abuso de sustancias...).

Una vez detectado que un adolescente no está rindiendo adecuadamente en la escuela, para plantear una hipótesis diagnóstica biopsicosocial, es preciso investigar:

1. Si la presentación del problema es circunstancial o es habitual.
2. Los antecedentes personales y familiares.
3. Los factores causales y dificultades (personales, familiares, escolares y sociales) siguiendo el modelo de condicionantes del rendimiento escolar (Tabla I) y la guía de principales problemas (Tabla II).
4. Los recursos (personales, familiares, escolares y sociales) para superar y/o compensar las dificultades identificadas como causantes de los problemas escolares.

Tabla II. Guía de principales problemas que causan dificultad en cada nivel

Nivel personal	<ul style="list-style-type: none"> – Altas o bajas capacidades intelectuales – Déficit de atención con o sin hiperactividad – Trastornos del espectro autista – Trastornos del aprendizaje – Alteraciones físicas – Problemas psicoemocionales – Trastornos del sueño – Abuso de sustancias
Nivel familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Vínculos inseguros – Disfunción familiar – Violencia intrafamiliar
Nivel escolar	<ul style="list-style-type: none"> – Acoso escolar
Nivel social	<ul style="list-style-type: none"> – Pertenencia a banda juvenil – Pobreza y/o exclusión social – Abuso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación

La *exploración física* incluirá la búsqueda de aspectos dismórficos menores y signos neurológicos leves.

El *estudio neuropsicológico* valorará las siguientes funciones (para determinar si éstas se encuentran de acuerdo a su edad y escolaridad):

- Rendimiento cognitivo global: capacidad intelectual global o cociente intelectual global.
- Lenguaje oral y escrito, tanto expresivo como comprensivo.
- Visopercepción y visoconstrucción.
- Memoria, tanto verbal como visual.
- Coordinación motriz.
- Atención y funciones ejecutivas.
- Conducta.

Las *pruebas complementarias* (agudeza visual, audiometría, exploraciones neurofisiológicas como el EEG, estudio del metabolismo del hierro o de la función tiroidea...) se realizarán de forma específica según indicadores de la historia clínica.

Principales trastornos implicados

Entre los principales trastornos implicados se destacan: altas o bajas capacidades intelectuales, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos del espectro autista, alteraciones físicas, problemas psicoemocionales, acoso entre iguales y abuso de *cannabis*.

Altas o bajas capacidades intelectuales

Los adolescentes con altas capacidades intelectuales pueden presentar

rendimiento por debajo de su potencial, consecuencia de la pérdida de la motivación por aprender⁽¹¹⁾. Sus características en el dominio emocional, social y moral suelen ser fortalezas (los adolescentes superdotados tienen más inteligencia emocional que la media), pero, en ocasiones, pueden convertirse en puntos débiles en su ajuste socioemocional. Son frecuentes la tendencia al perfeccionismo, la escasa tolerancia a la frustración, la excesiva tendencia a la autocrítica, su intensa sensibilidad emocional, su elevado nivel de aspiraciones y el miedo al fracaso, que favorece que se acobarde ante situaciones difíciles.

Los adolescentes con retraso mental leve (CI superior a 60) y los que están por debajo del término medio (CI entre 70 y 85) pueden pasar desapercibidos y presentar dificultades de adaptación⁽¹¹⁾.

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH)

Son muchos los motivos por los que los adolescentes con TDAH tienen dificultades en el rendimiento escolar⁽¹²⁾. Las tareas basadas en el lenguaje les resultan complejas, ya que la organización de los contenidos en un texto escrito y la comprensión lectora les supone un obstáculo para procesar la información. En el lenguaje oral suelen presentar también limitaciones tanto a la hora de organizar el discurso como de encontrar las palabras adecuadas. En la asignatura de matemáticas, las dificultades de comprensión lectora, la baja memoria de trabajo y la impulsividad

les dificulta el progreso. Por último, la falta de organización, de motivación y de concentración, los problemas de conducta en clase, los conflictos con los compañeros y la baja autoestima influyen también de forma negativa en el progreso académico.

El subtipo inatento pasa a menudo desapercibido porque no suele presentar problemas de conducta que interfieran en la actividad escolar, familiar o social. Es una causa muy frecuente de fracaso escolar, ya que en la educación secundaria no son capaces de seguir las demandas de organización y planificación propias de esta etapa educativa.

Trastornos del espectro autista

Los adolescentes con trastorno del espectro autista presentan intereses restringidos, que ocupan toda su capacidad de atención y gran inflexibilidad de pensamiento⁽¹³⁾. La principal consecuencia es la falta de motivación por aquellas asignaturas que no están dentro de su campo de interés.

Su déficit de comprensión social y reciprocidad emocional es el responsable de las dificultades para relacionarse con sus iguales. Contrariamente a lo que a veces se cree, la mayoría de adolescentes con trastornos del espectro autista sienten deseos de relación y necesidad de formar parte de un grupo. Sin embargo, sus dificultades para entender las emociones, para predecir las conductas de los demás o comprender sus verdaderas intenciones, hacen que las situaciones sociales se conviertan en los momentos más estresantes de la jornada escolar, pudiendo derivar en un estado de confusión emocional y desorganización comportamental.

Además, suelen presentar dificultades:

- En la organización y planificación, que les puede llevar a la pérdida de material, abandono de actividades, dificultades para controlar el tiempo, centrar y mantener la atención, trabajar de forma independiente...
- En la comprensión de conceptos abstractos.
- Para inferir la información implícita y extraer la idea global de un texto.
- En la capacidad de percepción visoespacial (problemas espaciales, dirección y orientación...) y coordi-

nación viso-motora, que les puede causar dificultades en la escritura, así como en asignaturas como educación física o plástica.

Trastornos del aprendizaje

Son trastornos de base neurobiológica, a menudo con un componente genético, que condicionan que un individuo con un nivel de inteligencia normal, a pesar de recibir una instrucción adecuada, no consiga avanzar de forma adecuada en uno o más aprendizajes^(13,14):

- Procesamiento del lenguaje de forma global (trastornos del desarrollo del lenguaje).
- Lenguaje escrito (dislexia).
- Cálculo matemático (discalculia).
- Coordinación motriz y organización visoespacial (trastorno del aprendizaje no verbal).

Trastornos del desarrollo del lenguaje

El nivel de competencia lingüística en estos adolescentes está muy por debajo del resto de sus capacidades (cognitivas no lingüísticas, motrices y sensoriales). Dadas las dificultades para comunicarse y avanzar en los aprendizajes como el resto de sus compañeros, son frecuentes los problemas de autoestima y los trastornos afectivos.

Dislexia

El adolescente disléxico (o con trastorno específico para la adquisición de la lectura) se caracteriza por:

- Lectura lenta, poco automatizada, que requiere mucho esfuerzo, a pesar de que, en muchos casos, practicando, se puede tener una lectura precisa y funcional.
- Gran dificultad para la aplicación de las normas ortográficas de forma espontánea.
- Expresión escrita deficiente por una pobre conciencia morfosintáctica. Pasar del discurso oral al escrito requiere de unos pasos que obligan a ordenar las ideas en frases y éstas en párrafos.
- Repercusión variable en la comprensión lectora. Cuando el alumno no disléxico puede centrar todo su esfuerzo y atención en la comprensión del texto, el disléxico todavía realiza un gran esfuerzo en la decodifica-

ción del texto escrito en detrimento de la comprensión.

- La dificultad en automatizar las secuencias verbales en esta etapa significa no tener automatizadas las tablas de multiplicar. Este hecho, junto a la baja comprensión de los enunciados de los problemas, hace que los adolescentes disléxicos puedan presentar mal rendimiento en la asignatura de matemáticas.
 - Rechazo a estudios o trabajos que requieren mucha lectura o redacción. Evitan películas de cine subtítuladas, novelas largas, etc.
- De forma paralela o secundaria a estas manifestaciones, el adolescente disléxico puede manifestar:
- Vergüenza para leer en público.
 - Falta de tiempo para terminar las tareas escritas.
 - Bajos resultados académicos al hacer pruebas escritas en comparación con el esfuerzo realizado y a los conocimientos conseguidos.
 - Baja autoestima.

Discalculia

Los adolescentes con discalculia no tienen un buen uso del número en la vida cotidiana, cometen errores en cálculos, necesitan la calculadora para sumas sencillas, no han automatizado hechos aritméticos, poseen pocas estrategias en la resolución de problemas, no saben usar la estimación. Suelen sentir rechazo hacia la asignatura de matemáticas y, a veces, enfrentarse a ella les provoca ansiedad.

Trastorno del aprendizaje no verbal

Los adolescentes con trastorno del aprendizaje no verbal presentan dificultades en la integración visual, táctil y motora. Sus habilidades lingüísticas están conservadas, pero muestran pobre grafismo, deficientes habilidades visoespaciales, mala coordinación y dificultades en el razonamiento matemático y la aritmética. Con mucha frecuencia, se asocian déficit de atención y baja competencia social.

Alteraciones físicas

Entre las que pueden afectar al rendimiento académico están: problemas neurológicos, enfermedades crónicas, incapacidad física, déficit auditivo y/o

visual, rinitis crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño (que suele manifestarse con somnolencia en clase y dificultades de concentración), malnutrición (que comprometa el desarrollo cognitivo), ferropenia (capaz de afectar a la capacidad atencional), hipotiroidismo (puede sentirse cansado, perezoso o débil y presentar problemas de memoria, depresión o problemas para concentrarse), hipertiroidismo (nerviosismo, cansancio, mal rendimiento escolar).

Problemas psicoemocionales

Su presencia condiciona de forma importante el éxito escolar. Debemos descartar, sobre todo: depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de conducta y trastornos por ansiedad. Dentro de estos últimos, son de subrayar, por su frecuencia, dos cuadros: la ansiedad académica y frente a los exámenes, y la ansiedad de separación.

Ansiedad académica y frente a los exámenes

La ansiedad académica se define como la respuesta de preocupación, inquietud o miedo ante determinados estímulos y situaciones del contexto escolar que se percibe como amenazante o que plantea determinadas demandas que están por encima de los recursos personales de afrontamiento (educativos, psicológicos, éticos, sociales, etc.), requiriendo un esfuerzo adaptativo. La ansiedad ante los exámenes se caracteriza por una inquietud o temor que experimentan los alumnos antes, durante o después de un examen (escrito u oral) por miedo o preocupación a fracasar y suspenderlo.

Cuando el miedo ante el ámbito académico y los exámenes llega a ser excesivo, desproporcionado, intenso, irracional, persistente y acompañado por una conducta de evitación hacia la situación o estímulo que lo provoca (rechazo prolongado a acudir al centro escolar), y la duración de los síntomas es de al menos seis meses, nos encontramos ante una fobia, una fobia específica de tipo situacional, clasificada según el manual del DSM-IV-TR dentro de los trastornos de ansiedad. También se la conoce como fobia escolar. En muchos casos, los adolescentes que la padecen experimentan un incremento en la intensidad de la

ansiedad anticipatoria el día o días anteriores al enfrentamiento con las situaciones escolares, que se presentan como estímulos fóbicos. Algunos de los síntomas físicos y emocionales que se suelen sentir ante estas circunstancias anómalas son el aumento en la tasa respiratoria, la náusea, la opresión precordial, las manos frías, el mareo, el dolor de cabeza, la desesperanza o la tristeza.

Ansiedad de separación

La ansiedad por separación es un malestar intenso que muchos adolescentes experimentan ante situaciones que conllevan separarse de sus adultos cuidadores (principalmente de la madre) o del hogar. Entre sus síntomas más destacados se encuentran la persistencia a oponerse a ir al colegio (debe ser de cuatro semanas como mínimo), la apatía, el aislamiento de los amigos y la tristeza.

El maltrato (o acoso) entre iguales o bullying

Se define como el conjunto de comportamientos físicos y/o verbales que un menor o grupo de menores, de forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirige contra un compañero/a de forma repetitiva y duradera con la intención de causarle daño⁽¹⁵⁾. Para su diagnóstico, se requiere:

- La existencia de una asimetría de poder o una situación de desigualdad entre agresor y víctima debido, generalmente, a que el agresor suele estar apoyado en un grupo que le sigue en su conducta violenta, mientras que la víctima queda indefensa, sin poder salir por sí misma de la situación de acoso.
- La conducta agresora se repite y prolonga durante cierto tiempo (una frecuencia mínima de una vez por semana y una duración mínima de 6 meses).
- Se mantiene debido a la ignorancia o pasividad de las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente.
- La intencionalidad y el carácter proactivo de la agresión, ya que se busca obtener algún beneficio social, material o personal, sin que medie provocación previa.
- La pretensión de crear daño.

Abuso de *cannabis*

El consumo diario de *cannabis* puede llevar a corto plazo a la aparición de apatía, dificultades de concentración y falta de memoria, afectándose los procesos de aprendizaje y rendimiento⁽¹⁶⁾.

Intervención terapéutica

La intervención será multisistémica y multimodal.

Habitualmente, se integrarán tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos dirigidos, por un lado, a compensar, en la medida de lo posible, las dificultades detectadas en cada nivel del modelo ecológico (personal, familiar, escolar y social) y, por otro, a potenciar los recursos terapéuticos y/o compensadores en cada uno de esos niveles. Para ello, se realizará un plan de actuación coordinado multidisciplinar e interinstitucional (trabajo en red).

Prevención

La base de la prevención es la construcción de resiliencia (la capacidad de los individuos para afrontar las dificultades, poniendo en juego sus aptitudes).

La mejor forma de prevenir, no sólo es comprobar continuamente el buen funcionamiento del menor en el área física, psicoemocional y social, detectando precozmente necesidades que satisfacer y problemas a los que hacer frente, sino intervenir fortaleciendo los recursos que promueven resiliencia⁽¹⁷⁾:

- *Ambiente social facilitador*: se refiere tanto a redes de apoyo social como a modelos positivos y a la aceptación incondicional del adolescente por parte de su familia, amigos y escuela. Implica que el adolescente cuente con:
 - Personas a su alrededor que le quieran incondicionalmente y en quienes confiar.
 - Personas que le pongan límites para aprender a evitar peligros o problemas.
 - Personas que le muestren por medio de su conducta, la manera correcta de proceder (modelos para actuar).
 - Personas que le ayuden a conseguir su autonomía.

- Personas que le cuiden cuando se encuentre enfermo, en peligro o necesite aprender.
- *Recursos personales*: es la fuerza psicológica interna que desarrolla el adolescente en su interacción con el mundo. Incluye la autoestima, la autonomía, el control de impulsos, la empatía, el optimismo, el sentido del humor y el saberse partícipe de la fraternidad universal. Es necesario que el adolescente:
 - Se sienta una persona por la que otros sienten aprecio y amor.
 - Sea feliz cuando hace algo bueno para los demás y les demuestre su afecto.
 - Sea respetuoso consigo mismo y con los demás.
 - Esté dispuesto a responsabilizarse de sus actos.
 - Se sienta seguro de que todo saldrá bien.
- *Habilidades sociales*: ser capaz de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales. El adolescente necesita percibir que puede:
 - Hablar sobre lo que le asusta o le inquieta.
 - Buscar maneras de resolver sus problemas
 - Controlarse cuando tiene ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
 - Contar con alguien que le escuche y le ayude cuando lo necesita.

Vanistendael compara la construcción de la resiliencia con la edificación de una casa (Fig. 1), donde cada una de las partes de la misma representa un elemento promotor⁽¹⁸⁾. Henderson y Milstein han propuesto un modelo para desarrollar la resiliencia en los centros educativos conocido como la rueda de la resiliencia (Fig. 2)⁽¹⁹⁾. Uno de los logros de este modelo es que trabaja en tres niveles: alumnado, docentes e institución.

Función del pediatra de atención primaria

Para poder valorar adecuadamente los problemas escolares en la adolescencia, el pediatra de Atención Primaria precisa una visión integral de la salud.

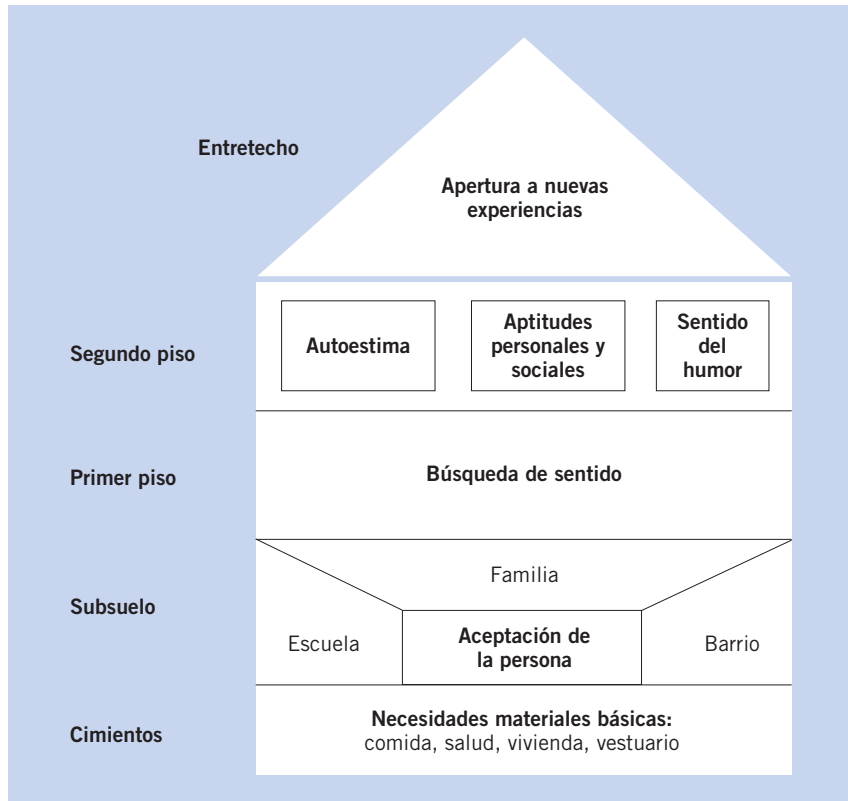


Figura 1. Modelo de la casita de Vanistendael de construcción de la resiliencia.

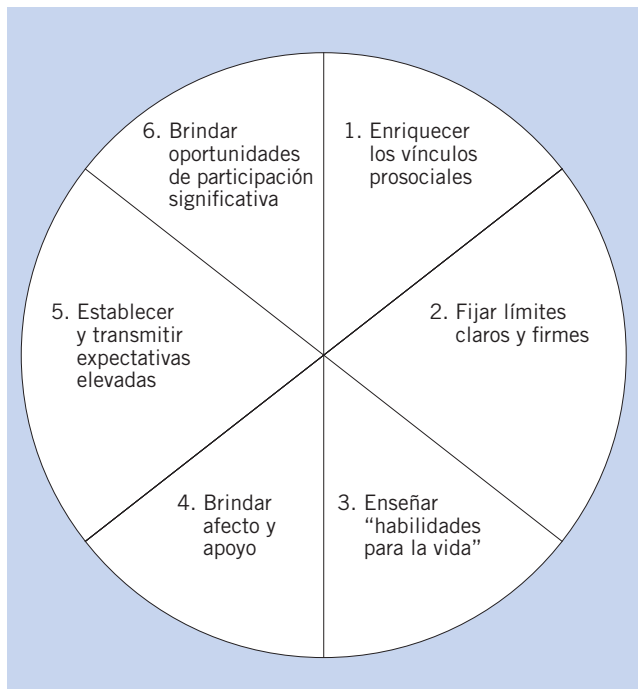


Figura 2. Rueda de la resiliencia en la escuela (adaptado de Henderson y Milstein).

Los problemas escolares pueden ser decisivos para el desarrollo de la personalidad y la salud mental futura del adolescente. Es preciso disponer de la

sensibilidad y formación necesarias para ser capaz de escucharle, comprenderle y ayudarlo⁽²⁰⁾, en el marco de una coordinada intervención multidisciplinar.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Marchesi A. El fracaso escolar en España. Madrid: Alianza; 2002.
2. Fernández M, Mena L, Riviere J. Fracaso y abandono escolar en España. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 2010.
- 3.*** Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Abordar el abandono escolar prematuro: una contribución clave a la agenda Europa 2020. Bruselas: Comisión Europea; 2011. Disponible en http://ec.europa.eu/education/school-education/doc/earlycom_es.pdf
4. OCDE Informe español. PISA 2009. Programa para la evaluación internacional de los alumnos. Madrid: Ministerio de Educación; 2010.
- 5.** De la Orden A, Oliveros L, Mafokozí J, González C. Modelos de investigación del bajo rendimiento. Revista Complutense de Educación. 2001; (1): 159-78.
- 6.*** González-Pianda JA. El rendimiento escolar. Un análisis de las variables que lo condicionan. Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación. 2003; 7(8): 247-58.
- 7.** Weiner B. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer Verlag; 1986.
8. Ruiz C. Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. Modelos de investigación del bajo rendimiento. Revista Complutense de Educación. 2001; (1): 81-113.
- 9.*** Lieury A, Fenouillet F. Motivación y éxito escolar. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- 10.** Gabarró D. ¿Fracaso escolar? La solución inesperada del género y la coeducación. Lleida: Boira Editorial; 2010.
11. Ruiz PJ. Alteración de las capacidades intelectuales por defecto y por exceso.

- Retraso mental/superdotados. En: Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G, eds. Medicina de la adolescencia. Atención integral. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 739-48.
12. Brown TH. Comorbilidades del TDAH. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
 13. Artigas J, Buisán N, Carmona C, García K, Noguer S, Rigau E. El niño incomprendido. Barcelona: Amat editorial; 2009.
 - 14.*** Roca E, Carmona J, Boix C, et al. El aprendizaje en la infancia y la adolescencia: claves para evitar el fracaso escolar. Espulgues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2010.
 15. Ruiz PJ. Niños y adolescentes que maltratan. *Pediatr Integral*. 2009;XIII(10): 919-29.
 16. Ruiz PJ. Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia. En: Del Pozo J, ed. Tratado de pediatría extrahospitalaria. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2011. p. 1487-1494.
 - 17.** Puig G, Rubio JL. Manual de resiliencia aplicada. Barcelona: Editorial Gedisa; 2011.
 18. Vanistendael S, Lecomte J. Resiliencia y sentido de vida. Buenos Aires: Paidós; 2004.
 19. Henderson N, Milstein MM. Resiliency in Schools. Making It Happen for Students and Educators. California: Corwin Press; 2003.
 - 20.** Ruiz PJ, Parra MI. La entrevista clínica con adolescentes: lenguajes, patrones de comportamiento, dinámica de grupos. En: De los Reyes M, Sánchez M, eds. Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Ergon; 2010. p. 331-40.

Bibliografía recomendada

- Mulas F. Dificultades de aprendizaje. Barcelona: Viguera; 2006.
- Ofrece una visión multi e interdisciplinar del problema de las dificultades del aprendizaje.

- Sans A. ¿Por qué me cuesta tanto aprender? Trastornos del aprendizaje. Barcelona: Edebé; 2008.

Proporciona pautas concretas para detectar, diagnosticar y tratar a niños y jóvenes con dislexia, TDAH, trastorno de aprendizaje no verbal, trastornos del desarrollo del lenguaje, trastorno del espectro autista de alto funcionamiento o discalculia.

- Armstrong TH. El poder de la neurodiversidad. Las extraordinarias capacidades que se ocultan tras el autismo, la hiperactividad, la dislexia y otras diferencias cerebrales. Barcelona: Paidós; 2012.

Nos ofrece una visión apasionada, compasiva y práctica de las múltiples habilidades potenciales que albergan las personas que están dotadas de "capacidades diferentes" de las que consideramos "normales".

- Ruiz PJ, Bosques D, Cozar G, González B. Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7: 451-61.

Se describe modelo de promoción de la salud en la adolescencia, que incluye intervención en el ámbito escolar.

- Ruiz PJ. Spain (Alcalá de Henares, Madrid): the strategy "for and with young people" for promoting adolescent mental health in primary health care. In: Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 216-26.

Se explica detalladamente el desarrollo de la estrategia "para y con los jóvenes" elegida por la Organización Mundial de la Salud como buena práctica en la promoción del bienestar mental y la cohesión social en adolescentes.

- Ruiz PJ. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Proyecto de promoción de la salud mental útil para trabajar factores de resiliencia en la prevención de problemas escolares en la adolescencia.

Caso clínico

Varón de 11 años que cursa sexto de educación primaria en un centro educativo concertado. Acude a consulta joven, derivado por su pediatra, por presentar “acoso escolar por parte de un grupo de 7 compañeros, con sentimientos de inferioridad y déficit de habilidades sociales”. Trae informe del colegio, realizado a partir de batería psicopedagógica de administración colectiva, en el que consta autoestima baja y niveles de adaptación escolar muy bajos.

Antecedentes personales

Enuresis nocturna hasta los 9 años.

Antecedentes familiares

Hermano dos años menor que él, “un poco despistado, igual que yo”, refiere el adolescente; “no se entera de los controles y le pillan por sorpresa”.

Anamnesis

En entrevista a adolescente y padres, se detectan dificultades en conducta y problemas de relación con iguales desde pequeño. La profesora de 2º curso de educación infantil ya se quejaba de que era un niño “muy nervioso y muy desobediente”, por lo que lo derivó al psicólogo del colegio, quien relacionó las dificultades con que era “muy brusco en su relación con los demás”. Pasaban los años y seguía siendo “muy nervioso, se subía encima del sofá, de pie, en las sillas, saltando y haciendo poco caso a los padres”. Los problemas más serios comenzaron en 3º de educación primaria. Su mejor amigo era víctima de burlas, insultos y humillaciones constantes por parte de sus compañeros, y “él siempre le defendía y se lo decía a los profesores”. Así se ganó el desprecio de estos compañeros, que comenzaron a hacer lo mismo con él. Sobre todo uno, “me monta todo el escándalo y les dice a todos que no sean mis amigos”, expresa el adolescente.

“Somos conscientes de que también él tendrá su parte de responsabilidad en todos los conflictos que tiene, porque en casa tampoco es fácil”. “Yo ya he ido varias veces a hablar con el profesor y siempre me dice lo mismo: que dice chorradas que interrumpen la clase, que es muy pesado, que gasta bromas muy pesadas a los demás y que no todos los compañeros entienden estas bromas. Yo lo entiendo, pero no me parecen bien las barbaridades que le dicen o hacen”.

En casa, “no hace caso en ciertas cosas, por muchas veces que se lo digas, y te saca de quicio en muchas ocasiones”. “No conseguimos que cumpla con las normas básicas de una casa, como tirar de la cadena, no coger los alimentos con las manos o ponerse las zapatillas”, “cuando él quiere algo, tiene que ser ya, y si no, muchas veces, llora, grita o se enfada con malos gestos y enfados”. “Por otra parte, es muy noble y muy sensible, y bastante trabajador, aunque tengo que estar muy encima de él”, dice la madre.

“En el colegio ha tenido siempre pocos amigos, los que también eran rechazados por los demás. Ahora, ni siquiera esos, ahora está solo y busca amigos en cursos más bajos”. “Por su manera de ser le han hecho el vacío”. “Es buen chico pero no puede cambiar su comportamiento”, manifiesta el padre.

Exploración física

Sin hallazgos significativos.

Cuestionarios a padres y profesores

Véase tabla III.

Entrevista semiestructurada para evaluar criterios diagnósticos DSM-IV-TR de TDAH (adaptación de CAADID de Epstein, Johnson y Connors)

Cumple criterios A (6 síntomas de desatención, 8 de hiperactividad/impulsividad), B, C, D y E de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tipo combinado.

Evaluación psicopedagógica individual

Véase tabla IV.

Pruebas complementarias

Bioquímica, metabolismo del hierro y TSH en sangre: normal. Sistemático de orina: normal.

Hipótesis diagnóstica: baja autoestima. Dificultades de adaptación escolar en relación con problemas con compañeros. Víctima de acoso escolar (cumple todos los criterios diagnósticos de *bullying*). Déficit de habilidades sociales. TDAH tipo combinado.

Plan de actuación

Terapia individual (citas periódicas en consulta joven trabajando el empoderamiento personal, tratamiento con metilfenidato) y grupal (grupo de autoayuda, taller de desarrollo personal y habilidades sociales). Construcción de red de apoyo y promoción de conducta prosocial (integración en proyecto de participación comunitaria de adolescentes del centro de salud). Orientaciones psicoeducativas y de apoyo a los aprendizajes al adolescente, padres y a profesores. Desarrollo en el centro educativo de un plan de mejora de la convivencia y de respuesta al acoso escolar.

Evolución

Mejora constatada y persistente en adaptación escolar, estado emocional (“más tranquilo y centrado, ya no me pongo tan nervioso”), rendimiento académico, competencias sociales y de afrontamiento de conflictos. En seguimiento hasta la actualidad en consulta joven del centro de salud. Tiene ya 15 años.

Caso clínico (continuación)

Tabla III. Cuestionarios a padres y profesores del caso clínico

Informante	Cuestionario	Resultado
Madre	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Síntomas emocionales 7 (anormal), problemas de conducta 4 (anormal), hiperactividad 7 (anormal), problemas con compañeros 3 (límite), conducta prosocial 9 (normal), total 30 (anormal). Claras dificultades en conducta y capacidad para relacionarse con otras personas, desde hace más de un año, que causan bastante malestar a su hijo, interfiriendo mucho en amistades y actividades de ocio o de tiempo libre y suponiendo bastante carga para la familia
	Cuestionario ADHD-RS de DuPaul	Déficit de atención 13 (p80-84); hiperactividad/impulsividad 13 (p89); total 26 (p86)
Padre	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Síntomas emocionales 5 (anormal), problemas de conducta 4 (anormal), hiperactividad 8 (anormal), problemas con compañeros 6 (anormal), conducta prosocial 6 (normal), total 29 (anormal). Claras dificultades en conducta y capacidad para relacionarse con otras personas, desde hace más de un año, que causan bastante malestar a su hijo, interfiriendo bastante en vida en casa, amistades y actividades de ocio o de tiempo libre y suponiendo un poco de carga para la familia
	Cuestionario ADHD-RS de DuPaul	Déficit de atención 21 (p96); hiperactividad/impulsividad 18 (p97); total 39 (p97-98)
Profesor tutor	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Síntomas emocionales 1 (normal), problemas de conducta 4 (anormal), hiperactividad 9 (anormal), problemas con compañeros 3 (normal), conducta prosocial 2 (anormal), total 19 (anormal). Claras dificultades desde hace más de un año, que causan mucho malestar en alumno, interfiriendo mucho en relación con compañeros y bastante en aprendizaje en la escuela, suponiendo un poco de carga para la clase
	Cuestionario ADHD-RS de DuPaul	Déficit de atención 17 (p80); hiperactividad/impulsividad 16 (p89); total 33 (p88)
Orientador	Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)	Síntomas emocionales 5 (límite), problemas de conducta 8 (anormal), hiperactividad 10 (anormal), problemas con compañeros 9 (anormal), conducta prosocial 1 (anormal), total 23 (anormal). Claras dificultades desde hace más de un año, que causan bastante malestar en alumno, interfiriendo mucho en relación con compañeros y bastante en aprendizaje en la escuela, suponiendo bastante carga para la clase
	Cuestionario ADHD-RS de DuPaul	Déficit de atención 26 (p96-97); hiperactividad/impulsividad 23 (p97); total 49 (p98)

Tabla IV. Evaluación psicopedagógica individual (caso clínico)

Prueba	Resultado
Test breve de inteligencia de Kaufman K-BIT	Vocabulario PT 109, matrices PT 104 (diferencia de puntuaciones típicas NS); CI compuesto 105 (p63, medio, eneatiipo 6)
Escala de atención visual de Magallanes EMAV-2	Índice de calidad de atención 0,981 (p75); índice de atención sostenida 0,615 (p45)
Test de emparejamiento perceptivo de figuras conocidas MFF-20	Impulsividad p45-50; ineficiencia p25-30; estilo cognitivo: en la media
Evaluación de los procesos lectores PROLEC-SE	No dificultades (nivel medio); se observan sustituciones y omisiones
Evaluación de los procesos de escritura PROESC	No dificultades
Test de competencia matemática básica Tema 3	No dificultades

Algoritmo. Valoración de problemas escolares en la adolescencia

