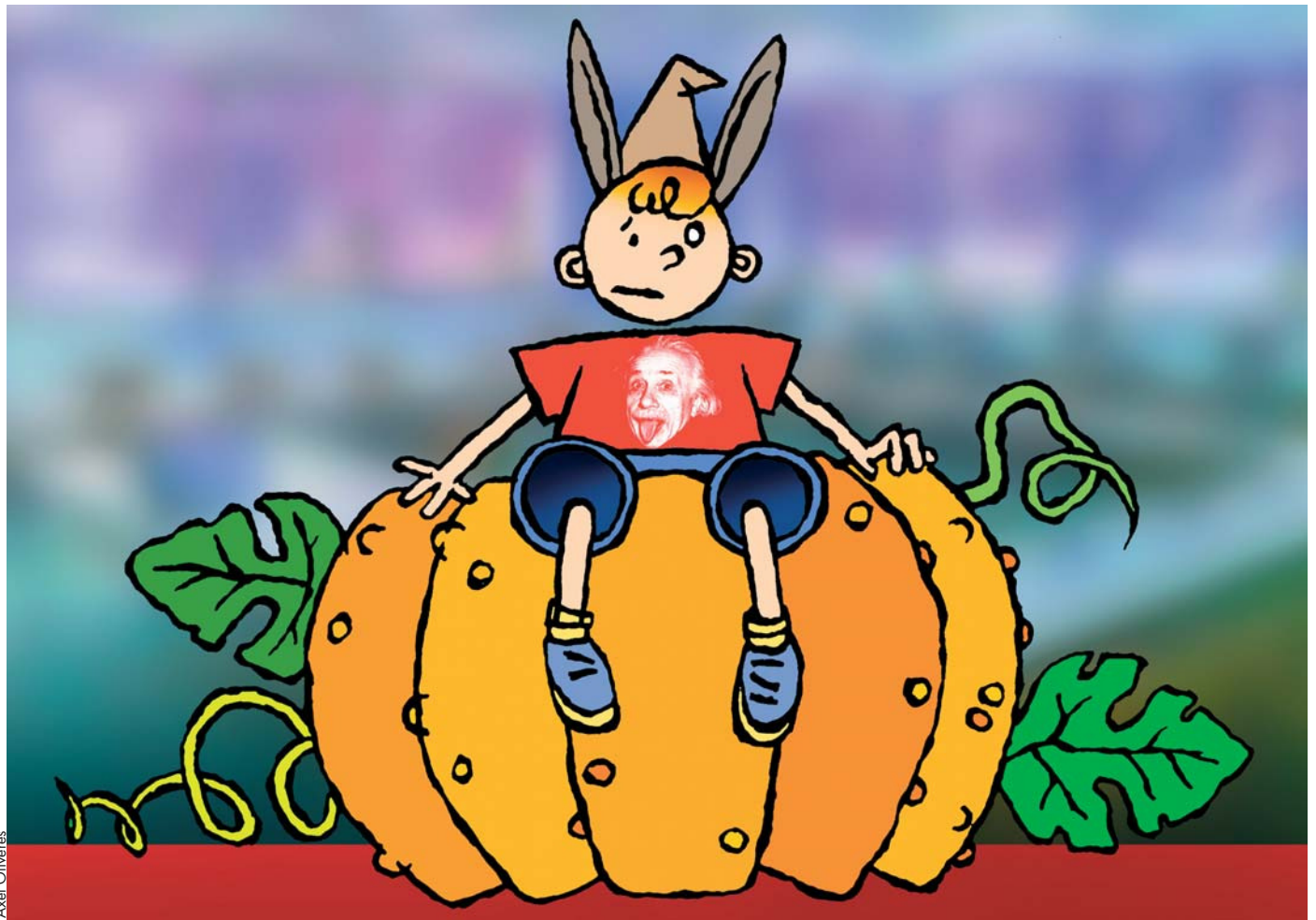


Hablemos de...

Fracaso escolar

JOSEP CORNELLÀ Y ÀLEX LLUSENT

Programa de Atención a los Adolescentes. Dirección de Atención Primaria. Institut Català de la Salut. Centre d'Especialitats Güell. Girona. España.
cornella@comg.es ; alexllusent80@hotmail.com



Àlex Oliveres

Introducción

Las consultas por dificultades en el rendimiento escolar comienzan a ser frecuentes en los servicios de atención primaria de pediatría. Cuando a los padres les preocupa el bajo rendimiento de sus hijos en la escuela, tienden a traspasar sus miedos y ansiedades al pediatra. A éste le corresponde realizar el primer enfoque de la situación, valorando distintas posibilidades: problemas familiares, falta de motivación, problemas de aprendizaje no diagnosticados hasta el momento, profesores de dudosa calidad pedagógica, problemas emocionales y problemas de salud. Es necesario, por lo tanto, hacer una aproximación al diagnóstico y orientar la terapéutica para ayudar al alumno que tiene problemas con su rendimiento escolar, y procurar que esta ayuda pueda ser útil a padres y maestros.

Puntos clave

- El fracaso escolar constituye una patología frecuente que puede pasar inadvertida al pediatra y que puede ser el origen de otros trastornos en la salud mental.
- En toda historia clínica pediátrica debe incluirse la pregunta sobre el progreso académico del niño.
- El pediatra de atención primaria está en una situación privilegiada para la orientación diagnóstica del niño con fracaso escolar.
- Antes de estudiar los posibles trastornos mentales es necesario efectuar una buena exploración física.
- La prevención del fracaso escolar exige un trabajo multidisciplinario en el que puedan colaborar los pediatras junto a los docentes.

¿Cuál es el problema?

El fracaso escolar se define como la falta de adecuación del rendimiento académico de un niño a las expectativas propias de su grupo de edad, en ausencia de déficit mentales o sensoriales, y en la suposición de una oferta pedagógica académicamente apta¹. La incidencia es alta, cercana al 10%. Aumenta especialmente durante el segundo ciclo de enseñanza secundaria.

¿Cómo se presenta el problema?

El fracaso escolar puede pasar inadvertido al pediatra si no incluye en la anamnesis una pregunta directa sobre el progreso escolar del niño. Los resultados deficientes serán un claro síntoma de que existe algún problema.

Sin embargo, también debe prestarse especial importancia a la disminución de la autoestima, a las reiteradas ausencias de la escuela, a los síntomas psicósomáticos sin hallazgos físicos, al sentimiento de odio o rencor hacia la escuela o a los síntomas de fobia escolar. Otras veces será conveniente valorar la historia previa de problemas específicos del aprendizaje, o el retraso en la adquisición del habla o en la pronunciación de ciertos fonemas. También habrá que dedicar especial atención al niño que presenta una historia previa de otitis de repetición.

Mención aparte merece el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Se trata de una entidad que afecta entre un 3 y un 5% de los escolares y que requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos.

¿Cuál puede ser la causa?

La respuesta a esta pregunta es compleja. Se admite que casi el 50% de los adolescentes que no pueden terminar con éxito la educación secundaria padece algún tipo de trastorno en su salud mental². Es interesante y práctico el esquema de valoración etiológica de los problemas en el rendimiento escolar que presenta Pedreira³, a partir de las siguientes causas:

1. Inmadurez. Se detecta antes de los 8 años y existen evidencias de una estimulación muy pobre durante los primeros años de vida. Al niño inmaduro le resulta difícil aceptar las tareas sedentarias, muestra escaso interés por las actividades

escolares y prefiere dedicarse al juego activo. Corresponde al pediatra valorar el desarrollo neurofisiológico de cada niño.

2. Conflictos emocionales. Pueden ser consecuencia de una reciente relación de estrés (separación o divorcio de los padres, fallecimiento de un ser querido, etc.). Suele tratarse de un niño soñador, de conducta impulsiva y con errores en el trabajo cotidiano. Habrá que identificar el origen del problema y ofrecer apoyo, orientación y consejo a la familia.

3. Conflictos con la personalidad del maestro. Acontecen cuando el estilo de relación del profesor con el niño difiere mucho del estilo de los padres o de maestros anteriores. Suele haber un historial de frecuentes disputas con el profesor, ya sean de carácter académico o conductual. Convendrá plantear un trabajo con los padres para ajustarse a los requerimientos del profesor, hablar con el profesor y con el equipo educativo del centro y, cuando esto no funciona, habrá que plantear un cambio de profesor.

4. Hiperactividad. Se caracteriza por el déficit de atención y concentración, movimiento constante y problemas para terminar los deberes escolares. El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad tiene un diagnóstico y un tratamiento específicos.

5. Dificultades en el aprendizaje. Lo tendremos en cuenta cuando existe un déficit en algunas áreas del aprendizaje que dificultan el progreso uniforme. Convendrá una identificación temprana para iniciar cuanto antes un tratamiento oportuno.

6. Retraso mental. En este caso las dificultades se dan en todas las áreas del aprendizaje. Tendrá un tratamiento específico de acuerdo con el diagnóstico.

7. Problemas médicos. Son diversos y van desde la anemia hasta los déficit sensoriales. Suele existir una historia

previa de progreso adecuado que se interrumpe de manera brusca. Se impone un examen físico completo y minucioso.

8. Problemas emocionales. Se tendrán en cuenta cuando el niño atraviesa períodos de falta de interés, poca energía, o cuando llora con facilidad, o enmudece cuando se le pregunta en clase. Habrá que investigar las posibles causas e instaurar el tratamiento adecuado.

9. Problemas del entorno. Nos encontramos con un bajo rendimiento general, sin que exista un patrón de conducta particular. Se recomienda la actuación conjunta con los servicios sociales.

10. Entorno familiar inadecuado, o inadecuada atención de los padres hacia el trabajo de los hijos. Suele tratarse de niños con habilidades, pero que rechazan el trabajo escolar y muestran desinterés por las actividades académicas. Cuando la educación se hace coercitiva y se dificulta la adquisición de habilidades sociales,

existe también un mayor riesgo para el fracaso escolar⁴. El tratamiento se basa en la orientación y el apoyo a los padres.

El fracaso escolar constituye una patología emergente en el campo de la pediatría de atención primaria que debe abordar el profesional.

Las formas de presentación del fracaso escolar pueden ser típicas (resultados deficientes en las evaluaciones) o atípicas (reiteradas ausencias de la escuela, somatizaciones, fobia escolar).

El trastorno por déficit de atención, que no siempre cursa con hiperactividad, debe considerarse como hipótesis diagnóstica en todo niño que fracase en su progresión académica.

Casi el 50% de los adolescentes que no consiguen terminar con éxito su educación secundaria presentan algún tipo de trastorno en su salud mental, con las repercusiones que ello puede tener para su futuro.

¿Cómo podemos enfocar el problema?

El equipo de pediatría de atención primaria está en unas condiciones excelentes para comprender al niño en su integridad, entendiéndolo en toda su complejidad biopsicosocial⁵. A partir de aquí, se puede compartir con los profesionales vinculados a la pedagogía la responsabilidad de estimular de forma adecuada el desarrollo de las posibilidades de cada niño, sin exigir más ni contentarse con menos de aquello que cada uno puede dar de sí. El pediatra de cabecera debe interesarse por los aspectos escolares y ofrecer el apoyo, la ayuda y orientación que su preparación le permita. Basándonos en la amplia bibliografía existente⁶⁻⁸, proponemos un esquema de análisis del problema que incluye la historia clínica (tabla 1), la exploración física (tabla 2) y las pruebas complementarias (tabla 3). Queremos destacar la importancia de recoger los aspectos perinatales, ya que tanto la prematuridad como el bajo peso para la edad gestacional pueden repercutir en los resultados académicos del niño^{9,10}.

¿Cómo podemos orientar el tratamiento?

El tratamiento del niño y del adolescente que fracasan en la escuela es complejo, pero se puede esquematizar en los siguientes puntos:

1. Elaborar un completo historial global y efectuar un examen físico completo.
2. Disponer de referencias fiables de aspectos psicológicos y académicos.
3. Coordinar el equipo multidisciplinario que puede estar en relación con el niño y su problema. El pediatra debe ser el nexo de unión entre los distintos profesionales y el niño y su familia¹¹.

Tabla 1. Fracaso escolar: datos para la historia clínica

Problema actual
Valorar tanto la percepción del niño como de la familia
Historia escolar
Rendimiento (académico y conductual) en todos los ciclos escolares, asignaturas con mayor dificultad, calificaciones medias de los cursos anteriores, calificaciones de la última evaluación, asistencia, percepción del problema por parte de los profesores, resultados de pruebas psicológicas escolares, áreas de mayor dificultad (comprensión, memoria, lectura, escritura)
Desarrollo
Embarazo, período neonatal y desarrollo psicomotor
Antecedentes personales
Enfermedades, accidentes, tratamientos y medicación, enfermedades crónicas, hospitalizaciones
Antecedentes familiares
Problemas en el aprendizaje, problemas neurológicos, alteraciones psiquiátricas

El pediatra de atención primaria se encuentra en una situación óptima para comprender al niño en su integridad biopsicosocial, por lo que puede abordar su estudio atendiendo a la necesaria multidisciplinaria.

La historia clínica del niño que fracasa en la escuela debe hacer un especial hincapié en los aspectos perinatales y del desarrollo psicomotor del niño.

Tabla 2. Fracaso escolar: exploración física

Aspecto físico general
Signos de enfermedad crónica
Datos básicos
Peso, talla, perímetro craneal, presión arterial
Inspección general
Estado de nutrición e investigación de pequeñas anomalías o dismorfismos, investigar manchas en la piel ("café con leche", adenomas sebáceos, etc.)
Maduración sexual
En niños, el retraso puberal puede condicionar una mayor incidencia de problemas escolares. La presentación precoz de la menarquia, en niñas, puede tener igual efecto
Estado mental
Grado de actividad, capacidad de relación, conocimientos básicos para la edad
Otoscopia
Cicatrices, lesiones crónicas de los tímpanos
Tiroides
Descartar bocio
Habla
Disartria, afasia, tartamudeo
Funciones motoras
Tono y fuerza musculares, marcha, coordinación
Nervios craneales
En especial, agudeza visual, estrabismo, fluidez en el seguimiento visual
Movimientos involuntarios
Movimientos coreiformes, atetósicos, tics
Reflejos
Asimetría de reflejos tendinosos profundos Lateralidad
Propiocepción
Distinción entre 2 puntos, grafía (reconocer números o letras que se escriben en la palma de la mano o en la espalda)
Otras pruebas
De acuerdo con la edad, lectura de un párrafo, repetición de un grupo de palabras o números, hacer copiar figuras geométricas

4. Tratamiento farmacológico, si es necesario, con la colaboración del psiquiatra. Sin embargo, nunca debe prescribirse de entrada, antes de realizar una valoración, ni como solución mágica al problema presentado.
5. Orientar al niño y a la familia, y tratar las enfermedades físicas o psíquicas que puedan existir.
6. Actuar siempre como defensor del niño ante las, a menudo, complicadas redes de atención.
7. Proporcionar a la escuela las recomendaciones y los resultados de la evaluación médica y psicológica (con las limitaciones que impone el debido respeto a la intimidad del niño y de su familia). La entrevista con el maestro o el tutor suele proporcionar resultados muy positivos y ofrece nuevas perspectivas en la comprensión del problema.
8. Identificar los servicios que pueden proporcionar apoyo educativo o emocional al niño y a su familia. El pediatra deberá implicarse en el conocimiento de los recursos pedagógicos y sociales que se ofrecen.
9. Orientar y supervisar la terapia. Es muy importante que el pediatra no se desentienda del niño y de su problema. Más bien les corresponde el papel de "director de orquesta", ya que, a menudo, pueden aparecer nuevos problemas, al margen del que se está tratando.

La historia clínica del niño que fracasa en la escuela debe hacer un especial hincapié en los aspectos perinatales y del desarrollo psicomotor del niño.

Siempre debe efectuarse una exploración física detenida y completa, de acuerdo con el consejo que nos daba siempre el Prof. Folch i Camarasa: "¡Lo primero, el chasis!".

Es conveniente que el pediatra se familiarice con las pruebas psicológicas más habituales, a fin de interpretarlas de forma adecuada y poder dar las explicaciones pertinentes a los padres.

En el tratamiento, el papel del pediatra consistirá muy a menudo en coordinar al equipo de profesionales que atienden al niño y apoyar a éste y a la familia.

¿Puede el pediatra actuar en la prevención de los problemas escolares de los adolescentes?

La prevención de las enfermedades y la promoción de la salud integral del individuo son un objetivo primordial de los equipos pediátricos de atención primaria. Por ello, y aunque la costumbre sea dejarlos para el final, los aspectos preventivos tienen una importancia capital en nuestra labor diaria. Ofrezco aquí aquellos que, avalados por la bibliografía, me han parecido de mayor interés práctico y de aplicación inmediata:

1. En primer lugar hay que interesar a los pediatras por los aspectos psicológicos, sociales y educativos de sus pacientes, de manera que los programas de formación de residentes proporcionen la instrucción necesaria sobre salud escolar^{12,13}.
2. Es muy recomendable una buena exploración física, sensorial, neurológica y de conducta antes de entrar en la escuela, practicada por el pediatra de cabecera, como mejor conocedor del niño y de su familia.
3. Adaptar la escuela al niño. La llamada "escuela a medida"¹⁴, con programa didáctico diferenciado, puede ser muy adecuada para ayudar a los alumnos con retraso.
4. Estudiar los factores familiares y ofrecer la orientación necesaria¹⁴.
5. Evitar los cambios de escuela¹⁴, a excepción de casos de extrema necesidad.
6. Propugnar una escuela de calidad. Los pediatras tenemos mucho que decir para exigir una mejor nutrición de las mentes de nuestros niños y adolescentes¹⁵. El pediatra tiene el deber moral de pedir que los programas escolares hagan especial hincapié en las lenguas y humanidades, y que se mejoren los objetivos en las habilidades básicas (escritura y matemáticas).

A pesar de la creciente presión comercial, el pediatra de atención primaria evitará la prescripción de fármacos, para lo que requerirá la colaboración del psiquiatra infantil.

Sería conveniente que en cada centro académico hubiera un equipo de salud mental que velara por los aspectos preventivos del fracaso escolar.

Tabla 3. Fracaso escolar: exploraciones complementarias

Exploración del oído (incluyendo audiometría)
Exploración de la agudeza visual
Análisis general (si se sospecha alguna anomalía)
Electroencefalograma (en el caso de que se sospeche una etiología comicial)
Pruebas psicométricas (el pediatra debe conocerlas a fin de poder interpretar correctamente un informe psicológico). Los objetivos de la exploración psicológica son: <ul style="list-style-type: none">Determinar la capacidad cognoscitiva (memoria, capacidad para resolver problemas, capacidad de organización). El test de Weschler tiene gran utilidad; permite valorar diferencias entre las capacidades verbales y manipulativasDetectar los puntos fuertes y débiles en la capacidad de percepciónConocer la capacidad de comunicaciónDeterminar las capacidades e incapacidades académicasValorar el perfil de personalidad del niño y sus posibles conflictos emocionalesConocer las relaciones familiares

7. Implantar en la escuela programas capaces de motivar al niño y al adolescente: autocontrol de la ansiedad, estrategias de relajación, resolución de problemas, habilidades sociales.

8. Dar la importancia que merece a la educación preescolar¹⁶. Más que llenar de contenidos, el objetivo de la educación preescolar debería ser doble: propiciar un entrenamiento que permita optimizar el inicio de las habilidades y competencias escolares, a la vez que identificar las dificultades y problemas que, si no se tratan, conducirían al fracaso escolar.

Por último, le corresponde al pediatra reclamar, como ciudadano, una mejor "nutrición" de las mentes de nuestros niños y adolescentes.

9. Adaptar los programas escolares a la velocidad de crecimiento físico y desarrollo mental de los alumnos, más que atendiendo a la edad cronológica¹⁷.

10. Por último, es necesario que en cada centro académico haya un equipo de salud mental¹⁸.

Podríamos enumerar muchos más aspectos, pero nos sirve de punto final el texto de Leo Kanner, al que se considera el "padre" de la psiquiatría infantil: "La mayor injusticia que un maestro puede inferir a un niño es el juicio crítico de que podría avanzar más si él quisiera. Esta afirmación, que puede ser exacta si entendemos que cualquier niño puede dar más con más voluntad de estudiar, suele olvidar algo muy importante: de bien seguro que existe algún impedimento para que este niño no quiera estudiar más".

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Metaanálisis

■ Epidemiología

1. Narbona García J. Fracaso escolar: prevalencia, mecanismos, detección y manejo. *But Soc Cat Pediatr* 1986;46:9-15.
2. Stoop AV, Weiss NS, Kuo ES, Cheney D, Cohen P. What proportion of failure to complete secondary school in the US population is attributable to adolescent psychiatric disorder? *J Behav Health Serv Res* 2003;30:119-24.
3. ●● Pedreira Massa JL. Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria. Madrid: Editorial Libro del Año S.L., 1995; p. 151-2.
4. ● Vanderheyden A, Witt JC. Proven practices for reducing aggressive and non-compliant behaviors exhibited by young children at home and at school. *J LA State Med Soc* 2000;152:485-96.
5. Judez Fageda J, Argemí Renom J. El fracàs escolar: les seves causes i conseqüències en la salut mental. *But Soc Cat Pediatr* 1991;51:189-99.
6. Neinstein LS. Salud del adolescente. Barcelona: JR Prous Editores, 1991; p. 840-9.
7. Barrera Moncada G. Psicopediatría. Problemas psicológicos del niño en la práctica diaria. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1987; p. 301-12.
8. Toledo Ortiz F. Fracaso escolar. En: García Caballero C, González Meneses A, editores. Tratado de pediatría social Carlos García Caballero. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 2000; p. 731-9.
9. Foulder-Hughes LA, Cooke RW. Motor, cognitive, and behavioural disorders in children born very preterm. *Dev Med Child Neurol* 2003;45:97-103.
10. Hollo O, Rautava P, Korhonen T, Helenius H, Kero P, Sillanpaa M. Academic achievement of small-for-gestational-age children at age 10 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:179-87.
11. Vermeil G. L'ecole, c'est aussi l'affaire des pediatres. *Arch Fr Pediatr* 1977;34:105-7.
12. ● Vanderpool NA, Wright GF, Nader PR. El pediatra y la escuela. *Pediatrics (ed. esp.)* 1979;7:273.
13. Chilton L. Experiencia en sanidad escolar antes y después de completar la formación pediátrica. *Pediatrics (ed. esp.)* 1979;7:305-8.
14. Toledo Ortiz F. Fracaso escolar. *Pediatría* 1989;9:169-72.
15. Sticler GB. Intellectual malnutrition: American schools and the pediatrician's duty. *Pediatrics* 1980;74:557-60.
16. Cano Linares P, Polaino Lorente A. Educación preescolar y prevención del fracaso escolar. *Acta Pediatr Esp* 1989;47:75-8.
17. Vermeil G. Croissance et réussite scolaire. *Arch Fr Pediatr* 1982;39:128.
18. ● Haynes NM. Addressing students' social and emotional needs: the role of mental health teams in schools. *J Health Soc Policy* 2002;16:109-23.