

ADOLESCENCIA: TIEMPO DE ESCUELA, PELDAÑO A LA AUTONOMÍA

Resumen

El artículo presenta una visión de los diferentes aspectos médicos y psicosociales de la adolescencia relacionados con la escolaridad; se tienen en cuenta factores personales; orgánicos y emocionales; factores sociales, como la familia, el colegio y el medio ambiente.

Se realiza un análisis de los principales motivos de consulta en nuestro medio: el bajo rendimiento escolar, el déficit de atención, los trastornos de aprendizaje y el retardo mental. Finalmente se muestra el papel de los diferentes actores (adolescente, familia, maestros y personal de salud) en el trabajo sobre la salud escolar del adolescente.

Abordar este tema, implica reconocer la estrecha relación entre la salud integral del adolescente y su vivencia escolar. Es necesario comprender el significado de cada uno de estos dos conceptos, que nos reúnen hoy, entorno a una discusión académica sobre esta situación que compromete al adolescente.

Jaime Alberto Restrepo Soto

Psicólogo

Especialista en Educación Sexual

Docente

Facultad de Psicología

Universidad de Manizales

Consuelo Marín de Madariaga

Médica Pediatra

Docente

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de Caldas

La asamblea mundial de la O.M.S. reunida en Ginebra en el año de 1989 entiende la salud integral del adolescente "desde el punto de vista de su trascendencia como el elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general. En manos del adolescente y el joven está no sólo el futuro inmediato de la sociedad, sino también el presente" (1).

El segundo concepto, escolaridad, tiene implicaciones definitivas en la construcción del desarrollo humano durante la adolescencia, en lo que tiene que ver con la elaboración de su propia identidad y proyecto de vida, así como en las interacciones sociales que permitirán al adolescente enfrentar el futuro (2).

Revisados estos conceptos es imprescindible preguntarnos: ¿Si nuestra manera de educar promueve la salud integral del adolescente? En términos de bienestar el derecho elemental a la educación es un no posible, aún dentro del aula, porque múltiples factores personales y sociales pueden interactuar de manera tal que se afecte la relación entre el adolescente y su medio escolar.

Nos permitimos citar cómo en la Unidad de Atención Integral al Adolescente de Confamiliares, el promedio de motivos de consulta por problemas relacionados con la escolaridad fue de 3 por cada 10 consultas atendidas en el servicio de psicología. Dichos motivos de consulta han sido clasificados, en su gran mayoría, bajo la denominación B.R.E. (Bajo rendimiento escolar), este síndrome aparece reportado en el boletín médico de CAFAM, de abril de 1989 siendo definido como "un conjunto de situaciones del estudiante caracterizado por dificultades en el proceso de aprendizaje que produce a la repetición de años lectivos y/o una marcada dificultad para el progreso en áreas específicas (matemáticas, español), que se repite a través de sus años escolares".(3)

Como motivo de consulta el B.R.E. requiere por parte del equipo interdisciplinario el análisis de múltiples factores que por separado o en interacción son causa de esta alteración en la salud escolar del individuo.

De manera didáctica agruparemos dichos factores según la siguiente clasificación.(4)

1. Factores personales
 - 1.1 Orgánicos
 - 1.2 Emocionales
2. Factores sociales
 - 2.1 Familia
 - 2.2 Escuela
 - 2.3 Medio ambiente.

1. FACTORES PERSONALES

1.1 ORGÁNICOS

1.1.1 Perinatales:

Parece ser, según KRAUSKOPF, que niños con bajo peso al nacer (inferior a 1500 gr), niños pre término (menos de 37 semanas de gestación), con encefalopatía hipóxica isquémica (asfixia perinatal), encefalopatía hiperbilirrubínica (cifras altas de bilirrubina depositadas en los núcleos basales del cerebro), toxemia (eclampsia, enfermedad hipertensiva del embarazo), el síndrome del alcohol fetal; factores genéticos tales como discapacidades específicas del lenguaje presentes en diferentes generaciones familiares, niños con alteraciones del cromosoma X: Turner y Klinefelter, tienen un riesgo mayor para trastornos de aprendizaje (5)

1.1.2 Factores Postnatales:

Múltiples patologías como otitis media recurrente, meningitis bacteriana, desnutrición, carencia de hierro, déficits sensoriales, intoxicación por plomo, han sido implicados como factores etiológicos en niños y adolescentes que tienen alguna disfunción en su rendimiento escolar.

Es ampliamente conocido por los maestros el impacto que sobre la asistencia y los procesos escolares, genera la presencia de enfermedades crónicas tales como: asma bronquial, epilepsia, artritis reumatoide, parálisis cerebral, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica entre otras. No está por demás resaltar la responsabilidad del profesional de salud en la prevención y tratamiento de estas patologías enfatizando la educación a los padres y al adolescente.

1.2 FACTORES EMOCIONALES

Se destacan especialmente la reacción de ajuste a la adolescencia, depresión, ansiedad y stress. Estas entidades demandan una alta habilidad de parte del clínico, pues la presentación de sus síntomas puede confundirse con cualquier otra patología.

Un caso que nos permite demostrar la diferencia entre la habilidad del clínico y las creencias populares, es el suicidio, cuando a esta situación se le da un juicio moral simplista frecuentemente señalando a la familia o al maestro como culpable frente al suceso, desconociendo los factores que subyacen al problema.

El aprendizaje es una vivencia emocional: Tiene que ver con las expectativas de padres y maestros frente al estudiante, con la imagen que de padres y maestros tiene el joven y con la construcción de un proyecto de vida personal y familiar(6)

2. FACTORES SOCIALES

2.1 FACTORES FAMILIARES

A pesar de las múltiples variaciones que en la función socializadora ha tenido la familia, ésta sigue cumpliendo un papel básico en las diferentes etapas del desarrollo individual (7); para la etapa de la adolescencia "priman aquellos aspectos relacionados con el comportamiento social, el rendimiento académico y la orientación profesional", tales expectativas o tareas del desarrollo han sido objeto de estudio a nivel de la comunicación, el manejo de autoridad y la funcionalidad familiar.

2.2 ESCUELA

Tres buenas consideraciones no excluyentes de un análisis más amplio se abordarán en este apartado (8).

2.2.1 El maestro un modelo de identificación:

En la actualidad existe una preocupación cada vez mayor sobre la relación personal y profesional del maestro con el saber que transmite, tal preocupación puede derivarse sobre aspectos motivacionales del maestro para el ejercicio de la profesión y la manera como se establece el mecanismo de identificación proyectiva en el alumno; si hacemos un poco de memoria, habitualmente lo que más recordamos de nuestros maestros son aquellas "enseñanzas" en relación con un estilo de vida.

2.2.2 Condiciones Pedagógicas:

"Si el maestro no sabe cómo aprenden sus alumnos, difícilmente sabrá cómo enseñarles".

2.2.3 Condiciones Locativas:

Aquellas que hacen relación con la luz, humedad, capacidad, mantenimiento del salón de clase, la ergonomía de la silletería, la actualización y posibilidad de acceso al material didáctico. No será, por razones de tiempo, nuestro interés realizar un análisis más amplio de esta realidad en Colombia, baste decir que vemos con reserva entre otros aspectos, la aparición de colegios de garaje.

2.3 MEDIO AMBIENTE

2.3.1 Grupos de iguales:

Pueden existir factores proyectivos tales como la conformación de asociaciones juveniles con diferentes fines, nuestra experiencia de trabajo nos ha demostrado que el temor de los adultos frente a estos grupos es infundado, pues ellos permiten al adolescente cumplir diferentes tareas del desarrollo y generalmente los adolescentes que pertenecen a estos grupos no presentan B.R.E.; además, en el manejo de disfunción escolar se ha tratado de integrar a los adolescentes a grupos juveniles para el logro integral del desarrollo de su personalidad. Por el contrario el fenómeno de las pandillas, la vinculación de adolescentes al consumo y expendio de drogas, prostitución y el sicariato constituyen un problema de salud pública en Colombia.(9)

2.3.2 Factores económicos:

Como valor, la consecución del dinero fácil y el poder que éste da, en contraste con las condiciones económicas de nuestra población han desvirtuado el valor de la educación como base para la elaboración de un proyecto de vida.

2.3.3 Factores socioculturales:

La realidad que nos cuestiona hoy es que los sectores de salud y educación no han apropiado los códigos lingüísticos de los mass media, que son hoy por hoy un medio imprescindible para acercarnos a la realidad de nuestros adolescentes. Recientemente se hacen esfuerzos incipientes, por ejemplo del Ministerio de Salud en las campañas de prevención de Sida, pero seguramente no son muchos los niños, jóvenes e incluso los adultos que siguen las clases televisadas o los programas culturales, pues su lenguaje es generalmente lejano a la realidad de la población.

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

La herramienta básica para el trabajo en salud integral del adolescente es la historia clínica. En el área biológica se hace énfasis en los antecedentes de enfermedad de órganos de los sentidos, neurológicos y crónicos.

El examen físico incluyendo el examen neurológico de signos gruesos es generalmente normal, sin embargo se enfatiza en el examen de órganos de los sentidos y en la búsqueda de lo que se denomina signos neurológicos blandos, tales como:

Postura	-	Coordinación
Equilibrio	-	Destrezas
Lateralidad	-	Madurez táctil

En el área psicosocial se cuenta especialmente con los elementos que entregan las diferentes técnicas de entrevista, con el apoyo de pruebas proyectivas y psicométricas; recientemente se ha involucrado como elemento de análisis el mapa familiar.

En el caso específico de B.R.E., es imprescindible la historia escolar tomada de la entrevista de los padres y los reportes escolares en los cuales se hace dispendioso el análisis de la información consignada allí, pues se presenta ambigüedad de los términos, empleados por los maestros, actualmente se trabaja en la elaboración de un modelo que nos permita el trabajo interdisciplinario con docentes.

HISTORIA DE TRES CUADROS

Es el análisis de tres condiciones que en la salud escolar del adolescente se destacan por el impacto en la vida presente y futura de la persona, los costos - no sólo económicos- del tratamiento, las dificultades en la adecuada utilización del sistema de referencia y contra referencia y porque no son entidades propias de la etapa, sino que vienen desde la infancia; no siempre con un adecuado mecanismo de detección y manejo.

DESORDEN DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Es un cuadro clínico caracterizado por tres síntomas:

Atención Inapropiada
Hiperactividad
Impulsividad

Anteriormente denominado disfunción cerebral mínima o hiperquinesia, generalmente iniciado antes de los siete años de edad, tiene una duración de más de seis meses en el momento del diagnóstico y una mayor incidencia en varones que en mujeres.

Un diagnóstico es apropiado si existen ocho de los siguientes 14 criterios:
(10)

1. Generalmente no parece escuchar lo que se le dice
2. Pérdida de elementos necesarios para las tareas escolares o del hogar
3. A menudo se dedican en actividades peligrosas sin mirar las posibles consecuencias, por ejemplo: cruzar dentro de una calle sin mirar.
4. A menudo agitan las manos o los pies, o se retuercen en la silla
5. Tienen dificultades para mantenerse sentados
6. Fácilmente distraídos por estímulos externos
7. Tienen dificultades para esperar el turno en juegos o situaciones del grupo.
8. Dan respuestas a preguntas antes de que sean completadas
9. Tiene dificultad para seguir las instrucciones de otros, no debida a conducta oposicional o a falla de comprensión.
10. Tienen dificultad para sostener la atención en tareas o juegos
11. Frecuentemente cambian de una actividad no completa a otra
12. Tiene dificultad para juegos de concentración
13. A menudo hablan excesivamente
14. A menudo interrumpen o se entrometen en los juegos de otros

Cuatro subtipos de este desorden son reconocidos

1. Déficit de atención con hiperactividad, que es el más común.
2. Déficit de atención sin hiperactividad, menos común y comprende los otros dos componentes: Déficit de atención e impulsividad.
3. Desorden de déficit de atención residual más común en adolescentes quienes tuvieron historia pasada de hiperactividad, pero que en el momento actual ya no la tienen; sin embargo continúan presentando desatención, impulsividad, poco ajuste social, desórdenes de conducta y problemas escolares.
4. Hiperactividad sin déficit de atención en escolares que sólo reportan impulsividad e hiperactividad.

En general el niño y el adolescente presentan una alta frecuencia de actividad motora; lo que determina que ésta sea inadecuada es la presencia de la conducta en un espacio inapropiado tal como el aula de clase, filas, almacenes, consultorios, etc.

La discusión sobre las causas de este síndrome refiere múltiples hipótesis tales como disfunciones metabólicas en el cerebro a nivel de los neurotransmisores adrenérgicos y dopaminérgicos, lo que podría explicar el efecto benéfico de los estimulantes como el metilfenidato.

En la parte anatómica se ha encontrado que la región pre frontal podría estar afectada en los pacientes con D.D.A.H., así mismo estudios de imagen (resonancia nuclear magnética y tac), han mostrado alteraciones a nivel del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo de la glucosa en la misma área; otros factores predisponentes como neurotóxicas, intoxicación por plomo, alcohol fetal, madres fumadoras de más de cuatro cigarrillos durante la gestación pueden ser factores predisponentes del desorden.

Trastornos específicos del aprendizaje

Se define como "trastorno en uno o más de los procesos cognoscitivos que median la comprensión o el uso del lenguaje hablado o escrito, que puedan manifestarse en una imperfecta capacidad para escuchar, hablar, pensar, leer, escribir, deletrear, o practicar el cálculo matemático. El término no incluye niños que tienen problemas, que son primariamente el resultado de discapacidades visuales, auditivas, retardo mental, disturbio emocional o desventajas medio ambientales, culturales o económicas"(11). En la historia del paciente con trastorno de aprendizaje, existen comúnmente antecedentes familiares de trastorno de lecto-escritura, historia personal de fallas en el desarrollo del lenguaje y zurdera no familiar.

Las causas del trastorno de aprendizaje no son conocidas, estudios neuropatológicos y de imagenología de adultos y niños con dislexia han demostrado pérdida de la Asimetría normal en lóbulo temporal, displasias y ectopias en otras áreas del cerebro, más en el lado izquierdo que en el Derecho (12).

Retardo mental

En la definición clásica se consideraban tres componentes para, el retardo mental:

1. La función intelectual está por debajo del promedio.
2. El déficit resulta de un trauma, enfermedad o anormalidad que existió antes de los 18 años.
3. El individuo está deteriorado en su habilidad para adaptarse al medio ambiente.

Para el diagnóstico de un déficit en la capacidad intelectual se tomaba como base un C.I. inferior a 70, asimismo se clasificaba el desorden en cuatro grados: leve, moderado, severo y profundo (Asociación Americana para el Retardo Mental, 1983) (13), en la actualidad la A.A.M.R. 1992 define el R.M. por la presencia de limitaciones en más de dos de las siguientes áreas de conducta adaptativa (14).

1. Comunicación
2. Cuidado de sí mismo
3. Vida en el hogar
4. Habilidades sociales
5. Uso de la comunidad
6. Control de impulsos
7. Salud de seguridad
8. Funciones académicas
9. Ocio
10. Trabajo

El porcentaje en el déficit de C.I., se ubicó entre las categorías de 75 a 70% o menos. Esta nueva definición representa un cambio filosófico, pues pasa de centrar la atención en el grado de deterioro a un foco en la habilidad del individuo para funcionar efectivamente en sociedad. Otro aspecto interesante que hace controversial la nueva definición, lo constituye el hecho de considerar sólo los grados de R.M. leve y R.M. severo; agrupando en el grado de severo las categorías moderado y profundo, asume que la conducta adaptativa es independiente del conocimiento y sugiere la elaboración de test psicológicos de diagnósticos más adecuados. Tal como se aprecia en la siguiente gráfica, la definición propone unas posibilidades pronosticas, en cuanto a edad mental, trabajo, habilidades académicas, autonomía y conducta adaptativa.

RETARDO MENTAL LEVE

Edad mental Máxima de 9 a 10 años
Trabajo No necesita soporte
Habilidades Matemáticas básicas
Académicas Lectura 4^º nivel

Autonomía Cuidar de sí mismo
Vivir independiente

Casarse

Conducta Mayor nesgo para:
adaptativa Divorcio, conducta
Desorden antisocial
abuso de sustancias y agresividad

RETARDO MENTAL SEVERO

Máxima de 6 años
Necesita soporte
Ninguna

Protección del hogar
y/o entidades de
cuidado
Primarios en salud

Pronóstico depende de asociación con otras
patologías como: Síndrome convulsivo
psicomotor
parálisis cerebral

Para el trabajo con adolescentes, una de las mayores dificultades en el manejo de estos casos, se presenta con los pacientes que se encuentran en el límite, antes llamados "fronterizos" pues dadas las características de estos pacientes se hace difícil que la familia acuda a un diagnóstico adecuado en la niñez. Una segunda dificultad tiene que ver con la denominación "leve", pues el término mismo impide a la familia elaborar el proceso de duelo sobre la condición del niño o del adolescente.

ENFOQUE TERAPÉUTICO

Nuestra filosofía es centrar el enfoque en la persona, reconociendo que no existe en abstracto los diagnósticos, sino más bien que son reales los pacientes, teniendo en cuenta, que en un gran porcentaje de casos hay coexistencia de problemas, es decir un conjunto de signos y síntomas de varios de ellos. Es necesario desprenderse de cierto afán diagnóstico, diferentes autores están de acuerdo que en el manejo del consultante adolescente se corren riesgos al emitir diagnósticos apresurados, pues se pueden crear rótulos que estigmaticen, en un momento de la historia individual en que el individuo está desarrollando su proceso de identidad y sus planes futuros (15).

Una vez realizado un adecuado análisis del caso, es necesario establecer metas claras y realistas en cuanto al potencial que tenga el consultante, los recursos con que cuenta la familia y los recursos interinstitucionales de la región. Para el equipo es importante hacer uso adecuado del sistema de referencia y contra referencia, porque sólo así podemos tener un manejo coordinado en el cual se observe la evolución y de acuerdo a ello establecer el pronóstico.

INTERVIENEN EN EL MANEJO DEL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

1. El adolescente
2. La familia
3. El personal docente
4. El personal de salud

4.1 Médico: el manejo del B.R.E., no es patrimonio de ninguna especialidad; frecuentemente se acude al médico general, pediatra, neurólogo, psiquiatra, médico rehabilitador y recientemente al médico de adolescentes. El profesional médico que se dedique al manejo del consultante con B.R.E. requiere: habilidad, paciencia y tiempo, tener presente que generalmente, éste es un problema crónico, que muchas veces su función es la de un catalizador, en el manejo debe estar familiarizado con el uso de los fármacos que le puedan requerir y tener conocimiento de la proliferación de tratamientos que sin estudios válidos se ofrecen como alternativas y que sólo conllevan a falsas expectativas, pérdida de dinero y tiempo.

4.2 Psicólogo: se encuentra frente a una familia hábilmente angustiada, dado que se está impidiendo el cumplimiento de las tareas del desarrollo, por las posibles sanciones académicas que reciba el joven y la aparición de otros cuadros. La función de este profesional radica en el apoyo emocional al adolescente y su familia, el empleo de las pruebas psicológicas necesarias para el análisis del caso y el manejo de técnicas y psicoterapias adecuadas.

4.3 Trabajo Social: centra su función en realizar una evaluación del sistema familiar, orientar y asesorar la familia desde su campo de acción.

4.4 Terapias Directas: fonoaudiología, Terapia ocupacional, Terapia Física y Educación Especial que cumplen su labor de acuerdo con el análisis elaborado conjuntamente con otros miembros del equipo.

3. Personal Docente:

Se destaca la importancia del maestro como modelo secundario de identificación en el joven, sus actitudes y cualidades humanas ejercen una poderosa influencia, en un estilo de vida saludable o no para su alumno; es necesario que comprenda la dimensión del problema evitando los juicios morales sobre la personalidad y las habilidades, ya que dichos juicios generalmente se constituyen en mitos y actitudes negativas sobre el adolescente.

Conviene plantearnos un análisis sobre los recursos con que el sistema educativo ha desarrollado la promoción automática durante los años de primaria y las consecuencias durante la educación en la adolescencia. "Los alumnos son promovidos ante la satisfacción de las víctimas y el orgullo de los padres" (16).

- 1.2 El adolescente y su familia: En el enfoque tradicional hemos estado acostumbrados a que ellos fueran sujeto pasivo de nuestro trabajo; hoy comprendemos que su papel es trascendental en el manejo del problema, que es necesario reconocer los sentimientos y los recursos con que la familia y el adolescente asumen su situación, que puedan educarse frente a lo que les está aconteciendo. Si comprenden, si son parte activa podrán cooperarse, desculpabilizarse, diseñar conjuntamente con todos los profesionales las pautas de manejo y obtener éxito en la resolución de este conflicto.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SERRANO, C. *La Salud integral del Adolescente*. Manual de Medicina del Adolescente. Washington D.C. O.P.S., 1992. p. 1.
- (2) MADDELENO, M. *Problemas Escolares*. Manual de Medicina del Adolescente. Washington, D.C. O.P.S, 1992. p. 2.
- (3) MARTÍNEZ, P. y COLH. *El Bajo Rendimiento Escolar un Programa para su Diagnóstico y Manejo*. Bogotá: CAFAM, 1989. p. 3.
- (4) MARTÍNEZ, P. y COLH. p. 3.
- (5) HOLGUIN, J. *Intervención del Pediatra en los Trastornos de Aprendizaje*. Congreso de Pediatría. Cali, 1991. p. 4.
- (6) BOTERO, Hilda. *El Aprendizaje como experiencia emocional*. Cali. Universitas Javeriana No. 6. 1990. p. 6.
- (7) ALVAREZ e IRIARTE. *Familia y aprendizaje: Lecciones de la investigación reciente*. Bogotá. Educación Hoy año 1 No. 3. 1991. p. 6.
- (8) LARREAMENDY, F. *Hacia un modelo integral de intervención psicológica en el contexto escolar*. Cali, Universidad Xaveriana No. 6. 1990, p. 7.
- (9) BOTERO, Hilda. p. 9.
- (10) FERNANDEZ. *Desorden de déficit de atención e hiperactividad*. Congreso de Pediatría. Cali, 1991. p. 12.
- (11) HOLGUIN, J. p. 16.
- (12) MUÑOZ, A. y RESTREPO, F. *Evaluación neurológica en pediatría*. Manizales: Imprenta Departamental de Caldas. 1988. p. 16.
- (13) BATSHAW, Mark. *Mentalretardación*. Pediatrics clinics of North America. Volume 40 number 3 June 1993. p. 17.
- (14) HOLGUIN, J. p. 17.
- (15) HOLGUIN, J. p. 20.
- (16) SHAPIRO y COL. *Learning Disabilities*. Pediatrics Clinics of North America Volume 40 Number 3 June 1993. p. 23. AUTORES