

Suspensos con diagnóstico



Los padres y profesores suelen abrumarse ante las dificultades académicas de sus hijos y alumnos. Cuando atribuyen sus fracasos a la falta de disciplina y a la escasa motivación para el estudio, se olvidan de que, en algunas ocasiones, hay problemas médicos que explican que a un niño le vaya mal en el colegio.

TEXTO *Inmaculada Escamilla [PhD Med 07] y Pilar Gamazo*

ILUSTRACIÓN *Miriam García [Com 95]*

LA OCDE HA RECORDADO RECIENTEMENTE A ESPAÑA QUE SU índice de fracaso escolar es de los más altos de Europa: el 36% de los jóvenes de entre 25 y 34 años no ha completado los estudios de Enseñanza Secundaria.

Cada uno de los casos que conforman esa cifra tendrá detrás una historia y motivos, pero se habla de fracaso escolar cuando un alumno se ve incapacitado o desmotivado para seguir yendo al colegio o instituto.

Hay muchos factores que pueden afectar al rendimiento académico de niños y adolescentes; en unas ocasiones están relacionados con sus habilidades intelectuales, con déficit sensoriales, o incluso con la toma de algunos fármacos y el abuso de drogas. También hay problemas médicos, que incluyen patologías como la malnutrición, las alteraciones del sueño, la anemia, síndromes metabólicos y otros como intoxicaciones o estreñimiento grave. Todas ellas tienen unas manifestaciones “físicas” o externas, gracias a las cuales son relativamente fáciles de identificar. Sin embargo, cuando un niño se niega a ir al colegio, saca malas notas a pesar de su esfuerzo o reacciona con pataletas exageradas, sus padres pueden pensar que está intentando reclamar su atención. A veces es así –en cualquier caso, merece la pena preguntarse por qué el niño utiliza esas llamadas de atención–, pero en otras, esas actitudes asoman como la punta del iceberg de un trastorno de aprendizaje, de ansiedad, de hiperactividad...

Conviene no olvidar que el niño que pueda lo hará bien; sacará buenas notas, estará integrado y seguirá sin problemas el desarrollo escolar adecuado a su nivel. Por eso mismo, cuando no lo hace, es importante detenerse y prestar atención hasta encontrar el motivo. En ciertos casos, la ayuda de un especialista es imprescindible para abordarlo de manera eficaz.

El proceso de crecimiento de un niño en todas sus dimensiones incluye fases de desconcierto, apatía, miedo, dificultad de adaptación a ciertos cambios... pero cuando las señales de alarma se prolongan demasiado tiempo y no se presentan de manera aislada, sino como un conjunto de síntomas, conviene recurrir a un pediatra que evalúe al niño y, si lo considera oportuno, derive su caso a un psicólogo o psiquiatra infantil.

Ellos serán quienes determinen el diagnóstico y ajusten el tratamiento, que combinará terapias de conducta y medicación. Precisamente este punto genera ciertas dudas, que rayan en el temor a “empastillar” a pacientes tan jóvenes. La experiencia clínica y los estudios científicos a medio y largo plazo demuestran que el empleo de fármacos, siempre que estén supervisados por un médico, no representan riesgo y son, de hecho, una manera eficaz de solucionar estos problemas. Un planteamiento tan lógico como este, comúnmente aceptado respecto a enfermedades de otro tipo, en el caso de los trastornos de comportamiento genera cierto recelo, normalmente debido a la falta de información.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH, de tipo combinado o de predominio inatento) y la ansiedad figuran entre los problemas más frecuentes en el ámbito escolar. Como en la mayoría de problemas médicos, un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado contribuyen a que se supere con éxito y no condicione de manera significativa la trayectoria escolar del niño.

Las autoras son especialistas de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid. Han escrito el libro ¿Es mi hijo mal estudiante? Editorial Everest.

TDAH combinado

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno presente en todos los países y culturas y afecta al 5-8% de la población escolar. De hecho, es la causa más frecuente de consulta en psiquiatría infantil. El 80-85% de los casos es de origen genético, y el resto de las causas se reparten entre las de origen tóxico (consumo de alcohol y/o tabaco durante el embarazo) y como consecuencia de adversidades sociales que ocasionaron problemas en el seguimiento adecuado del embarazo.

Casi el 80% de los niños tratados con fármacos responden positivamente al tratamiento, y en algunos casos puede precisar atención psicopedagógica y apoyo académico extraescolar. También es bueno, especialmente cuando la inquietud y la impulsividad del niño genera problemas en la cotidianidad familiar, que los padres aprendan técnicas de manejo de conducta en talleres con otros padres, o de manera individualizada en consulta con el especialista. Cuando el TDAH no se trata tempranamente o de manera correcta, aumentan significativamente la aparición de problemas de conducta y ánimo en la adolescencia.



TDAH de tipo combinado. Juan, 6 años

- **Juan** tiene 6 años, es el pequeño de tres hermanos y estudia 1º de Primaria. Sus padres empezaron a notar dificultades a medida que avanzaba en Educación Infantil. Siempre ha sido un niño cariñoso, sociable y bueno... pero muy movido. No para ni un minuto, cuesta mantenerlo sentado, y cuando lo consiguen, a la hora de comer, por ejemplo, está moviéndose en la silla constantemente, como si fuera a levantarse en cualquier momento. En el parque no para de correr, y aunque le gusta jugar con otros niños, a veces lo rechazan, porque cuando **Juan** quiere decirles algo, o darles un abrazo, no controla su energía y les empuja sin querer.
- A su madre le inquieta que no tiene miedo a nada, y ya ha tenido varias caídas importantes. En casa la situación no es muy diferente; se cansa rápidamente de todos los juguetes y cambia constantemente de juego, además de ser bastante ruidoso. Lo único que parece capaz de mantenerlo atento durante más tiempo es la tele.
- Las tutorías en el colegio suponen otro trago para sus padres; los profesores cuentan que **Juan** se pasa las clases hablando y molestando a sus compañeros, “se distrae con una mosca”, no sigue las indicaciones, le cuesta mucho hacer las tareas y no escucha cuando se le habla.
- Su madre recuerda dolida cómo en una ocasión oyó comentar a otras madres que **Juan** es un maleducado, lo que le hace sentirse culpable e impotente, porque ya no sabe qué hacer. Procura corregir a **Juan**, que se pasa el día castigado, pero ella cree que los castigos no sirven de nada, porque no aprende con ellos y, además, su conducta está empeorando últimamente. Su padre ha observado que es un niño impulsivo, interrumpe a los demás cuando hablan, se impacienta, va acelerado y comete errores por descuido. No presenta torpeza motora, pero a veces tira cosas y monta mucho follón porque va corriendo sin prestar atención.
- Su habitación está desordenada, y muchos días llega del colegio sin algo que ha olvidado o perdido: un libro, un jersey... “Un día apareció en casa sin un zapato”, cuenta su madre.
- En ocasiones está irritable, contesta, reta a sus padres, se enfrenta, les cuestiona su autoridad... y las notas también han bajado, aunque en el colegio le han hecho un test para medir su capacidad intelectual y es normal.
- El especialista en Psiquiatría Infantil diagnosticó a **Juan** un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y recomendó un tratamiento farmacológico con metilfenidato, además de unas pautas conductuales.
- Un mes después, los padres de **Juan** definen el cambio de su hijo como “radical”: está más centrado, presta atención a lo que se le dice y está mucho más contento e integrado. Sus padres notan una mejoría evidente: “Como del día a la noche”.

Para estar alerta si...

- Le cuesta mantener la atención en juegos y actividades.
- Parece que no escucha.
- No presta atención en los deberes y comete muchos errores por descuido.
- Evita las actividades que le suponen un esfuerzo mental.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones largas.
- Es olvidadizo, despistado, pierde cosas.
- Se distrae con cualquier cosa.
- Está siempre moviéndose, levantándose de su sitio, enredando.
- Habla excesivamente o es muy ruidoso.
- Responde impulsivamente a las preguntas.
- Le cuesta mucho esperar turno.

5-8%
ES EL PORCENTAJE
DE POBLACIÓN ESCOLAR
AFECTADO POR TDAH

TDAH inatento

Aunque el tipo de TDAH más frecuente y conocido es el combinado (definido por síntoma de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), no hay que olvidar el TDAH de predominio inatento, en el que los síntomas de hiperactividad o impulsividad se presentan en menor frecuencia o con una intensidad más leve (que no ocasiona los problemas de comportamiento que se observan en el TDAH combinado). Se presenta indistintamente en niños y niñas, aunque es más frecuente entre ellas.

En muchas ocasiones se trata de chicas que pasan inadvertidas y llegan a la consulta del especialista con síntomas depresivos o ánimo bajo, ansiedad y baja autoestima. Suelen ser muy responsables, dedican mucho tiempo al estudio, aunque su rendimiento en la evaluación es inferior al esperado, o desproporcionado en relación con su dedicación y esfuerzo. A veces tienen muy buena capacidad, pero creen que son incapaces o “tontas”, y se enfrentan a continuas frustraciones.

Conviene tener en cuenta que los síntomas depresivos en el niño y el adolescente son distintos de los del adulto. La diferencia fundamental radica en que el niño se mostrará, sobre todo, más irascible, mientras que el adulto tenderá a sentirse triste y decaído.



TDAH de predominio inatento con síntomas depresivos. Pablo, 7 años

- **Pablo** tiene 7 años y está en 2º de Primaria. No comparte todas las asignaturas con sus compañeros porque recibe clases de apoyo. En el recreo, si no está solo, únicamente habla con las niñas. Está más cómodo con ellas porque los niños a veces le insultan, le llaman “tonto” y no le escogen para jugar. **Pablo** sabe que no es hábil jugando al fútbol, igual que tampoco lo es leyendo. Le costó empezar a leer, y en el colegio dijeron a sus padres que tenía dislexia, así que empezó a ir a consulta con una psicóloga.
- Es un niño muy tímido y responsable, le preocupa no hacer bien las tareas en casa, y normalmente necesita ayuda para realizarlas porque, cuando se pone a ello, es como si no hubiera estado en clase o no se hubiera enterado de nada. Por eso necesita que le vuelvan a explicar todo de nuevo, y aun así, parece que no escucha. Se le olvida lo que acaba de aprender y comete errores

por descuido. Su escritura no es buena, pero se esfuerza en la presentación de sus cuadernos y cuida su material.

- Es un niño cumplidor y temeroso, revisa las cosas antes de salir y es raro que las pierda. En casa, a pesar de su buena disposición y actitud (como en clase), le cuesta seguir órdenes, hay que llamarle varias veces para que acuda o conteste, sobre todo cuando está en sus cosas, jugando o viendo la televisión. Cuando lo hace, al principio atiende a la instrucción, pero luego no lo hace, porque se le olvida o se distrae.
- En la consulta, con actitud temerosa, voz baja y ojos vidriosos, **Pablo** dice que es “tonto”, que los niños también se lo dicen y no le dejan jugar con ellos. Mira frecuentemente por la ventana, distraído, y entre sus principales deseos está “sacar buenas notas”. Su madre le ve más triste y cree que disfruta menos de las cosas.

- **Pablo** fue valorado en una unidad de psiquiatría infantil, y en la evaluación psicopedagógica se determinó que su capacidad intelectual global era media-alta, a pesar de su situación en el momento de la evaluación, durante la que se mostró inseguro y con baja autoestima.
- Le diagnosticaron TDAH de predominio inatento con síntomas depresivos asociados, y se le pautó un tratamiento con metilfenidato, además de seguir con la terapia psicopedagógica que ya venía realizando.
- Pocos meses después dejó de necesitar ayuda para hacer los deberes, pudo dejar las clases de apoyo, estaba más integrado con los niños de clase e incluso se mostraba más competitivo. En la última consulta, **Pablo** reconoció que había visto que no es tonto, miraba de frente y sonreía con la felicidad anhelada en un niño de siete años.

Para estar alerta si...

- Tiene una **irritabilidad excesiva** y se muestra irascible u hostil hasta el punto de dificultar la convivencia en casa.
- **Está triste o llora** con frecuencia.
- Muestra sentimientos de desesperanza.
- **Pierde el interés** por cosas que antes le gustaban.
- **Le falta energía**, está cansado.
- **Se aísla**, no se comunica con los demás.
- Tiene la **autoestima baja**, se siente culpable.
- **Se queja** frecuentemente de malestar físico, **sin causa médica**.
- Disminuye su nivel de concentración y **baja el rendimiento escolar**.
- **Falta mucho al colegio**.
- Tiene **cambios importantes en el apetito y el sueño**.
- **Piensa sobre la muerte**, expresa ideas o intención de suicidarse.

3-8%

DE POBLACIÓN ESCOLAR Y ADOLESCENTE ESTÁ AFECTADA DE DEPRESIÓN

Ansiedad

La ansiedad es frecuente en la infancia, y forma parte del desarrollo normal del niño, siempre que sea proporcionada a su edad y situación. Cuando no sucede así, se habla de un trastorno de ansiedad, que afecta a entre un 6 y un 20% de la población infantil. El más frecuente es el trastorno de ansiedad por separación.

Los síntomas de ansiedad en el niño varían según la edad y su capacidad para verbalizar sentimientos. La ansiedad se manifiesta con síntomas psíquicos y físicos, aunque son más comunes los físicos.

Los niños con trastorno de ansiedad por separación tienen un temor irracional a ir a la escuela o a separarse de sus padres, pueden sentirse inseguros si se quedan solos en una habitación, preocuparse excesivamente de que a sus padres pueda pasarles algo, ser la sombra de uno de ellos, tener dificultad para dormirse, a la oscuridad...

Respecto al tratamiento, es importante que el niño no deje de ir al colegio y que se realice una desensibilización progresiva, enfrentándolo a la experiencia que le atemoriza, a la vez que se le da seguridad. En algunos casos, para reducir la ansiedad inicial, se precisa el uso de algún fármaco.



Síndrome de ansiedad por separación. María, 6 años

- **María** tiene 6 años, es la pequeña de tres hermanos y estudia 1º de Primaria. Cuando empezó 3º de Infantil lo pasó muy mal al quedarse en el colegio y lloraba casi todos los días, aunque luego comenzó a ir sin dificultades. Al cambiar de ciclo y pasar a Primaria le ha sucedido lo mismo: vuelve a presentar síntomas importantes de nerviosismo, preocupación y ansiedad cuando llega a clase. Al principio su madre podía despedirse de ella en la puerta del colegio, pero más tarde tuvo que empezar a acompañarla hasta la clase, y que el profesor estuviera presente, para quedarse en el colegio. Un día que el profesor se retrasó, **María** empezó a llorar y a gritar agarrándose fuertemente a su madre y pidiéndole por favor que no la dejara allí. El profesor comentó que luego, durante la mañana, estuvo bastante bien.
- Algo parecido le ocurre cuando tiene que ir a cumpleaños. Al principio se muestra ilusionada de asistir, pero una vez que llega a la fiesta no quiere quedarse, y le pide a su madre que se quede con ella o que la lleve a casa.
- Cuando sus padres se van de viaje y **María** se queda con su cuidadora y sus hermanas, no presenta ningún problema. Lo único que le preocupa es que no la lleven al día siguiente al colegio. Su ma-

dre cuenta que por la noche empieza a estar más tensa, a preguntar quién la va a llevar al colegio (ansiedad anticipatoria). Por la mañana, cuanto más se acerca el momento de dejarla en el colegio, comienza a llorar, se muestra ansiosa, tensa, y llegan a darle arcadas. Se queja de que le duele la tripa, lo que le ha llevado a faltar algunas veces al colegio, cuando su madre ha cedido a la presión por los llantos o dolores de **María**.

- Presenta importantes síntomas de angustia y ansiedad psíquica y somática a la hora de separarse de sus padres en un entorno que no le es del todo conocido. La ansiedad somática se manifiesta con dolores de tripa y de cabeza que empiezan la noche anterior, sobre todo el domingo, o antes de ir a una excursión, por ejemplo.
- **María** no presenta otros miedos, tampoco tiene miedo ni dificultades para dormir; duerme con su hermana con la luz apagada, pero a veces sí que se despierta por la noche y va al cuarto de sus padres con alguna excusa a comprobar que están allí.
- Sus padres no saben por qué presenta tanta ansiedad al dejarla en el colegio, **María** no lo explica claramente, y pone excusas como que no le gusta la comida, aunque luego come sin problema. Es una niña que saca buenas notas y tiene mu-

chas amigas. Cuando le preguntan por qué se queda llorando dice que simplemente no quiere separarse de su madre.

- En la consulta le diagnosticaron trastorno de ansiedad por separación y se aconsejó tratamiento farmacológico (tranxilium pediátrico) para disminuir la ansiedad y poder poner en marcha unas pautas de manejo de conducta. Explicaron a los padres de **María** que era fundamental que acudiera a clase todos los días, sin ceder nunca a sus peticiones, y exponiendo a la niña a la experiencia de separarse de su madre de manera progresiva. Se estableció un plan por "etapas". En la primera, **María** entraba en clase acompañada por su madre, aunque no estuviera el profesor. Cuando consiguió quedarse tranquila, su madre comenzó a dejarla en el patio, de la mano de un niño concreto de su clase, y cuando logró quedarse tranquila así, su madre la dejaba de la mano de cualquier otro niño. Poco a poco y ayudada por la medicación, **María** fue capaz de quedarse en el colegio sin problemas, incluso se bajaba ella sola del coche y entraba contenta.
- Cuatro meses después vuelve a ser una niña feliz, ya no llora ni le duele nada. Pasado ese tiempo, se suspendió la medicación, que desde entonces ya no era necesaria. ^{NS}

Para estar alerta si...

- Le da **miedo excesivo** enfrentarse a **situaciones normales**, como dormir solo.
- Tiene temor exagerado a separarse de sus padres.
- Huye o evita situaciones que le provocan ansiedad o temor.
- Las **rabietas** son frecuentes, y presenta **manías** o rituales que le cuesta cambiar (excesiva rigidez conductual).
- Se queja de **molestias abdominales**, vómitos y mareos **sin causa física**.
- Se muestra **excesivamente tímido**, hasta el punto de impedir el funcionamiento social (fobia social).
- Está **inquieto**, agitado, repite tics.
- Tiene **problemas de sueño** (insomnio de conciliación y pesadillas).

6-20%
DE LA POBLACIÓN INFANTIL
SUFRE ANSIEDAD