

# Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados

E. Ojembarrena Martínez<sup>a</sup>, R. Fernández de Pinedo Montoya<sup>b</sup>, E. Gorostiza Garay<sup>c</sup>, P. Lafuente Mesanza<sup>d</sup> y M.A. Lizarraga Azparren<sup>d</sup>

Centros de Salud de <sup>a</sup>Rekaldeberri y <sup>b</sup>Zorroza, Bilbao, y <sup>c</sup>Abadiño y <sup>d</sup>Erandio, Vizcaya.

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 416-424)

## Objetivos

Estudio sobre prevalencia del fracaso escolar, definido como repetir uno o más cursos, en adolescentes y factores sociosanitarios asociados.

## Pacientes y métodos

Estudio transversal prospectivo de una cohorte de adolescentes de 14 años de edad de 5 centros de salud, mediante recogida de datos (antecedentes médicos, socio-familiares y antropométricos) por los pediatras y realización de un cuestionario autocumplimentado sobre rendimiento escolar, autopercepción de salud, actividad física, empleo de tiempo libre, relaciones familiares y sociales, consumo de tóxicos y autoestima.

## Resultados

Del total de 287 adolescentes, tres fueron excluidos por retraso mental. Participaron 284 (135 mujeres y 149 varones) de los que 48 (16,9%) presentaron fracaso escolar. No hubo diferencias significativas por sexos (18,1% varones frente a 15,55% mujeres) aumentando conforme aumenta el número de hermanos ( $p = 0,003$ ). Se presenta más en clases sociales desfavorecidas (clases I-II-III, 6%; clase IV, 15,9%; clase V, 33,3%;  $p = 0,019$ ) y en familias con factores de riesgo psicosocial (48,4% frente a 12,7%;  $p < 0,0001$ ). Los adolescentes con fracaso escolar practican menos deporte (50% frente a 60,6%;  $p = 0,03$ ), leen menos (8,3% frente a 27,1%;  $p = 0,005$ ) y ven más televisión en días laborables (2,4 h/día frente a 1,6;  $p = 0,033$ ). Las niñas con fracaso escolar tienen menos conocimiento sobre prevención de embarazo (71,4% frente a 95,6%;  $p = 0,0002$ ) y sobre transmisión sexual de enfermedades (71,4% frente a 93%;  $p = 0,003$ ). Los adolescentes con fracaso escolar prueban antes el tabaco (39,6% frente a 20,8%;  $p = 0,0053$ ) pero no hay diferencias en cuanto al consumo habitual.

## Conclusiones

El fracaso escolar es un problema frecuente que precisa atención pediátrica por su influencia en la salud global del adolescente y su relación con factores de riesgo, como

menor información sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual, mayor sedentarismo e inicio más temprano del contacto con el tabaco.

## Palabras clave:

*Adolescencia. Fracaso escolar. Tabaco. Embarazo en adolescencia. Ejercicio.*

## LEARNING DISORDERS IN ADOLESCENTS AND ASSOCIATED SOCIAL AND HEALTH RISK FACTORS

### Objectives

To determine the prevalence of learning disorders, defined as repeating a year, in adolescents and associated social and health risk factors.

### Patients and methods

A prospective cross-sectional study of a cohort of 14-year-olds was performed. Data (medical, social and family history and anthropometric data) were collected by pediatricians and a self-administered questionnaire on school progress, health-related self-image, physical activity, leisure-time activities, family and social relationships, drug and alcohol consumption, and self-esteem was given to the adolescents.

### Results

Of 287 adolescents, three were excluded because of mental deficiency. Of the 284 adolescents included in the study (135 girls and 149 boys), 48 (16.9%) had learning disorders. No significant differences were found between sexes (18.1% in boys vs. 15.55% in girls). Learning disorders increased with the number of siblings ( $p = 0.003$ ). The prevalence was greater in the lower social classes (classes I, II, III: 6%; class IV: 15.9%; class V: 33%;  $p = 0.019$ ) and in families with psychosocial risk factors (48.4% vs. 12.7%;  $p > 0.0001$ ). Adolescents with learning disorders participated less in sports (50% vs. 60.6%;

**Correspondencia:** Dra. E. Ojembarrena Martínez.  
Centro de Salud de Rekaldeberri.  
Ctra. de Larrasquitu, 2. 48002 Bilbao.  
Correo electrónico: a.rekalde@apbi.osakidetza.net

Recibido en junio de 2001.  
Aceptado para su publicación en noviembre de 2001.

$p = 0.03$ ), read less frequently (8.3% vs. 27.1%;  $p = 0.005$ ) and watched more TV on working days (2.4 hours/day vs. 1.6 hours/day;  $p = 0.033$ ). Girls with learning disorders were less aware of contraceptive methods (71.4% vs. 95.6%;  $p = 0.0002$ ) and of sexually transmitted diseases (71.4% vs. 93%;  $p = 0.003$ ). Adolescents with learning disorders started smoking earlier (39.6% vs. 20.8%,  $p = 0.0053$ ) but no differences were found in regular smoking.

### Conclusions

**Learning disorders constitute a common problem requiring pediatric care due to their influence on adolescents' overall health and their relationship with risk factors such as lower awareness of birth control and sexually transmitted diseases, greater sedentariness, and earlier initiation of smoking.**

### Key words:

*Adolescence. Learning disorders. Smoking. Teenage pregnancy. Exercise.*

### INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la inadaptación del niño y/o adolescente al entorno escolar, así como la incapacidad para alcanzar objetivos académicos se plantean cada vez más como motivo de consulta en atención primaria. Aunque el concepto de "fracaso escolar" no debería aplicarse por lo que presupone de rotundo e irreversible, es frecuente emplear este término para definir a aquellos alumnos que, sin limitaciones intelectuales conocidas, no alcanzan a superar los niveles de aprendizaje esperados para su edad<sup>1,2</sup>. Por razones de utilidad hemos elegido fracaso escolar para referirnos a aquellos niños que no superan los objetivos educacionales que se esperan de ellos, a sabiendas de que resultaría más apropiado hablar de "mal rendimiento" escolar o de dificultades académicas.

A pesar de que los trabajos concretos sobre este tema no abundan en la bibliografía pediátrica, en los últimos años se han publicado diversas revisiones teóricas, orientadas a investigar la etiología y los factores predisponentes del fracaso escolar, bien sea centrados en el propio niño<sup>3,4</sup>, o en el conjunto niño-familia-medio escolar<sup>1,2,5</sup>, como premisa para enfocar la detección precoz y, en su caso, el tratamiento especializado del fracaso escolar. Sin embargo, se acepta que este problema origina de forma secundaria conflictos de adaptación en las esferas escolar y familiar, que afecta la autoestima del niño y/o adolescente y sus relaciones sociales, y puede provocar complejos círculos viciosos con el resultado final de adquisición de hábitos nocivos y dependencia de sustancias, conductas asociales, etc.<sup>1,6</sup>. Expresado de otra forma, puede iniciarse un camino que parte de las dificultades escolares y aboca al verdadero fracaso: el personal.

El objetivo de este trabajo es el estudio de la prevalencia del fracaso escolar y de los factores sociosanitarios

relacionados, como la situación sociofamiliar (clase social, número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos, existencia de factores de riesgo en la situación familiar), sentimiento de rechazo familiar y/o escolar, percepción de salud, autoestima, práctica de ejercicio, adquisición de hábitos tóxicos y de conductas de riesgo.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo prospectivo sobre una cohorte de adolescentes de 14 años (nacidos en 1984) pertenecientes a cinco consultas pediátricas de atención primaria de cuatro centros de salud de Vizcaya: Abadiño, Erandio, Rekaldeberri y Zorroza; tres de ellos urbanos y uno, semirural. El estudio se llevó a cabo a lo largo del año 1998 y el primer cuatrimestre de 1999.

Se incluyeron en el estudio todos los adolescentes nacidos en 1984 seguidos en las consultas, excluyéndose aquellos en los que constaban antecedentes neurológicos o perinatales que conllevan cierto grado de retraso mental. La cita con cada adolescente se realizó de forma previa al cambio administrativo que supone la asignación de un médico de cabecera al cumplir 14 años, mediante captación en consulta a demanda, en la que se entregaba una carta informativa o mediante cita telefónica. En el momento de la realización del control de salud el pediatra actualizó los datos de la historia clínica incluyendo:

1. Datos antropométricos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC).

2. Antecedentes médicos: asma, alteraciones de la visión o audición y otros sin especificar.

3. Antecedentes sociofamiliares:

a) Edad y ocupación de los padres. Se utilizó como indicador la "clase social" basada en la ocupación paterna<sup>7</sup>. Clase I: técnico superior, profesiones liberales; II: técnico medio, propietarios comercio; III: cuadros intermedios, administrativos y funcionarios; IV: trabajadores cualificados y semicualificados; V: trabajadores no especializados.

b) Número de hermanos y orden que ocupaba dentro de ellos.

c) Existencia de riesgo psicosocial familiar: enfermedad psíquica, alcoholismo o drogadicción, etnias no integradas en la comunidad, desestructuración familiar.

Por otra parte, el adolescente completaba un cuestionario en castellano, diseñado al efecto, que incluía preguntas, en su mayor parte de tipo cerrado, acerca de su situación escolar, diferentes aspectos de salud y de la esfera sociofamiliar (tabla 1).

Por las características del sistema educativo, que sólo permite repetir un curso en cada etapa escolar, y dado que el estudio se realizó a la edad de 14 años, se ha definido fracaso escolar como "repetir un curso o más" sin

TABLA 1. Cuestionario de salud para adolescentes

Este cuestionario ha sido diseñado para conocerte mejor y poder así ayudarte en aquellos aspectos que creas de tu interés, sobre los que te podremos ofrecer información o asesoramiento. Por supuesto, que lo que aquí contestes tendrá un tratamiento absolutamente confidencial; es por ello que te rogamos sinceridad a la hora de responder; si no fuera así, es mejor que lo dejes en blanco.

<b>Salud</b>	
Respecto a tu salud, ¿cómo te sientes en relación a tus compañeros?	<input type="checkbox"/> Más sano <input type="checkbox"/> Igual de sano <input type="checkbox"/> Menos sano
¿Qué tal duermes habitualmente?	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal
Si regular o mal:	¿Te cuesta "coger" el sueño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Te despiertas pronto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Qué tiempo medio (en horas) dedicas al sueño?	• Días normales _____ • Fines semana o vacaciones _____
Señala si alguna de estas cuestiones te preocupa actualmente	• Peso (delgadez o gordura) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Tu altura <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Granos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Cambios en el cuerpo <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sufres algún tipo de dolor (de cabeza, de tripa, etc.), habitualmente o más de una vez a la semana?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____
¿Te sueles encontrar físicamente cansado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>Actividad física</b>	
¿Practicas habitualmente algún deporte, además de la gimnasia escolar?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿Cuál? _____ ¿Cuántos días entrenas/semana? _____ ¿Compites el fin de semana? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Cuánto tiempo (horas/día) dedicas a ver la televisión o a jugar con videojuegos o consolas?	• Días normales de colegio _____ • Días de vacaciones _____ • Fin de semana _____
¿En qué empleas el resto de tu tiempo libre?	<input type="checkbox"/> Nada en especial <input type="checkbox"/> Actividades extraescolares (tipo inglés, informática, etc.) <input type="checkbox"/> Asociación o club de tiempo libre <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
<b>Familia</b>	
¿Te sientes bien en casa?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Cómo definirías la relación con tus padres?	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> "Normal" <input type="checkbox"/> Mala
¿Y con tus hermanos si los tienes?	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> "Normal" <input type="checkbox"/> Mala
¿Cuáles son los principales problemas que se te plantean en casa?	<input type="checkbox"/> Por las notas <input type="checkbox"/> Por los horarios <input type="checkbox"/> Por "desobediencia" u opiniones contrarias <input type="checkbox"/> Por la comida <input type="checkbox"/> Por los amigos <input type="checkbox"/> Por la ropa que llevas o que quieres <input type="checkbox"/> Por la higiene (duchas, etc.) <input type="checkbox"/> Por otras cosas (especificar) _____ <input type="checkbox"/> No tengo problemas

(Continúa)

TABLA 1. Cuestionario de salud para adolescentes (Continuación)

¿Eres capaz de hablar en casa acerca de temas de sexualidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tienes a alguien en quien confiar y contarle tus problemas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>Amigos</b>		
¿Te diviertes con tus amigos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Estás satisfecho con los amigos que tienes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántos amigos o amigos íntimos tienes?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 o 3 <input type="checkbox"/> 4 o más	
En alguna ocasión ¿sales en cuadrilla con chicos y chicas juntos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ, pero sólo en vacaciones <input type="checkbox"/> NO	
¿Tienes claras las ideas acerca de los métodos para la prevención del embarazo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Y acerca de los métodos para la prevención del sida o de las enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tendrías a quién recurrir en el caso de no tener claro ese tipo de cuestiones?	SÍ <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hermano o familiar mayor <input type="checkbox"/> Médico o pediatra <input type="checkbox"/> Tutor o profesor <input type="checkbox"/> Centro de planificación	
¿Te gusta el colegio?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Durante tu escolarización has tenido que repetir algún curso?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>Tóxicos</b>		
¿Has probado el tabaco en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/> SÍ Si es así, ¿con qué años fue la primera vez? _____ años <input type="checkbox"/> NO	
¿Fumas algún cigarrillo todas o casi todas las semanas?	<input type="checkbox"/> SÍ Si es así ¿cuántos a la semana? _____ <input type="checkbox"/> NO	
¿Has probado en alguna ocasión bebidas con alcohol?	<input type="checkbox"/> SÍ Si es así, ¿con qué años fue la primera vez? _____ años <input type="checkbox"/> NO	
¿Bebes algún tipo de bebida alcohólica todas o casi todas las semanas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Has probado en alguna ocasión otras drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ Si es así ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> NO ¿a qué edad? _____	
<b>Objetivos y estima</b>		
¿Tienes ilusiones de cara al futuro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Estás satisfecho de cómo te va la vida hasta ahora?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Estás contento de cómo eres?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Te sientes estimado por tus amigos o compañeros de clase	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<i>Gracias por tu colaboración. Te rogamos verifiques que has contestado todas las preguntas y que si observas que hay alguna cuestión que no entiendes o que necesitas algún tipo de ampliación, no dudes en preguntarlo. Estaremos encantados de poder ayudarte.</i>		

(Continúa)

TABLA 1. Cuestionario de salud para adolescentes (Continuación)

Nombre _____ Teléfono _____			
Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____ Centro _____			
<b>Antecedentes familiares</b>			
• Riesgo psicosocial	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nº de orden: El <input type="checkbox"/> º de _____ hijos Colegio Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Edad P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Clase social <sup>iv</sup> <input type="checkbox"/>	
• Riesgo cardiovascular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
• Asma o enfermedades alérgicas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
• Otros ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
<b>Antecedentes personales</b>			
• Asma etiquetada	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si ha contestado que sí, ¿ha tenido alguna crisis de fatiga o "pitos" en el pecho en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Toma habitualmente alguna medicina?	<input type="checkbox"/> SÍ		
• Para prevenir el asma	<input type="checkbox"/> NO		
• Para tratar los síntomas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Otros antecedentes personales ¿Cuál?	• _____ • _____		
<b>Datos auxológicos</b>			
Peso en kg	Talla en cm	IMC (Orbegozo)	T/A (Ricardin)
Percentil	Percentil	Percentil	Percentil
<b>Bioquímica</b> (Si RCV familiar positivo, u obesidad [IMC > P <sub>97</sub> ] o tabaquismo o hipertensión y no tiene anteriormente realizado, hacerlo a los 14 años)			
Colesterol	Triglicéridos	LDL	HDL
Percentil	Percentil	Percentil	Percentil
<b>Exploración</b>			
• Visión	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiencia visual <input type="checkbox"/> Deficiencia corregida		
• Audición	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva (25 dB)		
• Dentición Aparato ortodoncia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
• Columna	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiencia control pediatra <input type="checkbox"/> Deficiencia control ortopeđa		
• Estadio de Tanner Desarrollo sexual		Varón	Mujer
	Testes <input type="checkbox"/>	Vello púbico <input type="checkbox"/>	Mamas <input type="checkbox"/> Vello púbico <input type="checkbox"/>

entrar en consideración sobre la etapa escolar en la que esto ha ocurrido.

Para el análisis estadístico (test de la t de Student para variables cuantitativas, chi cuadrado [ $\chi^2$ ] para las cualitativas y prueba exacta de Fisher si era preciso) se utilizó el programa EPI-INFO 6.0.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio 287 adolescentes de los que 3 se excluyeron por antecedentes neurológicos o perinatales que suponían algún grado de retraso mental. Del total de los 284 incluidos en el análisis, 135 mujeres y 149 varones, con una edad media de 14,08 años (límites, 13,1-15,4), 48 (16,9%) presentaron fracaso escolar.

No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de fracaso escolar entre ambos sexos (18,22% de los varones y 15,55% en las mujeres). Éste aumenta cuanto mayor es el número de hermanos en la familia y es más frecuente en los menores de la fratría. Se presentó predominantemente en las clases sociales más desfavorecidas y, en especial, en aquellas familias ya etiquetadas previamente por el pediatra como de riesgo psicosocial (tabla 2).

No se observaron diferencias entre los niños con y sin dificultades escolares en relación con los antecedentes de enfermedad familiar o personal (asma), o existencia de defecto sensorial (visual o auditivo). Tampoco se constataron diferencias en el análisis de las variables antropométricas (peso, talla, IMC) (tabla 3).

En cuanto a la auto percepción de salud y autoestima no hubo diferencias entre los escolares con y sin fracaso escolar en relación con: cómo se sentían, estado general o preocupaciones en cuanto a salud física, sensación de cansancio o dolores habituales. Tampoco diferían en el tiempo medio dedicado al sueño entre ambos grupos. A las preguntas sobre estado de ánimo, ilusiones de cara al futuro, satisfacción consigo mismo y sentimiento de ser estimado por los demás no se hallaron respuestas significativamente diferentes entre los adolescentes con fracaso escolar y los que no lo presentan.

Al comparar la actividad deportiva y empleo del tiempo libre puede observarse que una menor proporción de

TABLA 2. Características sociofamiliares

	Fracaso escolar	Porcentaje	p ( $\chi^2$ )
<b>Sexo</b>			
Varón	27/149	18,12	NS
Mujer	21/135	15,55	
<b>Número de hijos</b>			
1	5/49	10,2	0,0007
2	24/172	13,9	
3	12/46	26,1	
4	3/12	25	
5	2/2	100	
6	2/3	66,6	
<b>Orden entre hermanos</b>			
1º	16/155	10,3	0,0002
2º	17/82	20,7	
3º	9/32	28,1	
4º	2/9	22,2	
5º	3/4	75	
6º	1/1	100	
No consta	1		
<b>Clase social</b>			
I, II, III	3/50	6	0,019
IV	30/189	15,9	
V	15/45	33,3	
<b>Riesgo psicosocial</b>			
SÍ	16/33	48,4	0,0001
NO	32/251	12,7	

adolescentes del grupo fracaso escolar practicaban deporte de forma habitual y, los que lo hacían, dedicaban menos días por semana, si bien no había diferencias en cuanto a la competición los fines de semana (tabla 4). El grupo con fracaso escolar pasaba más tiempo que sus compañeros ante la televisión o videoconsolas, en especial los días laborables. No hubo diferencias en el empleo del restante tiempo libre (asociaciones, música, actividades extraescolares) a excepción de la lectura como ocio, en la que se observa que el grupo con fracaso escolar lee significativamente menos.

Con relación al ambiente familiar, las amistades y la educación sexual, los adolescentes con problemas escolares presentaron más a menudo problemas en la esfera familiar en lo que se refiere a las notas escolares (tabla 4).

TABLA 3. Antecedentes y datos antropométricos

Datos antropométricos	Fracaso escolar (n = 48) $\bar{X} \pm s$	Sin fracaso escolar (n = 236) $\bar{X} \pm s$	p
Peso	57,7 $\pm$ 12,7	56,5 $\pm$ 10,8	0,74*
Talla	163,1 $\pm$ 8,7	162,6 $\pm$ 7,6	0,73*
IMC	21,6 $\pm$ 3,9	21,3 $\pm$ 3,3	0,84*
Antecedentes	Sí/Total	Sí/Total	p
Déficit visual	16/48	83/236	0,58**
Déficit auditivo	2/48	5/236	0,34***
Antecedentes personales de asma	10/48	34/236	0,37**

\*t de Student; \*\* $\chi^2$ ; \*\*\*prueba exacta de Fisher.  
IMC: índice de masa corporal.

TABLA 4. Factores asociados

	Fracaso escolar (n = 48) (%)	Sin fracaso escolar (n = 236) (%)	p
Práctica habitual de deporte = Sí	50	66,6	0,03*
Entrenamiento ≥ 3 días/semana	16,6	33,2	0,024*
Competición fines de semana	31,25	42,8	0,137*
Tiempo libre: lectura	8,3	27,1	0,005*
Problemas por "las notas"	50	30,1	0,0077*
Hablar de sexo en casa	29,2	49,1	0,0113*
Tienes claras las ideas (en chicas) = Sí:			
Prevención embarazo no deseado	71,4	95,6	0,0002*
Prevención ETS	71,4	93	0,003*
Te gusta la escuela	54,1	70	0,034*
Te consideras en los estudios peor que el promedio	16,6	3,8	0,0002*
Has probado el tabaco alguna vez	39,6	20,8	0,0053*
Fumas todas o casi todas las semanas	6,25	2,54	0,18**
Televisión (h/día: $\bar{X} \pm s$ )			
Laborables	2,01 ± 1,25	1,60 ± 1,19	0,033***
Fin semana	3,45 ± 1,81	3,01 ± 1,85	0,162***
Vacaciones	3,83 ± 2,19	3,31 ± 1,95	0,185***

\* $\chi^2$ ; \*\*prueba exacta de Fisher; \*\*\*t de Student.  
ETS: enfermedades de transmisión sexual.

No hubo diferencias en cuestiones relacionadas con los amigos, horarios de llegar a casa, higiene y comidas. Los adolescentes con fracaso escolar refirieron menor probabilidad de hablar de temas de sexualidad en casa que el grupo sin fracaso escolar. A las preguntas: ¿Tienes claras las ideas sobre prevención del embarazo? ¿Y sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS)?, se observa una diferencia significativa entre ambos grupos, que depende en su mayor parte de las respuestas del grupo de las jóvenes, no presentando los varones diferencias a este respecto. En relación con las preguntas sobre número de amigos, cuadrillas mixtas y grado de satisfacción con las amistades no se observaron diferencias entre ambos grupos de adolescentes.

Por último, al analizar el ambiente escolar y los hábitos tóxicos se comprueba que los escolares del grupo fracaso escolar expresaron de forma más frecuente no estar a gusto en el colegio y tendieron a considerarse a sí mismos como peor que el promedio (tabla 4). En cuanto al inicio de hábitos tóxicos, sólo se observaron diferencias significativas en el porcentaje de niños que refirieron haber probado el tabaco. En referencia al consumo habitual de tabaco (todas o casi todas las semanas), aunque existe el 6,5% de adolescentes con fracaso escolar que fuman habitualmente frente a sólo el 2,5% en el grupo de no fracaso, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Las diferencias tampoco se extienden a otros hábitos tóxicos (alcohol, otras drogas).

## DISCUSIÓN

La muestra estudiada es representativa de los adolescentes de 14 años del medio estudiado, ya que ninguno

se negó a participar en el estudio, por lo que no se registraron pérdidas. Esto pudo obedecer a que la mayor parte eran conocidos y seguidos por los pediatras participantes desde los primeros meses o años de vida. En cuanto al cuestionario utilizado no se ha validado como tal, si bien existen en la literatura trabajos sobre cuestionarios similares que demuestran su fiabilidad y validez para el estudio de aspectos como el consumo de tabaco y alcohol o para determinar el grado de actividad física<sup>8</sup>.

La mayor parte de las definiciones de fracaso escolar se basan en criterios cualitativos<sup>1,2</sup>. Para estudios similares, el indicador escogido con mayor frecuencia es el de "repetir curso", estableciéndose como fracaso escolar el haber repetido uno<sup>6,9</sup> o dos<sup>3</sup> años académicos en el transcurso de la escolarización obligatoria. Por las características de nuestro sistema educativo, que sólo permite repetir un curso en cada etapa escolar, y dado que nuestro estudio se realizó a la edad de 14 años, se ha definido fracaso escolar como "repetir un curso o más".

Nuestros resultados muestran una tasa de fracaso escolar del 16,9% del total de escolarizados, cifra algo superior a los datos medios de nuestra comunidad autónoma: 7% de "repetidores" en 6.º de Educación Primaria (12 años) y 13% al final del Primer Ciclo de la ESO (14 años) según datos de Educación del Gobierno Vasco en el curso 1998-1999<sup>10</sup>. Esta tasa resulta similar o algo inferior a la referida en otros estudios nacionales como los de Huertas et al<sup>9</sup> en Puerto de Sagunto (40%) o Calvo et al<sup>11</sup> en una población del cinturón de Barcelona (28,3%). Esto puede ser debido en parte a la menor edad del grupo estudiado por nosotros frente al grupo de Huertas, pero también a tratarse de una muestra de diferentes ca-

racterísticas sociales, en particular frente a la población del cinturón de Barcelona<sup>9,11</sup>.

A diferencia de otros trabajos, se han excluido del análisis todos aquellos niños que, aun dentro de una escolarización normalizada, presentaban antecedentes neurológicos o perinatales que conlleven un coeficiente de inteligencia bajo o límite<sup>11</sup>. Esta exclusión se debe al hecho de querer estudiar aspectos relacionados con el fracaso escolar para abordar la prevención secundaria del mismo: es muy posible que ese 1% de niños con retraso mental conocido no continúen en el 2º ciclo.

Aunque los defectos de tipo sensorial constituyen factores de riesgo repetidamente citados en las publicaciones sobre fracaso escolar, este dato no se ha confirmado en la población estudiada por nosotros. Tampoco se han encontrado diferencias en las características somatométricas, como la referida por Calvo et al<sup>11</sup> donde encuentran una relación significativa entre menor desarrollo estatural y el fracaso escolar, ni con antecedentes de enfermedad crónica.

Con relación a los restantes factores estudiados, parece oportuno establecer una distinción inicial entre aquellas variables de tipo estructural, como el tipo de familia y la situación socioeconómica, importantes para la prevención primaria del fracaso escolar, pero difícilmente modificables en sí mismas y aquellas otras como los conocimientos (p. ej., en materia de prevención de embarazo o ETS), actitudes (como el disgusto en la escuela) y hábitos (deporte, televisión) que resultan significativamente diferentes en el grupo de fracaso escolar frente a los restantes adolescentes y sobre las cuales sería más fácil actuar o influir.

Con respecto al primer grupo de factores, de tipo sociofamiliar, nuestros resultados no difieren de los previamente referidos. La situación de fracaso escolar se da con más frecuencia en familias numerosas y de nivel socioeconómico inferior, en especial en aquellas con características de distocia familiar. Sin embargo, sólo una parte de los adolescentes pertenecientes a esta clase de familias presenta fracaso escolar, por lo que puede pensarse que los mecanismos preventivos instaurados desde el ámbito escolar u otros resultan compensatorios en los restantes alumnos<sup>11</sup>.

Existen otros puntos positivos que deben destacarse en los resultados. La percepción de salud física, el descanso nocturno, el nivel de autoestima y la relación con los compañeros y amigos no se hallan deterioradas en el joven de 14 años con fracaso escolar. La conflictividad doméstica se limita a las cuestiones relacionadas con el propio rendimiento académico, sin extenderse a otras esferas de la convivencia.

El hecho de que las adolescentes con fracaso escolar refieran con menor frecuencia que sus compañeras "tener claras las ideas sobre prevención del embarazo o las ETS" puede tener una explicación doble: como parte de la falta de información doméstica, según aparece en nuestros resultados, o asociada a una menor comprensión de los

contenidos específicos del currículum escolar. En cualquiera de los casos, este tipo de adolescente puede constituir un grupo específico de riesgo para un embarazo no deseado. En estudios realizados en madres adolescentes en Estados Unidos se observa una alta incidencia de abandono de la escolarización y problemas de aprendizaje no detectados en ese grupo de población<sup>12</sup>.

Aunque el consumo de tabaco es más frecuente en el grupo de fracaso escolar, en su conjunto no son muchos los escolares que se han iniciado en este hábito. Nuestros resultados son de una prevalencia menor, probablemente por realizarse el estudio en edades más precoces que las referidas en otros trabajos como el de Pérez Ollé en estudiantes de Bachillerato de la provincia de Tarragona en el que frente a nuestra tasa global del 3,2% presenta cifras del 14% a los 15 años y del 27% a los 16 años<sup>13</sup>, si bien también encontramos estudios realizados a la misma edad que muestran prevalencias en el año 1996 del 9,7% de adolescentes de 14 años fumadores habituales y del 3,4% que fuman diariamente<sup>14</sup>. En cuanto a la relación de tabaco y fracaso escolar si bien no se han encontrado diferencias significativas en el consumo de tabaco habitual entre ambos grupos, quizá por la baja prevalencia y el tamaño muestral, existen estudios que sí las muestran con prevalencias del 16% en el grupo de no fracaso y del 38,6% en el grupo de fracaso escolar<sup>9</sup>.

Al igual que otros autores, encontramos que los niños con fracaso escolar ven más la televisión, leen menos y practican menos deporte que el resto de los alumnos<sup>15,16</sup>.

Probablemente la repercusión negativa más importante del fracaso escolar encontrada en el grupo de niños controlados por nosotros sea que casi la mitad refiera que no le gusta la escuela. Sin embargo, esta misma respuesta aparece en el 30% de niños sin fracaso escolar. En la actualidad se observa un creciente interés en el concepto "conexión del adolescente con la escuela" como factor protector frente a determinadas actitudes y conductas de riesgo. Recientemente se ha publicado un trabajo en el que, de forma similar al nuestro, se relaciona una actitud de falta de conexión escolar (*school connectedness*) con el hábito tabáquico y la menor participación en actividades extraescolares<sup>17</sup>. Al parecer, este sentimiento de conexión es moldeable a través de la escolarización y existe un estudio longitudinal que demuestra la repercusión positiva de una intervención en tres frentes: educación de los padres, reciclaje del profesorado y actividades con los niños<sup>18</sup>. Esto ya había sido referido por algunos autores, al indicar que es preciso estimular la integración afectiva y efectiva en la escuela, sentirla como algo propio, estar orgullosos de su escuela; ir contentos al trabajo: la ilusión allana lo costoso del esfuerzo<sup>5</sup>.

En conclusión, hay recordar que la escuela es el mayor medio de socialización del niño después de la familia, y que el pediatra de atención primaria debe tener en cuenta la repercusión del ámbito escolar en la salud global del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés Rodríguez J, Bolufer Vigrana N. Fracaso escolar en el adolescente. *Pediatr Integral* 1997; 2: 272-283.
2. Argemí J, Solá i Montserrat P, Júdez Fageda J, Espuñes Martí T, De Dou Payá J. Fracaso escolar. *An Esp Pediatr* 1994; 61: 43-62.
3. Delgado Domínguez JJ. Retraso escolar. Trastorno en el desarrollo del lenguaje. *Pediatr Integral* 1999; número especial 2: 80-82.
4. Levy HB, Harper CR, Weinberg WA. A practical approach to children failing in school. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39: 895-928.
5. Argemí J, Del Barrio JA, De Dou J, Polaino-Lorente A. Fracaso escolar. *Arch Pediatr* 1995; 46 (Suppl 1): 50-64.
6. Reiff MI. Fracaso escolar en el adolescente: retardo del crecimiento del adolescente. *Pediatrics in Review* 1998; 19: 267-275.
7. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 10: 320-326.
8. Comin Bertran E, Torrubia Beltri R, Mor Sancho J, Villalbi Here-ter JR, Nebot Adell M. Fiabilidad de un cuestionario autoadmin-istrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de tabaco y de alcohol entre escolares. *Med Clin* 1997; 108: 293-298.
9. Huertas Zarco I, Pereiro Berenguer I, Chover Lara JL, Salazar Cifre A, Roig Sena J, Gil Alcani J et al. Fracaso escolar en una cohorte de adolescentes. *Aten Primaria* 1999; 23: 289-295.
10. Consejo Escolar de Euskadi. Informe sobre la situación de la enseñanza en la CAPV (1994-2000). Departamento de Publica-ciones del Gobierno Vasco. En prensa.
11. Calvo Rojas MC, González García M, Gorrindo Domínguez C, Roqueta del Riego GM, Sanz Moragas G. Valoración del rendi-miento escolar en una población del cinturón de Barcelona. *Aten Primaria* 1990; 7: 8-12.
12. Rauuch-Elnekave H. Teenage motherhood: Its relationship to undetected learning problems. *Adolescence* 1994; 29: 91-103.
13. Pérez Ollé R, Pérez Ollé J. Prevalencia del consumo de tabaco y alcohol, actitudes y creencias en estudiantes de bachillerato de la provincia de Tarragona (España). *An Esp Pediatr* 1996; 45: 583-590.
14. Villalbi JR, Barniol J, Nebot M, Diez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.
15. Pozo Martínez M, Casado de Frías E. Ocio en la infancia. *An Esp Pediatr* 1992; 36 (Suppl 48): 254-259.
16. Bercedo A, Redondo C, Capa L, González-Alciturri MA. Hábito televisivo en los niños de Cantabria. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 44-52.
17. Bonny A, Britto M, Klostermann B, Hornung R, Slap G. School Disconnectedness: Identifying Adolescents at Risk. *Pediatrics* 2000; 106: 1017-1021.
18. Hawkins J, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preven-ting adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153: 226-234.