

El médico escolar en las necesidades Educativas Especiales

Leandro Castro Gómez.
Médico EOE (Sevilla).

En el año 1985 se inicia el proceso de integración en centros ordinarios de alumnos que padecían algún tipo de minusvalía, hasta entonces escolarizados en centros de educación especial (R.D. 334/ 1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial). Esta medida significaba una firme apuesta por favorecer la integración social del discapacitado, a pesar de las limitaciones que propiciaba la dispersión de recursos.

En los centros de educación especial la atención a las características individuales de estos alumnos era posible gracias a la especialización del profesorado y a los distintos profesionales allí destinados (psicólogo, pedagogo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador y/o cuidador).

En los colegios ordinarios, por el contrario, no había personal de apoyo y los profesionales de los equipos eran pocos para atender zonas muy amplias. Para paliar esta situación fue necesaria una estructura de apoyo en cada colegio de integración y nuevos equipos de zona que intervinieran en varios centros.

Un rasgo diferencial de Andalucía, en relación a otras comunidades autónomas, fue la incorporación de personal médico a los nuevos equipos. Aunque con anterioridad se había previsto esta figura en los equipos multiprofesionales, las dificultades que surgen en la atención al alumnado discapacitado hace imprescindible la incorporación definitiva del médico en los equipos de apoyo escolar.

Dudas cotidianas del profesor sobre las dificultades derivadas de una discapacidad, que el asesoramiento de psicólogos, pedagogos y logopedas no podía solucionar, por tratarse de aspectos puramente médicos. En determinados casos, el médico es el único que puede abordar las dificultades que surgen diariamente en la integración de alumnos con alguna patología, como en la epilepsia o en algún tipo de parálisis.

De las distintas disminuciones, quizás sea en el déficit motor donde más necesaria es la intervención. Alumnos con parálisis cerebral, espina bífida o distrofia muscular, entre otros, requieren una atención especializada en la escuela, que sólo un médico puede abordar totalmente.

Atención al alumnado con deficiencias motoras

La atención que dispensa el médico escolar a estos alumnos tiene dos objetivos fundamentales: optimizar el control voluntario del movimiento, y habilitar al niño/a para que los recursos motores le permitan desenvolverse con autonomía en su entorno.

Para mejorar el control del movimiento, durante los primeros años de escolarización, es necesario estimular el desarrollo de determinadas funciones motrices. La intervención con estos alumnos puede enmarcarse en cuatro tipos de programas:

Programas para el control postural: El control del tono muscular del eje axial es imprescindible para el mantenimiento de la sedestación y, lógicamente, para la bipedestación.

Programas para la equilibración: El afianzamiento del eje medio corporal y el desarrollo de las reacciones de equilibración son indispensables para favorecer el mantenimiento de la verticalidad.

Programas para la locomoción: La marcha bípeda requiere un complejo sistema postural, organizado a expensa del tono muscular y de la equilibración, imprescindible para alcanzar unos patrones locomotores coordinados y maduros, que permitan al niño el desplazamiento autónomo.

Programas para la manipulación: A partir del control independiente de los dedos se puede conseguir un mejor control voluntario de la mano. La coordinación dinámica de dedos hace falta para alcanzar una adecuada manipulación.

Además de favorecer el desarrollo de distintas funciones motoras, es necesario una educación física adaptada, que evite el deterioro de los logros conseguidos. Si en los años escolares la actividad física es una parte importante del desarrollo de todos los niños y niñas, mucho más importante es para el alumnado con un déficit motor de cualquier naturaleza.

Para afianzar una buena funcionalidad, el niño discapacitado precisa de una educación física adaptada, que evite que a los problemas motores se sumen otros derivados de la inactividad, como puede ser la obesidad. Es frecuente observar cómo la obesidad es la traba importante para la autonomía, primero del niño y después del adulto.

El papel del médico en la escuela no es tanto rehabilitar como habilitar. Habilitar es hacer al niño apto para determinadas tareas de la vida cotidiana. Derivada de la rehabilitación, la habilitación, más que la recuperación funcional, pretende optimizar las posibilidades motrices del niño, para el mejor desenvolvimiento diario. El desplazamiento autónomo, el cuidado personal y el manejo de distintos instrumentos y utensilios son los objetivos más importantes de estos programas.

En otras ocasiones, la intervención del médico viene determinada por la evolución de la propia enfermedad. En el caso de los alumnos que padecen distrofia muscular, para frenar en lo posible la parálisis progresiva, es necesario realizar diariamente una actividad física planificada, para conservar así la autonomía motora.

Atención al alumnado con NEE

El término minusvalía dio paso al término disminución, y éste al término discapacidad, sea ésta física, psíquica y/o sensorial. A pesar de la afortunada evolución del término, había niños que precisaban una atención educativa especial y que no podían incluirse en ninguna de estas denominaciones. El caso más significativo es el del niño sobredotado intelectualmente que, obviamente, no puede considerarse minusválido, disminuido o discapacitado.

Había otros casos en que la discapacidad no incidía directamente en el rendimiento del niño en la escuela y no era en absoluto causa de alteraciones del aprendizaje. Patologías como la diabetes, la epilepsia o el sida, cuando están controladas, no tienen por qué alterar la marcha del niño en la escuela; pero sin embargo el sistema educativo tiene que darle una respuesta adecuada a sus particularidades.

Igual que ocurre con la discapacidad, tanto en la sobredotación como en otras patologías, es evidente que la escuela debe poner al servicio del niño/a otros recursos distintos a los habituales. A estos niños que requerían una atención personalizada se les denominó alumnos con necesidades educativas especiales.

Dentro de las necesidades educativas especiales hay algunos aspectos que competen especialmente al médico escolar. Problemas que pueden derivar de algún tipo de patología, que el profesor desconoce y que escapa a los aspectos psicopedagógicos.

Alumnos que padecen alguna alteración cardíaca suelen causar gran angustia al profesorado. Con frecuencia, el desconocimiento por parte del profesor de las limitaciones del niño/a frena las posibilidades de desarrollo de este. En estos casos, el médico escolar debe servir de puente entre los servicios sanitarios y educativos, asesorar al profesor sobre las precauciones que debe tener, pero fundamentalmente sobre las posibilidades que el niño/a tiene. Es preferible adaptar la educación física a las posibilidades de esfuerzo que tiene el niño, en lugar de suprimirla.

Alumnos que padecen algún tipo de alteración metabólica, como la diabetes. Es necesario un control especial del niño diabético en la escuela, ya que la frecuencia con que debe ingerir alimentos, la necesidad de actividad física o la cura de pequeñas heridas que pueda sufrir, es distinta al resto de los niños. En la atención al niño diabético, el médico escolar debe informar al profesor sobre cómo debe reaccionar en el caso de una subida o de una bajada de azúcar en sangre.

Detección precoz de las alteraciones del desarrollo

El segundo ciclo de Educación Infantil, de tres a seis años, es un período ideal para la detección precoz de distintos trastornos que pueden determinar una desviación en el curso normal del desarrollo. Detectar de forma precoz alteraciones en la morfología del pie o en la alineación de las piernas, déficit en la agudeza visual o auditiva, o retraso en la maduración neurológica, posibilita la prevención de múltiples alteraciones, ya sean del desarrollo o del aprendizaje.

La valoración neurológica es de suma utilidad para la detección de alteraciones del aprendizaje, antes de que éstas se produzcan. Es sabido que detrás de la dislexia siempre hay una alteración neurológica. El médico escolar puede detectar de forma precoz las dificultades del aprendizaje, así como los trastornos por déficit de atención, mediante una exploración detallada de los signos neurológicos menores.

La valoración visual permite detectar alteraciones de la agudeza y de la discriminación de colores. Cuando el profesor tutor sospecha que un alumno puede padecer un déficit visual que dificulte el aprendizaje, el médico escolar hace una primera exploración para enviarlo posteriormente al oftalmólogo si procede. En algunos casos en que el profesor observó la dificultad de un niño en el reconocimiento de colores, se detectó un defecto cromático de la visión.

La valoración auditiva permite detectar pérdidas en la agudeza y defectos en la discriminación. Igualmente, cuando el profesor tutor sospecha que un alumno puede padecer un déficit auditivo que dificulte el aprendizaje, el médico escolar hace una primera exploración para enviarlo posteriormente al otorrinolaringólogo, si procede. Es frecuente encontrar que detrás de una alteración del lenguaje oral se encuentra un defecto en la discriminación fonética.

Educación para la salud

Finalmente, el médico escolar tiene un papel importante como dinamizador de una escuela saludable. el importante papel preventivo que tiene la educación para la salud, la convierte en una materia imprescindible en los centros educativos. El médico escolar debe participar con el profesorado en la elaboración de programas sobre nutrición y alimentación, vacunación, higiene y aseo personal, prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

Consideraciones finales

La distinta terminología empleada y los diferentes enfoques de la intervención, hace que no haya permeabilidad entre sanidad y educación. Por ese motivo la información que los servicios sanitarios tiene sobre un niño no suele llegar a la escuela y viceversa.

Es difícil que los servicios sanitarios puedan intervenir en la escuela y, cuando lo hacen, es de forma muy puntual, a través de los programas concretos. Esta intervención es, además de escasa, de dudosa eficacia, debido al desconocimiento que el personal sanitario tiene en general de la dinámica escolar.

Se puede concluir diciendo que para realizar una actuación eficaz en los centros de enseñanza, es necesario que el médico escolar dependa de la Administración Educativa, y sirva de puente entre ésta y la Sanitaria.