

NUEVOS PLANTEAMIENTOS EDUCATIVOS DEL SIGLO XXI. EL RETO DE LOS CENTROS ESPECÍFICOS: LA ATENCIÓN EDUCATIVO-SANITARIA EN EL ALUMNADO CON PRECARIO ESTADO DE SALUD

María José Sánchez Carrión

*SALUD INFANTIL
Internivelar*

Resumen:

“Si como docentes aprendemos a romper las barreras del dolor y del sufrimiento de un alumno, habremos encontrado el camino para sentir la verdadera razón de la enseñanza”.

Palabras clave:

Discapacidad intelectual.
Graves dificultades motrices.
Malformaciones físicas.
Afectaciones sensoriales.
Intencionalidad comunicativa.
Autonomía personal.
Toma diaria de medicamentos.
Sondas naso-gástricas y cánulas.
Aspiraciones.
Control de crisis epilépticas.
Cura de escaras.
Control postural



1. INTRODUCCIÓN

En la medida que la integración se va constituyendo como una parte fundamental del sistema educativo, los centros específicos hemos ido cambiando en cuanto al perfil de alumnos que atendemos. En la actualidad, es frecuente que escolaricemos a un alumnado que presenta un precario estado de salud, factor que condiciona por un lado, todo el proceso de enseñanza-aprendizaje y, por otro, las condiciones de atención que reciben en la escuela, lo que implica unos planteamientos educativos diferentes. Esto requiere proyectos de centro que consideren nuevas aproximaciones metodológicas planteadas desde los parámetros del avance en la normalización, de la innovación y, sobre todo, desde la modernización de la escuela.

Nuestro centro escolar se ha tenido que ajustar a esta nueva situación, planteándose nuevos retos psicopedagógicos por este cambio producido en la tipología de alumnos que atendemos. Así, nos hemos encontrado que paulatinamente, se ha configurado un perfil asistencial de alumnos plurideficientes gravemente afectados, cerca del 30% de nuestra población escolar, que requieren unos planteamientos educativos totalmente diferentes a los desarrollados tradicionalmente, incluso en la educación especial; de este modo, hemos llegado a comprender que para que potenciemos una adecuada formación con esta población, la atención psicopedagógica debería ir unida de la mano de la atención sanitaria si somos conscientes de la necesidad de asumir sus condiciones personales de salud.

Este alumnado con pluridiscapacidad conforma un espectro de la población con necesidades especiales y permanentes que se caracteriza por presentar simultáneamente graves déficit físicos, psíquicos y/o sensoriales. Suelen presentar dificultades graves para sentir, manipular y/o para reaccionar ante su propio entorno. Además, presentan escasa intencionalidad comunicativa y siempre relacionada con necesidades básicas y de afecto, graves dificultades motrices y nula autonomía personal y de la vida diaria. Pero tal vez, lo más destacado sea su precario estado de salud.

Características del alumno plurideficiente:

Discapacidad intelectual grave/profunda.
Graves dificultades motrices.
Malformaciones físicas importantes.
Afectaciones sensoriales diversas y múltiples.
Escasa/ nula intencionalidad comunicativa.
Nula autonomía personal y de la vida diaria.
Precario estado de salud.

Se caracterizan por presentar cuadros médicos complejos, en donde interaccionan las malformaciones propias de su discapacidad junto a enfermedades diversas ya que suelen tener un deficiente sistema inmunológico, que facilita el ingreso frecuente en hospitales. Esto conlleva una situación de convivencia altamente estresante para las familias y cuidadores de estos niños.

Requieren por sus condiciones personales de salud unos cuidados permanentes de tipo sanitario como ingesta frecuente de medicamentos, control de crisis epilépticas, fiebres recurrentes que exige tomar medidas frecuentes de la temperatura corporal, uso de sondas para respiración y alimentación, necesidad del uso de aerosoles, aspiradores,... y un largo etcétera; ya que presentan una afectación importante de los procesos respiratorios; dificultades graves en alimentación con problemas de disfagia que hacen que la ingesta de alimentos y líquidos sea bastante complicada y, en algunos casos, peligrosa; dolores crónicos, escaras recidivas, etc.

Cuidados permanentes que requieren:

Toma diaria de medicamentos.
Medida frecuente de la temperatura corporal.
Uso de sondas naso-gástricas y de cánulas.
Aspiraciones frecuentes.
Control de crisis epilépticas.
Seguimiento y cura de escaras.
Controles posturales variados a lo largo del día.

Todo esto, hace que la convivencia con estas personas conlleve adaptaciones importantes tanto en el domicilio particular como en el centro educativo cuando acceden a él. Adaptaciones de acceso, de mobiliario y sobre todo, personales. Los profesionales implicados debemos aprender a tratar a este alumnado y aprender a convivir con ciertos aspectos de su salud que condicionan el día a día del niño; ya que son precisamente estos aspectos los que determinan su calidad de vida.

2. PLANTEAMIENTO EDUCATIVO ADAPTADO AL NUEVO PERFIL DEL ALUMNADO ATENDIDO

Pero, ¿estamos preparados los colegios para atender las necesidades especiales de este alumnado y así poder favorecer parámetros de calidad de vida de tipo social, afectiva, educativa y, por encima de todo, de salud?. Ésta es la gran interrogante que nos planteamos en este trabajo y que queremos sirva de debate.

Es un reto difícil de asumir, por el personal educativo, el atender esta población que se caracteriza por su vulnerabilidad a los agentes externos del entorno que se pueden convertir en nocivos para ellos, pudiendo, incluso llegar a ocasionar problemas más graves de salud que en otros alumnos que no presentan estas características especiales de desarrollo.

Para abordar este tema tan complejo, decidimos hacerlo desde un protocolo bioético, comprendiendo que debíamos asumir los principios de normalización, beneficencia y de justicia que marcan el derecho de todo ser humano a ser atendido y que todo centro específico debe acoger. Así, fuimos conscientes de la necesidad de adaptar el entorno escolar a estos nuevos perfiles educativos del alumno gravemente afectado; Ya que si no asumiéramos esta realidad, nunca tendrían la oportunidad de “normalizar” su vida y poder acceder al derecho

universal de ser escolarizados, independientemente de sus necesidades de desarrollo personal.

Éste es el interrogante que nos planteamos en su momento y que nos ha llevado a organizar el centro, su funcionamiento interno, los recursos técnicos y de especialistas y, lo que es más importante, la propia labor educadora desde un nuevo enfoque que permita, por encima de todo, que las familias con estas características puedan contar con un recurso educativo adaptado a sus perentorias necesidades de salud y, por lo tanto, que puedan tener el derecho a recibir una educación lo más normalizada posible; factor que favorece el bienestar psíquico de unos padres altamente estresados y que sienten que sus vidas giran exclusivamente en torno a los cuidados permanentes de su hijo discapacitado, viviendo en un permanente estado de alerta altamente desestructurado y demoledor para el equilibrio psíquico de cualquier familia.

Cuando como centro específico decidimos asumir esta carga, también quisimos favorecer el desarrollo de los siguientes aspectos:

- 1.-Normalizar la vida de las familias que tienen un hijo con estas características.
- 2.-Reducción del alto nivel de ansiedad familiar.
- 3.- Descarga físico-emocional de la familia en el cuidado del alumno con problemas de salud permanentes.
- 4.- Posibilidad de aprendizaje de este alumnado a través de un enfoque multisensorial y, por tanto, poder favorecer el desarrollo cognitivo, sensorial, perceptivo, motor, de comunicación y afectivo-social.
- 5.- Planteamiento del compromiso educativo como una opción de calidad de vida.

Lógicamente, para poder asumir esta realidad educativa es imprescindible que entendamos el servicio educativo desde un nuevo enfoque legal y ético: el centro escolar, y de forma específica la unidad escolar debe caracterizarse por poder tener una organización propia, dotada de los recursos técnicos, sanitarios y del personal cualificado competente para poder llevar a cabo actividades "sanitario-educativas".

Así, los objetivos de calidad de vida se convierten en nuestro colegio en un planteamiento educativo, siendo éstos:

- 1.- Favorecer el bienestar físico del alumno plurideficiente gravemente afectado.
- 2.- Crear un entorno saludable y acogedor que facilite sensaciones de estabilidad y seguridad en el alumnado.
- 3.- Control de parámetros de salud: temperatura-respiración-coloración-sudoración-actuación correcta en crisis epilépticas, etc.
- 4.- Estimulación del afecto desde una perspectiva multisensorial: a través de la voz, de las caricias, del abrazo,...
- 5.- Aprender a interpretar el lenguaje corporal del niño como vehículo de comunicación principal.

6.- Asumir e incorporar los elementos técnico-sanitarios dentro de la unidad escolar.

7.- Preparación del personal educativo en conocimientos básicos de salud y de cuidados sanitarios para dar seguridad al alumno durante su jornada escolar.

8.- Incorporación de personal sanitario dentro de los centros escolares.

Sólo desde estos nuevos planteamientos psicopedagógicos, podemos llegar a entender la escuela como un lugar de aprendizaje que se debe adaptar a los problemas médico-sanitarios de este alumnado; y, así, asumir los nuevos retos y objetivos educativos del siglo XXI que nos exigen un esfuerzo de imaginación y de compromiso para atender a unos alumnos atrapados en el dolor de sus cuerpos pero necesitados de sentir experiencias de aprendizaje vivenciadas desde el placer y la seguridad.

Para llevar a cabo estas actuaciones, el centro cuenta con un equipo multiprofesional, en donde cada uno de los especialistas incide sobre el desarrollo del alumno pero desde una perspectiva integradora. En primer lugar, el personal educativo ha aprendido a manejar físicamente al alumno con discapacidad motora, entendiéndolo que el entorno del aula se debe adaptar a sus posibilidades de desarrollo y no al revés. Esto ha implicado empezar a hablar de entornos de aprendizaje creados específicamente para el grupo que constituye una unidad escolar. En el aula es difícil que nos encontremos un mobiliario tradicional, éste ha sido sustituido por camas de hospital articuladas y adaptadas e integradas dentro de la clase, planos inclinados laterales para favorecer el control postural y espacios cubiertos por colchonetas y material ortopédico que favorecen que el alumno esté el mayor tiempo posible fuera de su silla de ruedas y puedan estar en posiciones que favorezcan una relajación tónica, imprescindible para que el alumno se encuentre preparado para recibir el mundo de sensaciones que constituirá su currículum de aprendizaje. Para ello, el equipo de especialistas constituido por un departamento de orientación, de logopedia, de psicomotricidad y de fisioterapia y rehabilitación asesoran y comparten con el maestro pautas de intervención, todo lo cual redundará en un beneficio para el alumno.

El entorno del aula se va a componer de material brillante y luminoso, texturas con contrastes, piscinas de pelotas, humidificadores, elementos musicales para favorecer un trabajo en musicoterapia y lo más importante,... material biosanitario: guantes, perillas de aspiración, máquinas de aspirar, alimentos preparados para administrar por sonda, termómetro, botiquín de emergencias con la medicación diaria y con la especial para momentos de crisis, espátulas, gasas, tijeras, depresores para el control de crisis epilépticas, etc.

El profesorado ha tenido que formarse en técnicas básicas de primeros auxilios, detectar posibles escaras en la piel para que puedan ser tratadas por profesionales sanitarios, protocolos de actuación ante una crisis comicial, y, aprender, por encima de todo, a detectar los signos físicos de alarma que indican una situación crítica para poner sobre aviso a familiares y/o personal sanitario.

Esto supone un sobreesfuerzo para el personal del centro escolar, ya que si de por sí la enseñanza en educación especial es compleja y difícil y supone un nivel de motivación muy elevado, añadir aspectos tan preocupantes como son el control del bienestar físico del alumno con un muy precario estado de salud, supone un

nivel de exigencia excesivamente alto a un profesorado que no ha sido formado ni preparado para enfrentarse a estas nuevas situaciones educativas. En este sentido, todo el personal del centro escolar ha ido asumiendo estas condiciones de trabajo y se han elaborado planes de formación permanente con profesionales sanitarios para que nos asesoren y nos enseñen a intervenir en estas nuevas condiciones de trabajo, sin olvidar nunca que somos un centro escolar que asume unos riesgos físicos en sus alumnos para que estos puedan ser escolarizados, pero que no somos un centro hospitalario.

No es fácil aceptar estos nuevos retos y siempre ante situaciones críticas queda el interrogante de si estamos respaldados legal y jurídicamente para enfrentarnos a esta responsabilidad que en cualquier momento puede ser dramática: parada cardiorrespiratoria de un alumno, crisis comicial que se complica con otros procesos médicos, atragantamiento por la ingesta de alimentos, muerte súbita, etc. Somos conscientes que cuando abordamos ciertas tareas de cuidados físicos de estos alumnos, estamos sobrepasando la competencia propia de un docente y entrando en un terreno de nadie, al realizar funciones propias de otro personal que se ha formado para estas cuestiones sanitarias,... y,... la pregunta es... ¿qué hacer?. ¿Intervenimos y nos arriesgamos a encontrarnos con situaciones difíciles o nos negamos a escolarizar a estos alumnos por no estar nuestros centros escolares preparados para su atención?.

Todos somos responsables de la respuesta que hay que encontrar para solucionar esta cuestión: maestros, equipos directivos, las familias, la administración autonómica y central que debe ser cada vez más consciente de la realidad que estamos abordando y que si quieren respaldar el desarrollo de una escuela normalizada, inclusiva, moderna y... que arriesga, debe asumir la responsabilidad de dotar a nuestros centros específicos de los recursos personales y técnicos necesarios, para que entre todos hagamos una escuela que ofrezca opciones a un tipo de alumnos que hasta hace muy poco tiempo ni siquiera se censaban como tales.

Hemos visto que la intervención educativa con esta población implica controlar, en primer lugar, el bienestar físico del alumnado, base en donde se sustenta el desarrollo posterior de las otras programaciones. El segundo paso que ha dado nuestro centro escolar, es ser conscientes que este tipo de alumnos requiere otras formas de intervención psicoeducativa, por eso tras diversos años de formación e investigación creamos la experiencia multisensorial, que constituye la parte de formación dentro del Proyecto curricular. El enfoque multisensorial es una experiencia de aprendizaje para alumnado plurideficiente con discapacidad intelectual severa o profunda que se basa en el desarrollo sensorial y en donde partimos de una premisa fundamental: «Nunca es tarde para aprender a sentir ».

Ahora, podemos entender que la atención de esta población con necesidades educativas especiales permanentes y que son gravemente afectados, requiere herramientas de intervención que nos ayuden a los profesionales a poder establecer nexos de conexión con estas personas. Lo cual, nos lleva a comprender que el proceso de enseñanza-aprendizaje es posible en un tipo de alumnos que hasta el momento no se consideraban aptos para el aprendizaje ya que el desarrollo de sus capacidades personales se encuentra muy limitado.

Con este plan de trabajo que presentamos pretendemos defender el derecho de todo niño en edad de aprendizaje para ser escolarizado y tratado como un alumno y no como una persona llena de dificultades, a la cual es difícil de acceder por que no sabemos manejar, tratar o tenemos miedo de sus problemas médicos asociados. Cuando los profesionales de la educación: maestros, psicólogos, psicomotricistas, logopedas, fisioterapeutas, educadores, etc., descubrimos que detrás del cuerpo roto de un niño plurideficiente con precario estado de salud, se esconde una persona que necesita y desea experimentar, sentir, vivir experiencias desde el placer y compartir sus sentidos con nosotros, somos conscientes que merece la pena el esfuerzo; y, los temores que nos acompañan, al tratar niños que requieren unos cuidados permanentes y una adaptación continua de la práctica de trabajo a su día a día, que va variando en función de su bienestar físico y de su salud, se amortiguan ante la experiencia maravillosa de compartir nuevas posibilidades de aprendizaje con niños que hasta ese momento sólo habían sido vistos desde sus limitaciones y nunca desde sus posibilidades.

Compartir las experiencias vitales de estos alumnos nos ha hecho diferentes y soñadores,... ahora, sí estamos preparados para educar y explorar con ellos las posibilidades de aprendizaje, marcadas desde su realidad pero abiertas siempre... al vuelo inabarcable de la imaginación.

REFERENCIAS:

- Arráez, J.M. (1998). *Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos*. Granada: Universidad de Granada.
- Berruezo, P.P. (2002). Las conductas motrices. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A. Vega (Coords.), *La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento* (pp. 301-353). Archidona (Málaga): Aljibe.
- García, M. (2003). El proyecto de aula sensorial : Una ventana al mundo. *AFIM*, 76, (14-16).
- Gómez Tolón, J. (1999). *Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño*. Zaragoza: Mira.
- Guirao, M. (1980). *Los sentidos, bases de la percepción*. Madrid: Alhambra.
- Lázaro, A. (2002). *Aulas multisensoriales y de psicomotricidad*. Zaragoza: Mira Editores.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta.
- Longhorn, F. (1991). *Programa sensorial para niños con necesidades especiales*. Madrid: Gaez, S.A. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lozano, F.J. y Sánchez, M.J. (2003). *La experiencia de los sentidos*. Juan Ciudad, (6-7). *Revista de los Hermanos de San Juan de Dios*. Nº 480.
- Linares, P.L. y Sánchez, M.J. (2006). Psicomotricidad multisensorial en alumnado con pluridiscapacidad. *Revista de Educación de la Universidad de Granada*. En prensa.
- Luria, A.R. (1984). *Sensación y percepción*. Barcelona : Martínez Roca. 3ª edición.
- Matlin, M.W., y Foley, H.J. (1996). *Sensación y percepción* (3ª ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Ramachandran, V.S. y Blakeslle, S. (1999). *Fantasmas en el cerebro*. Barcelona: Debate.

Ruf, A. Torrents, T. y Salamero, M (2005). *Validación de la prueba de valoración de la visión funcional para personas que no colaboran con el examinador*. Proyecto de investigación financiado por la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). *Integración*, 45, (7-15).

Sánchez, M.J. (2003). Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación "*Influencia de la relajación y la visualización en los procesos cognitivos (percepción y memoria visual) y de control tónico-emocional en alumnado con discapacidad intelectual*".

Santiago, J., Tornay, F., y Gómez, E. (1999). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: McGraw-Hill.

q Autoría

María José Sánchez Carrión. Dra. en Psicología. Psicóloga del centro de educación especial "Clínica San Rafael".

CENTRO: CEEE San Rafael.

TLFO.: 958 275 700

CORREO: mgarcia@granada1.betica.sanjuandedios-oh.es

PÁGINA WEB: Inactiva



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons. Los textos aquí publicados puede copiarlos, distribuirlos y comunicarlos públicamente siempre que cite autor/-a y "Práctica Docente". No los utilice para fines comerciales y no haga con ellos obra derivada