

Fisioterapia en integración escolar. Una experiencia profesional

A. Romero Marín. *Diplomado en Fisioterapia*

J. M. Infante Bizcocho. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

A. Gómez Rodríguez. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

RESUMEN

En el presente trabajo exponemos nuestra experiencia como fisioterapeutas miembros de un equipo multidisciplinar, constituido para trabajar en la integración escolar de niños discapacitados físicos y psíquicos.

Mediante la exposición de un caso clínico, damos a conocer la Fisioterapia en el ámbito escolar con necesidades especiales y su relación con los demás miembros del equipo multidisciplinar, el profesorado y la familia, con la finalidad de conseguir en última instancia una mejora en la calidad de vida del alumno discapacitado.

Palabras clave: Fisioterapia, integración escolar, discapacitado, equipo multidisciplinar, calidad de vida.

ABSTRACT

Title: Experience at the work in the ambit of the scholar union with physicals and psychics ill.

At the present article we expose the proceedings of the physiotherapy as member of a multidiscipline equipe, constituted to get the scholar union of physicals and psychics ill children.

With the exposition of a clinical case, we will give to know the Physiotherapy in the scholar ambit and her relation with other members of the multidiscipline equipe, the professor and the family, for to get finelly a good life quality of the ill pupil.

Key words: Physiotherapy, scholar union, physicals and psychics ill, multidiscipline equipe, life quality.

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se recoge la experiencia de tres años de trabajo (desde enero de 1995 a enero de 1998), realizado en el Colegio Patronato Vereda de Valdezorras (Sevilla), perteneciente a las Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia (EE PP SA FA).

La integración escolar en dicho colegio se vehicula mediante la actuación de un equipo

multidisciplinar (EM) compuesto por cinco profesionales: una psicóloga-logopeda (que actúa como coordinadora del equipo), dos pedagogas-logopedas (que actúan como profesoras de apoyo), un fisioterapeuta y una técnico en jardín de infancia (que actúa como cuidadora).

El objetivo general del EM es mejorar la calidad de vida de los/las alumnos/as con deficiencias físicas y/o psíquicas en los ámbitos

escolar, familiar y social, para que las limitaciones que presentan en dichos ámbitos, debidas a sus minusvalías, sean las menores posibles.

A continuación, mediante la exposición de un caso clínico, que consideramos con un buen nivel de representatividad de las patologías que generalmente se tratan en el centro, entramos a considerar el papel del fisioterapeuta en este ámbito.

ESCENARIO

La Unidad de Fisioterapia del EM cuenta con el material habitual en estos centros: espaldaras, colchonetas, balón de Bobath, escalera de manos, aros, rulos, cuñas, etc.

Objetivos de trabajo

Los objetivos de trabajo propuestos son:

1. Objetivo general del EM: mejorar la calidad de vida de los/las alumnos/as con deficiencias físicas y/o psíquicas en los ámbitos escolar, familiar y social, para que las limitaciones que presentan en ellos por sus minusvalías sean las menores posibles.

2. El objetivo específico del fisioterapeuta es mejorar las deficiencias motoras y sensoriales de los alumnos mediante la instauración y aplicación de un tratamiento fisioterapéutico adecuado.

El plan de tratamiento del fisioterapeuta, encaminado hacia la consecución de los objetivos general y específico señalados, se basa en la realización de las actividades siguientes:

— Exploración-valoración analítica y funcional de los niños.

— Elaboración de un programa de tratamiento.

— Revisión periódica de los niños para ir adaptando el programa de trabajo a la evolución seguida.

— Entrevistas informativas-orientativas con los padres y profesores.

— Realización de sesiones clínicas con los restantes miembros del equipo de apoyo.

CASO CLÍNICO

La alumna en cuestión, cuya jornada escolar es de 9 de la mañana a 2 de la tarde, sigue el horario que a continuación se detalla:

— De 9 a 9.30: Fisioterapia los lunes, miércoles y viernes (en el aula de Fisioterapia).

— De 10 a 10.30: Control de esfínteres de lunes a viernes (en el aseo de minusválidos).

— De 10.30 a 11: Integración en clase de lunes a viernes.

— De 11.30 a 12: Logopedia de lunes a viernes.

Exploración-valoración de los niños

Recogemos los datos de la valoración inicial de forma metódica, utilizando los registros contenidos en una ficha de Fisioterapia que consta de las siguientes partes:

Anamnesis

- a) Nombre: AMAF.
- b) Fecha de nacimiento: 8/10/91.
- c) Diagnóstico médico: tetraparesia espástica.

d) Antecedentes hereditarios familiares: no tiene.

e) Detalles del parto y estado del niño al nacer: niña prematura (parto por cesárea a las 30 semanas de gestación por placenta previa) que presenta retraso madurativo, tetraparesia espástica, epilepsia y síndrome de West secundario.

El peso al nacer fue de 1.710 gramos y presentaba aspecto de enfermedad neurológica: no sostiene la cabeza, hipertonía periférica y ligera dolicocefalia (perímetro craneal de 44 cm). Test de Apgar de 2, 7 y 7 puntos a los 1, 5 y 10 minutos respectivamente.

f) Antecedentes del desarrollo:

— Edad a la que los padres notan los primeros síntomas: desde el momento del nacimiento.

— Edad a la que empieza a:

- Sonreír: sobre los 5 meses.
- Sostener la cabeza: aún no lo consigue totalmente.
- Estar sentada sin apoyo: no lo realiza.
- Gatear: no lo realiza.
- Estar de pie: no lo realiza.
- Andar: no lo realiza.
- Comer sola: no lo realiza.

Estado actual

Fecha de exploración: 12/1/98; edad al hacer la exploración: 6 años y 3 meses.

a) Autonomía personal:

— Babea: sí.

— Lenguaje (fonemas, palabras, frases): sólo emite algunos gemidos y fonemas esporádicos, comunicándose fundamentalmente mediante la sonrisa y el llanto.

— Hábitos de limpieza: no los tiene adquiridos.



FIG. 1. Corsé-silla para controlar la escoliosis.

— Alimentación: sólo con ayuda.

— Vestirse: sólo con ayuda.

b) Comportamiento afectivo: variaciones del estado de ánimo entre distimia (tristeza menor) y ligera euforia.

c) Tratamiento ortopédico y/o quirúrgico realizado: desde marzo del 1996 lleva corsé-silla para controlar su escoliosis lumbar izquierda de 15 grados y 5 mm de gibosidad. El corsé se puede adaptar al cochecito, que además posee taco separador para la aducción de los miembros inferiores y taco para el apoyo de los pies (fig. 1).

d) Trastornos diversos: presenta secreciones respiratorias más acusadas en la época de invierno, lo que motiva en ocasiones faltas de asistencia.

e) Comportamiento motor: en decúbito supino, presenta rotación externa y separación de hombros, flexión de codos y flexión de dedos, aunque a menudo abre las manos; a nivel de los miembros inferiores presenta aducción y rotación interna de caderas, junto a ligera extensión de rodillas e inversión de tobillos. En decúbito supino, no lleva las manos hacia la línea media y en decúbito prono levanta y gira la cabeza hacia los lados con estimulación, tiene dificultad para quitar los brazos de debajo del cuerpo y no apoya los brazos para levantar el tronco ni la cabeza; realiza los volteos, la sedestación y el control de cabeza sólo con ayuda.

f) Exploración neurológica:

— Observación del tono muscular: presenta un tono claramente hipertónico, con espasticidad flexora en miembros superiores y extensora en miembros inferiores; asimismo, el tono está más acentuado en los miembros inferiores que en los miembros superiores y tronco, donde es más ligero; actualmente toma, administrado mañana y noche, un medicamento reductor del tono muscular.

— Observación de la función manipulativa: el reflejo de prensión de la mano está presente, realizando una flexión breve; no realiza ningún tipo de pinza para coger y soltar objetos y no se lleva la mano a la línea media.

— Observación de la función oral: los reflejos de succión y mordedura aún están presentes; su comunicación es no verbal mediante la sonrisa y el llanto fundamentalmente, pues sólo de forma esporádica emite algunos fonemas.

— Visión (informe del oftalmólogo): sigue la luz lentamente y los objetos de color rojo y amarillo, pero no los de color azul ni verde; presenta movimientos incoordinados de los ojos y tendencia a la divergencia.

— Minusvalía: disminución de la capacidad orgánica y funcional del 90 %, según informe emitido por la Gerencia Provincial del IASS de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía con fecha del 3/6/91.

Resultado de la exploración

a) Desde el punto de vista de la Fisioterapia encontramos una afectación grave: un cuadro de tetraparesia espástica con desarrollo de escoliosis lumbar izquierda.

b) Tratamiento: necesita tratamiento fisioterapéutico en el que deben implicarse los demás miembros del equipo de apoyo, el profesorado y la familia.

c) Implicación familiar en el tratamiento. De ello nos da una idea estas cuestiones:

— Carga familiar de la madre: número de hijos menores de 4 años: ninguno.

— Personas que aplican el tratamiento: padre fundamentalmente y también la madre.



FIG. 2. Movilización pasiva de miembros superiores.

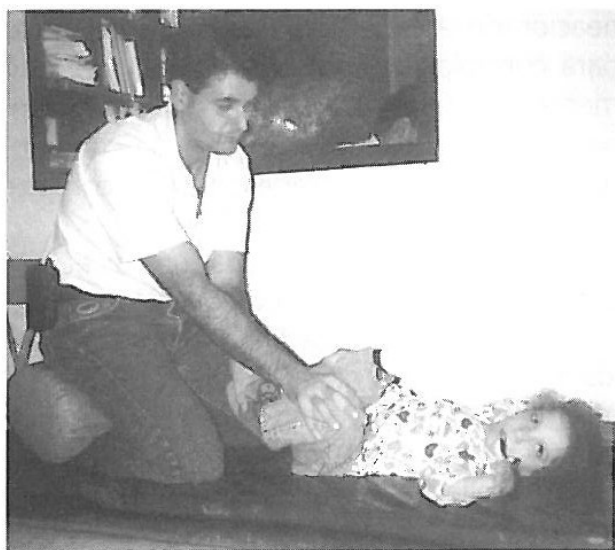


FIG. 3. Movilización pasiva de miembros inferiores.

- Situación de la madre: casada.
- Actividad laboral de la madre: no tiene (ama de casa).

Elaboración del programa de tratamiento

Nuestro programa terapéutico consiste en lo siguiente:

a) Movilizaciones pasivas para prevenir contracturas musculares y rigideces articulares, tanto de miembros superiores (fig. 2) como de miembros inferiores (fig. 3); asimismo, con las movilizaciones se persigue disociar los movimientos de la cabeza de los de la cintura escapular y los de ésta con los de la cintura pelviana, a fin de conseguir algún grado de relajación.

b) Realización de volteos a partir del timón caudal (fig. 4), realizados de forma lenta para permitir que la niña se adapte y tenga la posibilidad de colaborar en el cambio postural.

c) Control de cabeza, utilizando el balón de Bobath (fig. 5), sentada a horcajadas (lo que le lleva las caderas a flexión, separación y rotación externa) estimulándole la barbilla (fig. 6) y mediante el paso de las posiciones de decúbito supino a sentada, traccionando de las manos.

d) Dilución del reflejo de presión de la mano, pasando ésta sobre su cara, con lo que simultáneamente pretendemos que llegue a reconocer el esquema corporal de la cara. El transporte de la niña a las distintas aulas del colegio se hace en su cochecito, que permite acoplarle el corsé.

Revisión periódica de los niños

En el plan de centro se establece una revisión trimestral, de acuerdo con las evaluaciones de conocimientos de los alumnos, aunque con esta alumna la revisión se realiza a comienzos del curso escolar y durante el mismo se adapta el tratamiento a los pequeños cambios que pudieran producirse.



FIG. 4. Volteos a partir del timón caudal.

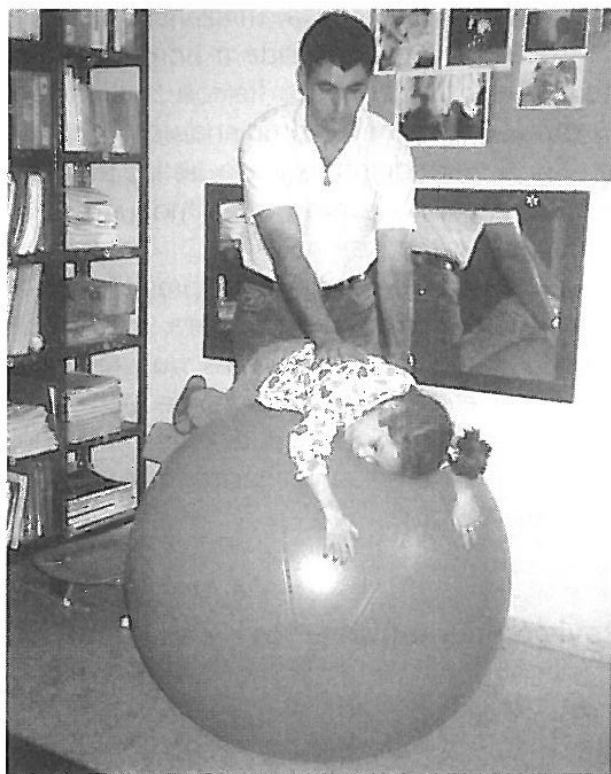


FIG. 5. Estimulación de la elevación de la cabeza utilizando el balón de Bobath.

Entrevistas informativas-orientativas con los padres y profesores

En dichas reuniones se informa a padres y a profesores sobre la evolución motriz y el estado actual de la alumna, y, al mismo tiempo, se dan algunas pautas a seguir en el tratamiento postural en sedestación, ya que conseguir la sedestación correcta en los discapacitados motóricos por parálisis cerebral es fundamental para evitar las alteraciones ortopédicas (principalmente en columna y caderas) que disminuirán su calidad de vida, puesto que es en sedestación en la posición en la que la mayoría de ellos pasan bastantes horas del día [1].

Tanto a padres como a profesores se les indica cómo ha de estar sentada en su corse-silla y cómo deben vigilar la correcta ali-

neación de la cabeza, el cuello y la columna para controlar su escoliosis y evitar que aumente. En el aula (fig. 7), dicha labor suelen hacerla los propios compañeros de clase, lo que fomenta en ellos el espíritu de compañerismo.

También se modifican y adaptan las actividades de las asignaturas de Educación Física, Plástica y Pretecnología a las limitaciones de los alumnos, para que su realización sea similar a aquellos ejercicios que le resulten beneficiosos; pero esta alumna no puede hacer nada de ello debido a su gran incapacidad motora.

A los padres, además, se les enseñan unas pautas sencillas de tratamiento que pueden realizar en el domicilio; de esta manera ellos tienen la seguridad de estar trabajando con el niño en la mejora de su calidad de vida. En este sentido es muy necesaria la labor de los padres, dado que el tratamiento fisioterapéutico no es diario en el centro y dada la necesidad de continuidad en dicho tratamiento ante patologías tan complejas como la que estamos comentando. Naturalmente,

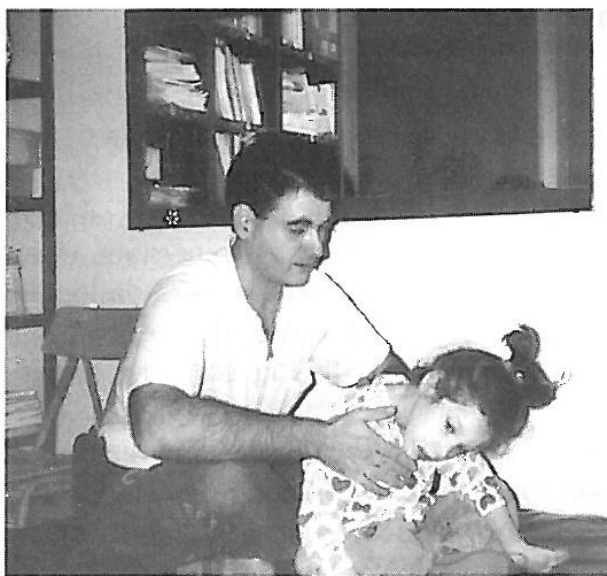


FIG. 6. Control de cabeza.



FIG. 7. Alumna en clase.

en ningún momento delegamos la responsabilidad del tratamiento en los padres.

El trabajo de los padres en el domicilio consiste en movilizaciones pasivas, control de la cabeza, realización de volteos y dilución del reflejo de prensión de la mano. Al objeto de revisar y, si fuese necesario, corregir el trabajo de los padres, éstos son citados periódicamente cada 3 meses.

Asimismo, al inicio del tratamiento se lleva a cabo una labor formativa dirigida a padres y profesores para presentar la Fisioterapia en este ámbito mediante comunicaciones orales y el reparto de folletos informativos.

Realización de sesiones clínicas con el equipo de apoyo

Fundamentalmente, con los otros miembros del equipo de apoyo se comentan las posturas que más favorecen a la alumna para evitar el aumento del tono muscular o prevenir deformidades cuando ellos realizan sus actividades:

— La logopeda, que actualmente basa su tratamiento en el control de la masticación y la deglución (requisitos previos para que deje de babear, trague la saliva y pueda hablar en el futuro), sienta a la niña en sus rodillas y coloca su brazo por detrás del cuello de la misma, controlando éste y ayudando con la otra mano a la masticación y masajeando la mandíbula inferior (fig. 8).

— Para la integración en clase, la alumna está sentada en su corsé, dispuesto sobre el mobiliario. La profesora de apoyo le controla el cuello y simula los movimientos de la mano hacia alguna actividad concreta (fig. 9).

— Para el control de esfínteres contamos con una adaptación para la taza del WC, lo que da un mayor soporte a la taza. Esto es importante porque si la niña tiene miedo a caerse, no se relajará y no controlará los esfínteres (fig. 10).

— Asimismo, se ha tenido contacto con el Equipo Provincial de Orientación Educativa de Discapacitados Motóricos de Sevilla para



FIG. 8. Actuación de la logopeda.

aconsejarles sobre la silla y pupitre adaptados con los que cuenta actualmente (fig. 11):

— La silla permite acoplar el corsé que debe utilizar también durante las horas de clase para controlar su actitud escoliótica, conteniendo también un taco separador para controlar la aducción de los miembros inferiores.

— La mesa posee un tablero más amplio y con escotadura, cuyo reborde está forrado para evitar, fundamentalmente, pequeñas lesiones por roces y para evitar, asimismo, la caída de útiles.

RESULTADOS

Durante el tratamiento hemos observado una evolución favorable en los siguientes aspectos:

- Mejor control de cabeza y tronco.
- Mayor participación voluntaria en la realización de los volteos (tendencia a pasar el brazo por encima del tronco cuando éste se le queda detrás).



FIG. 9. Integración en clase con la profesora de apoyo siguiendo un programa de estimulación visual y auditiva.



FIG. 10. Adaptación de la taza de WC para el control de esfínteres.

- Mayor dilución del grasping de la mano.
- Disminución de la espasticidad en miembros superiores.
- Disminución de las contracturas musculares y rigideces articulares observadas al inicio del tratamiento.



FIG. 11. Silla y pupitre adaptados.

Asimismo, también se ha observado una mejor integración escolar y familiar:

- Mayor nivel de atención en clase.
- Mejor respuesta a los estímulos visuales y auditivos.
- En definitiva, una relación más constante con el entorno.

No obstante, estimamos que podrían obtenerse resultados mejores en la integración escolar de los niños si el tiempo de tratamiento fisioterapéutico fuera similar al del resto de los componentes del EM, pues:

- Existe poca continuidad en el tratamiento fisioterapéutico, lo que impide que la Fisioterapia sea la primera actuación en el orden del tiempo antes de las otras terapias [2].
- El contacto con los demás miembros del equipo de apoyo, así como con el profesorado es escaso, por lo que el asesoramiento para la corrección de actitudes y gestos viciosos (mediante tratamiento postural), así

como para la realización de aquellas actividades de clase similares a ejercicios que le resulten beneficiosos [3], se presenta insuficiente.

AGRADECIMIENTOS

A los padres y a nuestra querida alumna por habernos permitido la realización de la fotografías. A los miembros del equipo de apoyo que han prestado su cooperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez, L., Arroyo, A., y Rellán, M.^a D.: Sedestación y tipos de asientos en el discapacitado motórico. *Fisioterapia*, 18 (4): 207-218, 1996.
2. Toledo González, T.: *Parálisis cerebral*. Serem. Madrid, 1997.
3. Peiró Subirón, S., y Ramos Martín, C.: *Programación de la psicomotricidad en la educación especial*. Cepe. Madrid, 1987.