DOSSIER

propuesta de una intervención preventiva en el hospital pediátrico de Sant Joan de Déu de Barcelona, a través de la práctica psicomotriz

los bebés prematuros en las incubadoras

MONTSERRAT RIZO

Fisioterapeuta y psicomotricista, SAP Ripollès

Quizás el título de este escrito suene un poco snob. ¿Cómo se puede realizar *práctica psicomotriz* con bebés que están en una incubadora, que tienen tan poco movimiento espontáneo, en un medio hospitalario?

Sí, tengo que confesar que tuve muchas dudas antes de dar este título a la ponencia en la cual presenté este trabajo, pues mi intención no es, ni era, sorprender con un "quién da más en psicomotricidad", sino ser coherente y consecuente, ya que fueron los principios de la tecnicidad de la *práctica psicomotriz* lo que me sirvió de base para realizar la propuesta de intervención que a continuación quisiera compartir.

Desde mi formación como fisioterapeuta en la Unidad de Atención Precoz del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, era frecuente atender a bebés con prematuridad, que presentaban —o tenían un diagnóstico que preveía la posibilidad de presentar— patologías neurológicas con más o menos gravedad. En esta actividad, que muchas veces se realizaba en la sala de neonatología, observaba que los bebés, que un principio no tenían una demanda de atención de fisioterapia porque no había una patología orgánica instaurada, por su estancia prolongada en el ámbito hospitalario presentaban una serie de características comunes en cuanto a constitución física, postura corporal, expresión emocional hacia el entorno, etc.

En mi formación como psicomotricista tuve contacto con otros compañeros que provenían del área de la educación y la terapia. Fue entonces cuando empecé a observar que muchos de los niños y niñas que preocupaban o eran atendidos desde la reeducación o la terapia tenían antecedentes de prematuridad. Recogiendo bibliografía sobre la evolución del bebé prematuro, habían unas características generales comunes:

- dificultades de relación visual con los adultos
- relación mejor con los objetos que con los niños y niñas o con los adultos
- dificultades en la alimentación y el ritmo sueño-vigilia
- relación con la madre difícil y excesivamente dependiente
- dificultades del desarrollo psicomotriz armonioso
- adquisición de la bipedestación sin gatear ni

explorar el suelo y la ejecución con los brazos y las piernas muy abiertos

• relación sensorial con el entorno en cuanto a la localización de sonidos y mirada más adelantada a su edad.

Toda esta información me hizo suponer que **en la estancia del bebé en el hospital se realizan sus primeras relaciones a nivel sensorial con el entorno, y que según cómo son recogidas, estas relaciones pueden condicionar la evolución de su desarrollo psicomotriz/emocional posterior.**

Definición de prematuridad

El término de **bebé prematuro** define a un bebé nacido con un peso menor de 2.000 g y de menos de 38 semanas de gestación, y aquí nos encontramos con varias combinaciones: **Los bebés de bajo peso** nacidos dentro de las semanas 36–40 de gestación, con menos de 2.000 g; **los bebés pretérmino**, con peso adecuado, pero nacidos entre las semanas 32–38 de gestación; **el bebé gran prematuro**, nacido con 500-1.000 g de peso y entre las semanas 26-32 de gestación.

Pero surgen riesgos asociados debidos a la hospitalización que, por otro lado, es necesaria para el soporte vital de estos bebés.

Realicé una **observación basada en los puntos clave de la tecnicidad de la práctica psicomotriz: el bebé, los adultos, el espacio y los materiales** que estaban en relación con el bebé. Los resultados de esta observación fueron los siguientes:

El bebé y sus posturas

En la incubadora eran siempre en prono (boca abajo) con apertura de brazos y piernas, lo cual no le permitía elevar la cabeza ni apoyarse mínimamente en los brazos, ni mirarse las manos, sólo

cambiar, y con esfuerzo, la cabeza de uno a otro lado; realizaba movimientos espontáneos con las extremidades, y muchas veces se hacía escaras en nariz, codos, rodillas y pies por la sequedad de las sábanas.

Cuando era transportado, lo era con total apertura, extensión, y sin control visual del bebé al adulto y viceversa.

En las comidas con biberón, se le sostenía por la nuca sentado en las rodillas del adulto; es la forma en que pueden "tragar" más alimento, pero no hay relación visual con el bebé.

Que el bebé podía utilizar la mirada, el llanto, el silencio, el gesto, el reflejo, etc., pero pocas veces era recogida y devuelta como un aspecto de búsqueda de relación, sino como una curiosidad del bebé.

Los adultos en relación al bebé

El bebé con prematuridad **está muy vigilado**, controlado, observado, etc., etc., **pero pocas veces se busca su mirada**. Es **manipulado por un promedio de 3-4 personas** diarias, con sus tactos, olores y personalidades, pero **pocas veces su cuerpo es**

D O S S I E R

acariciado. La comida era uno de los momentos de más intensidad laboral, pues se tenían que repartir biberones o dar el alimento por sonda nasogástrica con poco intervalo de tiempo. Así que era importante que el bebé se lo comiera todo y deprisa, ya que si se cansaba, no se terminaba la dosis y tanto para los profesionales como para los padres **el comer era indispensable**.

El tono y las palabras para comunicarse con los bebés no siempre eran el que se utilizaría en circunstancias de normalidad familiar.

El llanto era recogido pero pocas veces contenido, debido a la intensidad de las actividades laborales. Las muecas, los reflejos e incluso los silencios no eran recogidos como sistemas de comunicación no verbal, sino como peculiaridades del bebé, y ello no favorecía la interacción comunicación bebé/adulto.

Los materiales que están en relación, directa o indirectamente

En relación directa:

Los pañales eran adaptados de los bebés nacidos a término, y aumentaba la abducción —apertura— de las piernas, lo cual dificulta su movilidad espontánea. (actualmente, creo que ya son más a la medida, pero continúan poniéndose muy abiertos.)

Los **chupetes y las tetinas de los biberones** son excesivamente **grandes**, lo que dificulta una adaptación del chupete/tetina al paladar y la posterior succión. No se ponían chupetes porque a los bebés **se les caían** y no siempre era posible volvérselos a poner. Eran de silicona, que es un material muy duro y **nada parecido al pezón materno**.

Las sábanas eran muy secas y **producían escaras** en nariz, codos, rodillas y pies del bebé si realizaba movimientos espontáneos.

La **espuma** del colchón era muy dura y **no permitía una adaptabilidad** postural del bebé.

En relación indirecta pero influyentes:

Los **sonidos** producidos encima de la incubadora, los teléfonos, las alarmas de las incubadoras, voces, etc., que el bebé oye, ya que cuando se hizo esta observación, y en general, **las incubadoras son herméticas pero no insonoras**.

La luz es permanente y no hay una penumbra en relación con el ritmo vigilia-sueño.

Los materiales del entorno son calificados como "fríos": cristal, plástico transparente, aluminio, cerámica, metal; y los colores, "poco cálidos y acogedores": blancos, plateados y verdes oscuros.

Estas observaciones sirvieron para formular una hipótesis: **Que la actitud de los adultos, las posturas de los bebés, los materiales y la larga estancia hospitalaria, que son necesarias para ayudarles a sobrevivir, inciden a nivel sensorial y constituyen factores de riesgo para el posterior desarrollo psicomotriz y emocional del bebé.**

Para poder paliar esta situación de riesgo, se propuso un **Plan de intervención preventiva**, de acuerdo con el personal de enfermería y los responsables sanitarios.

Plan de intervención preventiva

- **sensibilizar al personal sanitario** que está en relación con el bebé, **a través de charlas** sobre la evolución y el desarrollo del bebé en condiciones de normalidad, sobre la **importancia de las relaciones sensoriales del bebé con el entorno** para poder realizar un desarrollo armonioso y compararlo con lo que sucede con el bebé hospitalizado por prematuridad

DOSSIER

- **cursos prácticos** sobre la importancia del **tacto/contacto/masaje** en cuanto a la relación corporal, etc. y sobre todo de la **responsabilidad de su actitud** como elemento potenciador o bloqueante de la capacidad de ese bebé para comunicarse con el entorno; **favorecer, potenciar, descubrir** la capacidad de escucha de los adultos en cuanto a las **expresiones no verbales del bebé como demandas hacia el entorno**; buscar y encontrar recursos para responder a estas demandas. **HAY COMUNICACIÓN CUANDO SURGE UNA DEMANDA Y SE PRODUCE UNA RESPUESTA AJUSTADA.**

- **En cuanto al bebé: favorecer la postura en flexión o fetal, que recoge todo el cuerpo** y facilita juntar las manos y mirárselas tanto en la incubadora como en los brazos del adulto; buscar **posturas alternativas** en la alimentación, que favorezcan una **comunicación visual, gutural y de expresión facial mutua; incorporar la realización de masaje corporal** para favorecer la comunicación y dar al bebé un sentido de placer corporal y referencias de globalidad corporal.

- **En cuanto a los materiales**, en relación directa con el bebé se buscaron materiales más adecuados en lo que se refiere al tamaño y la sensibilidad del bebé, se encargaron incubadoras insonoras, y el personal sanitario tuvo muy en cuenta los sonidos ambientales, así como el hecho de incorporar la penumbra y el silencio en las horas nocturnas.

Conclusiones

Durante el tiempo en que fue puesta en marcha esta propuesta, se realizó una gran sensibilización del personal sanitario tanto del que estaba en relación directa con el bebé como del de los responsables de la unidad, lo que favoreció la incorporación de las propuestas, recogiendo resultados estimulantes para los adultos en cuanto a la intervención: devolución de la mirada, calma del llanto con la voz o contacto manual del adulto con el bebé, cambio en el tono y contenido de la comunicación verbal del adulto, etc. También en lo referente a la actitud postural del bebé, se recogió mejor calidad postural y del movimiento espontáneo, mejor succión y relación con la alimentación, etc.

Lamentablemente, no pude hacer un estudio comparativo de un grupo de bebés atendidos de una u otra forma para poder dar un contenido científico a la propuesta; pero sí puedo recoger que la actitud cotidiana y la sensibilización del personal sanitario en lo que se refiere a su relación y el concepto de comunicación con los bebés se vio sensiblemente mejorada, ya que se les reconocía una influencia y responsabilidad no sólo en el cuidado y la vigilancia médica, sino en su actitud personal en relación al bebé.

Por la brevedad del espacio no he reflejado todas estas intervenciones con amplitud, pero quedan a disposición de quien esté interesado en ello.

También quisiera referenciar que en esta propuesta no hago mención de la intervención familiar. Sería un tema para exponer en otro artículo.

Bibliografía:

- Bauchner, E., Brown, J., Peskin (1990). *Prematuros atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*. Revista Clínica de Perinatología, vol. 1.
- Goofriend, M. *Tratamiento de la alteración de la vinculación del lactante en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.*
- Rizo, M. *Práctica psicomotriz en una unidad de bebés prematuros*. Revista de LACAP, nº 2.
- Rizo, M. (1997). *La fisioterapia en los bebés con prematuridad en los CDIAP*. Bienestar Social Barcelona.