

La memoria corporal del niño prematuro

El cuerpo invadido del prematuro y la adquisición de la conciencia corporal a través de la psicomotricidad

De los cero a los tres años, el bebé ha de realizar una construcción de su propia imagen, para ello ha de diferenciar lo interno de lo externo, el yo del no yo y del otro yo (Fernández, 2002).

Macarena Córdoba Lerma

Pedagoga y
psicomotricista
Psicomotricista
en la escuela de
educación física
integral Lenoarmi.

Numerosos estudios anuales nos alertan del aumento de nacimientos prematuros en el mundo. Con más certeza se saben las causas y la posible prevención, y por suerte, la ciencia trabaja para que la posibilidad de supervivencia de los bebés nacidos antes de tiempo aumente (si hablamos de países occidentales). Este texto pretende ser una reflexión que parte de la subjetividad de la vivencia a la objetividad del aprendizaje. En él quiero mostrar cómo el nacimiento de mi hija prematura hizo que me interesase por la práctica Psicomotriz como metodología preventiva y totalmente respetuosa con el desarrollo del niño. Gracias a mi formación en el postgrado de Desarrollo psicomotor de 0 a 8 años en la Universidad Autónoma de Barcelona pude analizar y convertir mis vivencias en reflexiones y análisis objetivos y fundamentados bajo la mirada psicomotriz.

Nacer antes de tiempo

Nacer antes de tiempo no es una tarea fácil, y a pesar del aumento general de la prematuridad, el 10% de estos nacimientos anuales en todo el mundo corresponde a este tipo, según datos de 2014 de la Organización Mundial de la Salud, hemos tenido en España una tasa que se sitúa entre el 7/8%. Naciendo un total de 31.000 niños prematuros, seguimos sufriendo de desinformación. La población suele asociar el nacimiento prematuro con la idea de “sietemesino” en la que el bebé necesita estar en una incubadora para terminar de crecer, engordar y madurar sus órganos básicos para la vida, pero esta idea mitificada está muy lejos de la realidad de lo que supone un nacimiento prematuro. El hecho de adelantarse a la vida acarrea muchas complicaciones. El cuerpo del bebé no está

preparado para pasar de un contexto cálido, líquido y sin gravedad, acogedor, donde dispone de los medios más adecuados para su desarrollo físico, a un contexto pesado por la fuerza de la gravedad, frío y hostil donde en muchos casos requerirá de aparatología sanitaria para su supervivencia.

Los nacimientos prematuros siempre son traumáticos, tanto para los bebés como para las familias. El bebé, inesperadamente sale de su contexto acogedor y necesario abruptamente, y tendrá que finalizar su desarrollo orgánico en otro lugar que nada tiene que ver con las sensaciones vividas en el útero materno.

Para las familias, el aceptar la nueva situación, con la tensión e incertidumbre que les rodea les genera sentimientos de miedo y temor a la pérdida.

Mucho antes de lo esperado se encuentran que tienen a sus hijos ante ellos en una unidad de cuidados intensivos rodeado de aparatos. El niño no se parece en nada al que habían soñado e imaginado tantas veces, no pueden cuidarlo. Todo ello provoca un gran impacto, aparecen sentimientos desagradables y se afrontan situaciones muy difíciles.

En la etapa de hospitalización, los bebés prematuros pueden sufrir numerosas complicaciones, siendo los más frecuentes; los problemas respiratorios (debido al distress respiratorios y a las apneas), cognitivos (debido a las hemorragias interventriculares), cardiovasculares (Duptus), hematológicos (debido a la anemia, hiperbilirrubinemia), problemas gastrointestinales que le impiden alimentarse, sensoriales, estos bebés tienen un riesgo alto de tener problemas visuales y auditivos. Hay dos problemas que suelen ocurrir de forma muy precoz, y que cuanto antes se detecten antes se po-

drán tratar: la Retinopatía del Prematuro y la sordera neurosensorial. Problemas en el desarrollo motor (hipertonía e hipotonía transitoria), y un largo etcétera.

Una vez que están en casa, las familias se enfrentan a numerosos seguimientos médicos, persistiendo la incertidumbre.

Un nuevo lugar de crecimiento

En principio, el mejor sustituto del cuerpo de la mamá y del crecimiento intrauterino es la incubadora. Gracias a ellas, el bebé continua con su desarrollo físico y orgánico. Los músculos se van formando, los órganos van madurando a una temperatura adecuada, pero, a pesar de ser el mejor contexto ¿es el que más respeta su desarrollo global?

No podemos negar que, sin el apoyo de toda la terapia sanitaria, la mayoría de bebés no saldrían adelante o tendrían considerables secuelas, pero hay mucho que mejorar, ya que una persona sana es la que desarrolla un crecimiento equilibrado entre cuerpo y mente, entre el desarrollo motor, emocional y cognitivo.

El cuidado del bebé prematuro se lleva a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En la mayoría de UCINS de hospitales Españoles utilizan el método Newbornd Individualized Developmental care and Assessment Program (NIDCAP) de la doctora Als. *“Programa de Evaluación y Atención individualizada y Orientada al Desarrollo Neonatal”* que sitúa a los padres como los cuidadores principales de su bebé y que hace que éste sea tratado en cada momento en función de su nivel de desarrollo, *“Refuerza el vínculo padres e hijos y mejora el pronóstico a corto y largo plazo del niño ingresado en una unidad de cuidados in-*

Los nacimientos prematuros siempre son traumáticos, tanto para los bebés como para las familias. El bebé, inesperadamente sale de su contexto acogedor y necesario abruptamente, y tendrá que finalizar su desarrollo orgánico en otro lugar que nada tiene que ver con las sensaciones vividas en el útero materno.

Otra metodología con gran importancia y valor en las unidades Neonatales es el Método Canguro basado en el acogimiento corporal del bebé por parte de los padres.

tensivos neonatales, especialmente el de los más inmaduros, o de los que presentan mayor gravedad al nacer” (Josep Perapoc jefe de Sección del Servicio de Neonatología del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona).

Otra metodología con gran importancia y valor en las unidades Neonatales es el Método Canguro basado en el acogimiento corporal del bebé por parte de los padres. Creado en Colombia por el Doctor Edgar Rey en 1978 por falta de incubadoras, en el servicio de Neonatología, el Doctor Rey propuso el contacto directo, piel con piel, con la madre y el recién nacido prematuro (RNP). Pudiéndose comprobar muy pronto los avances y beneficios de este método; demostrando que mejora la termorregulación, acelera la adaptación metabólica, reduce los episodios de apnea, permite y favorece la lactancia materna, un menor riesgo de infecciones, mayor ganancia de peso, aumento de la confianza de las madres en el cuidado de los hijos. Los padres se sienten protagonistas del cuidado de sus hijos, y reduce la estancia hospitalaria.

A pesar de los numerosos avances en la “humanización de los cuidados sanitarios” siguen persistiendo resistencias. En casi un 40% de

centros hospitalarios con UCIN, tienen horario restringido el acceso a las unidades.

Esto limita la puesta en práctica de ambos métodos y aumenta la problemática sobre el establecimiento del vínculo a través de la puesta en práctica de los cuidados por parte de los padres. Indiscutiblemente, las Unidades Neonatales y su aparatología, son indispensables para la supervivencia del RNP, pero están centrados en su crecimiento y desarrollo físico y no en las sensaciones y vivencias corpóreas necesarias para un desarrollo sano.

Al salir del hospital, el seguimiento del recién nacido prematuro sigue enfocado en el desarrollo corporal y lo motriz dejando en un segundo plano el desarrollo emocional y cognitivo.

En la actualidad se está llevando a cabo un importante cambio de paradigma en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAPS). A través de su gran experiencia y los registros observacionales, se ha podido detectar que, especialmente en los RNP, el seguimiento y apoyo terapéutico tiene que estar orientado al desarrollo motor y cognitivo de forma paralela, teniendo como eje principal la familia. Las sesiones están enfocadas en la observación y detección de posibles retrasos motores, dotando a las familias de herramientas de estimulación adecuada.

El cuerpo invadido

Como he mencionado anteriormente, el bebé prematuro pasa de un contexto de bienestar, acogimiento, envoltura, balanceos suaves, que se producen en el desarrollo intrauterino, pasando a un contexto repleto de estímulos, sensaciones que pueden ser totalmente desagradables para él, en las

Método canguro. Hospital Universitario Son Espases Palma de Mallorca



que su cuerpo no está preparado para recibir, y en las que no tiene el acogimiento ni la contención corporal de la madre. A todo esto hay que añadir la invasión física del tratamiento. Sondas naso gástricas para la alimentación, vías, intervenciones quirúrgicas, respiración asistida, manipulaciones invasivas, en las que el cuerpo del bebé pasa a un segundo plano.

Esta invasión constante hace que poco a poco se cree la memoria corporal, pero no una memoria positiva y constructiva; el bebé prematuro está generando una memoria basada en el dolor, en el no acogimiento maternal, en la desesperación de la separación, en la hiper o hipo sensibilidad sensorial, en la no vivencia del placer y displacer maternal, en la desconexión maternal; ya que no tiene desarrollado los mecanismos físicos primarios necesarios para establecer la comunicación inicial con su madre, como son el llanto y el reflejo de succión. Todavía recuerdo los comentarios de la familia cuando venían a visitar a mi hija Gala y decían: "Es muy buena, no se queja para nada", nada más lejos de la realidad, su inmadurez neurológica imposibilitaba el poder establecer la comunicación maternal entre madre e hija, no lloraba porque, no tenía desarrollado este sistema de comunicación básico. Sus necesidades tenían que ser interpretadas desde la inexperiencia, dejando una huella de un recuerdo negativo.

Desde la visión psicomotriz, el niño prematuro tiene serias dificultades para ser consciente de su cuerpo e ir creando su identidad personal. Las invasiones físicas sumadas a un contexto hostil en el que los patrones de crianza no se pueden llevar a cabo de manera normalizada dificultan la construcción del yo. Partiendo desde el inicio del nacimiento, el bebé no tiene conciencia de sus límites corporales, ésta se va

formando poco a poco, a través del diálogo tónico que establece con la madre durante los momentos de cuidados como son la alimentación (lactancia), la higiene (el baño, el cambio de pañal), los abrazos, el descanso. En un nacimiento a término nos encontramos con múltiples situaciones durante el día para que el bebé, poco a poco, empiece a conocer su cuerpo, experimente situaciones de placer y displacer en relación con el cuerpo de su madre, se comuniquen con sus padres y establezcan un vínculo sano de crecimiento. El bebé llora cuando siente alguna necesidad (alimentación, frío, sueño) y, especialmente durante la lactancia materna, el bebé empieza a sentir la propioceptividad.

El recién nacido prematuro y su familia no disponen del espacio para que se den estas situaciones; el temor de los padres hacia una posible pérdida, la imposibilidad de amamantar, una de las principales acciones que facilitan el vínculo, la numerosa aparatología y la imposibilidad de realizar los cuidados cotidianos en el contexto hospitalario, hacen que el proceso de construcción del yo y de la identidad personal se ralentice.

Cuando el bebé ya tiene el alta hospitalaria, la familia pasa a un estado de "Semi - hospitalización" en el cual, su día a día está enfocado y planificado en función de las visitas y seguimientos médicos.

El acompañamiento psicomotriz preventivo

El espacio y mirada de la psicomotricidad es altamente adecuado para la construcción de la identidad personal del niño prematuro.

A menudo, los niños nacidos antes de tiempo presentan, lo que denomina B. Aucou-

No podemos negar que, sin el apoyo de toda la terapia sanitaria, la mayoría de bebés no saldrían adelante o tendrían considerables secuelas, pero hay mucho que mejorar, ya que una persona sana es la que desarrolla un crecimiento equilibrado entre cuerpo y mente, entre el desarrollo motor, emocional y cognitivo.

Desde la visión
psicomotriz, el
niño prematuro
tiene serias
dificultades para
ser consciente
de su cuerpo
e ir creando
su identidad
personal. Las
invasiones
físicas sumadas
a un contexto
hostil en el que
los patrones de
crianza no se
pueden llevar a
cabo de manera
normalizada
dificultan la
construcción
del yo.

turier, angustias arcaicas. *“La pérdida del cuerpo que se constituye durante los seis primeros meses de vida, entre ellas: angustia de la caída, falta de límites, de ruptura, de explosión, de despellejamiento, etc.”* (Paula Alfaro 2014).

“La intensidad de las angustias arcaicas limitan la constitución de los fantasmas de acción y como consecuencia el desarrollo psíquico. Por esto entendemos que muchos trastornos psicomotores de la infancia pueden ser debidos a la permanencia de angustias arcaicas por la calidad de las relaciones en los primeros meses de vida” (B. Aucouturier 2004).

El acompañamiento psicomotriz puede iniciarse después del nacimiento, desde las propias unidades Neonatales, paralelamente a la intervención sanitaria.

El objetivo principal es facilitar la conciencia del cuerpo de la madre y del padre con el bebé, unificar el cuerpo y la mente, lo corporal de lo cognitivo mediante un trabajo preventivo, y la búsqueda de herramientas y situaciones alternativas para establecer el vínculo, los límites corporales y la conciencia física y propioceptiva del bebé, con un enfoque respetuoso donde la familia es el centro del proceso y el psicomotricista guía y le da sentido a todas las acciones cotidianas, que a veces están totalmente mecanizadas, en los cuidados cotidianos.

Propuesta de metodología

Gracias a mi formación en el Postgrado de desarrollo psicomotor de 0 a 8 años valoré mis necesidades como madre prematura, explorando cómo la psicomotricidad, podría responder a esas demandas vivenciadas por mi y expresadas por los padres que compartían la misma experiencia en el día a día en el hospital.

A modo de síntesis, el planteamiento inicial parte del trabajo del psicomotricista en las UCINS, una vez que la familia inicia el método canguro (primer contacto corporal con su bebé). Se establecerán varias sesiones semanales individuales, dependiendo del estado de salud del bebé. En ellas se fomentará el establecimiento del vínculo y la conciencia corporal del bebé mediante el método canguro, el masaje terapéutico y la lectura de signos de alerta y bienestar de los RNP. Mediante las pautas del psicomotricista las familias iniciarán la comunicación que irá facilitando el vínculo, al mismo tiempo tomarán conciencia corporal (bebé-mamá/papá) de forma recíproca mediante el masaje (aparte de los numerosos beneficios que aporta para su desarrollo y crecimiento) y dará valor al trabajo preventivo que se llevará a cabo en las siguientes fases. El papel del psicomotricista siempre se llevará a cabo desde una perspectiva interdisciplinar en coordinación con el resto de profesionales.

Una vez obtenida el alta hospitalaria el acompañamiento psicomotor se traslada al domicilio hasta que el bebé pueda incorporarse a un grupo de ayuda, ya que una de las primeras precauciones que se deben tener en cuenta es que los RNP tienen un sistema inmunológico débil. Se llevará a cabo mediante el enfoque de desarrollo psicomotor de la doctora Pikler en la que el bebé adquiere su maduración motora y cognitiva de forma libre y sin intervención por parte del adulto. El papel del psicomotricista es de respeto hacia el bebé, y guía de la familia; le da estrategias para que ésta acompañe y le dé significado a su desarrollo psicomotor autónomo haciendo que las familias participen de los logros que el RNP vaya alcanzando. En cada adquisición del movimiento, el bebé es una persona



Sala de psicomotricidad
centro Lenoarmi

que tiene necesidades particulares y maneras propias de abordar y conocer el mundo. El adulto le da seguridad afectiva en un entorno de seguridad espacial. Si el niño sabe que está en un lugar seguro, que puede explorar, en un espacio que conoce y con un adulto cerca, que también conoce, que le habla y le refleja con alegría lo que el bebé hace, pero que no le interrumpe, ni interviene directamente.

El objetivo final de la “no intervención” es la autonomía de la criatura. Se basa en la relación que el niño tenga con el adulto y en la confianza mutua que surge de ésta relación.

Dentro de este periodo se fomentará, de forma paralela, la adquisición de la conciencia corporal mediante situaciones de la vida cotidiana (alimentación, higiene del bebé, sueño, juegos de sostén).

Progresivamente las sesiones a domicilio irán derivando a sesiones mixtas (domicilio y en grupo) para finalmente participar en sesiones en grupo, en un espacio puramente enfocado para la experimentación psicomotriz. La sala de psicomotricidad; es un espacio único, libre, donde los intercambios corporales, el diálogo tónico entre madre y bebé y entre el mismo grupo de iguales son la base. Durante las sesiones de ayuda psicomotriz, los bebés y los niños recuperan el tiempo robado, experimentan con su cuerpo y con el de los demás, conocen sus límites asentando su identidad corporal. Siempre con la mirada respetuosa y espontánea del adulto hacia el niño, de su movimiento y su expresión. En la sala de psicomotricidad el cuerpo del padre y de la madre es el mejor juguete y su voz el mejor estímulo; y en ella se genera, se facilita y promueve el establecimiento de la identidad personal de niños con recuerdos de cuerpos invadidos.

Durante las sesiones de ayuda psicomotriz, los bebés y los niños recuperan el tiempo robado, experimentan con su cuerpo y con el de los demás, conocen sus límites asentando su identidad corporal. Siempre con la mirada respetuosa y espontánea del adulto hacia el niño, de su movimiento y su expresión.

Sala de psicomotricidad
centro Lenoarmi



Bibliografía

Arnaiz, P. (1988): *Fundamentación de la práctica psicomotriz en B. Aucouturier*. Madrid: Seco-Olea.

Arnaiz, P. (1992). *L'observació dels paràmetres psicomotors*. Publicació Congrés d'Expressió. Barcelona.

Aucouturier, B. y otros (1985). *La práctica psicomotriz. Reeducación y terapia*. Madrid: Científico-Médica.

Aucouturier, B. (2004) *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Graó.

Acebo, R., Luna, A. La sala de psicomotricidad en Atención Temprana. Artículo Revista *Desenvolupa. Revista d'Atenció Precoç*. Núm 29.

Alcover, E. (2010) *Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante Escala de Desarrollo Infantil de Kemt (EDIK) cumplimentada por los padres y situación neuroevolutiva a los 2 y 5 años*. Universidad de Barcelona.

Cardo, E. (2002) *Fundamentos neurológicos del desarrollo psicomotor*. Ponencia Postgrado de Psicomotricidad. Universidad de las Islas Baleares.

González, L. (2011) *Temas de investigación e psicomotricidad*. Ed. Universidad nacional Tres de Febrero.

Iceta A., Yoldi M.E. (2002). *Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria*. ANALES Sis Navarra, Vol.25, Suplemento 2.

Llorca, R., Sánchez, J. (2014) Atención temprana en bebés prematuros de alto riesgo. Proyecto Amanda. Artículo revista *Desenvolupa. d'Atenció Precoç*.

Perapoch, J y Varios (2006) *Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de Neonatología de España Servicios de Neonatología del Hospital Universitarios Vall d'Hebron y el Servicio de Neonatología de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre*.

Pickler, E. (1969) *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Ed Narcea.

Rota, J. (2015) *La Intervención Psicomotriz: de la práctica al concepto*. Octaedro. Barcelona.