

## **Contraste de un enfoque terapéutico con un enfoque educativo de la habilidad temprana de moverse en el suelo – Peter Limbrick**

### **Construyendo el caso para trasladar el apoyo a la primera infancia y la familia fuera de los hospitales a entornos educativos**

Las dos sesiones que describo a continuación están construidas a partir de mi experiencia durante muchos años. Hay tres subtítulos:

- Un enfoque terapéutico para la habilidad temprana de moverse en el suelo
- Un enfoque educativo para la habilidad temprana de moverse en el suelo
- Discusión

#### **Un enfoque terapéutico para la habilidad temprana de moverse en el suelo**

Para este ejercicio de reflexión, imaginemos que somos una mosca en la pared observando una sola sesión en el departamento, centro o clínica de fisioterapia pediátrica de un hospital. Un bebé varón o bebé está en decúbito supino sobre una colchoneta de terapia con una fisioterapeuta arrodillado a su lado y la madre cerca pero no demasiado cerca.

La terapeuta conoce bien al niño. Tiene importantes problemas motores de causa neurológica. Había llevado a cabo un programa de evaluación antes de asistir a una reunión de evaluación multidisciplinaria para comparar notas con otros profesionales y acordar un plan para el tratamiento futuro del niño. Este plan había incluido sesiones regulares de fisioterapia en el hospital con algunas visitas a domicilio si era posible.

La terapeuta está trabajando en la nueva habilidad de rodar desde la posición supina. Su trabajo hasta la fecha ha demostrado que el niño está preparado para esto desde el punto de vista del desarrollo y le ha dicho a la madre cuál es la nueva tarea. Ella ayudará al niño a rodar de espaldas y observará cómo responde. A partir de esto ella sabrá cómo proceder. Ella maneja al niño con amabilidad.

Un método que utiliza es girar la cabeza del niño hacia un lado y sostenerla con una mano. Usa la otra para presionar en un punto particular del torso del niño. Las rodillas del niño se levantan y rueda hacia un lado. En otro enfoque, comienza a rodar levantando una pierna y manteniéndola recta sobre la otra. Comenzó la sesión con algunos ejercicios de relajación y tuvo cuidado de practicar rodar hacia ambos lados desde la posición supina.

La madre está complacida de ver algún progreso. El niño no ha estado del todo contento con las exploraciones y ha derramado algunas lágrimas. En algún momento, en esta sesión o en una posterior, el terapeuta sugerirá cómo se podría practicar en casa esta nueva habilidad de rodar.

[TENGA EN CUENTA: En términos muy vagos, he descrito un trabajo que requiere un conocimiento profundo del desarrollo motor, de los reflejos infantiles y de los peligros que deben evitarse. Espero que nadie utilice mi esquema tosco como guía para la acción. No soy fisioterapeuta.]

## **Un enfoque educativo para la habilidad temprana de moverse en el suelo**

Imaginemos nuevamente que somos una mosca en la pared observando ahora un lugar de un centro infantil comunitario, jardín de infantes o guardería. El niño en el que nos estamos enfocando tiene los mismos problemas motores que el niño con el fisioterapeuta de arriba. Una maestra está observando al bebé o infante que está acostado boca arriba sin hacer nada en particular. Ella se arrodilla a su lado, le habla muy suavemente y sostiene un juguete sobre él. Es un juguete al que ella sabe que él ha respondido antes, así que le habla de él y lo mueve para que haga su ruido. Incluso podría tener una canción familiar para acompañar este juguete. Al ver que ha captado su atención, coloca lentamente el juguete en la colchoneta a su lado. El niño muestra que ahora está emocionado y parece estar tratando de girar la cabeza para ver dónde se ha ido el juguete. Todavía hablándole o cantándole, ella lo ayuda a rodar con una suave presión en su hombro o cadera. Una vez de costado, mira el juguete y ella lo ayuda a tocarlo con la mano que está arriba. Hay muchos elogios y entusiasmo. Ella lo devuelve a su espalda y luego juega el mismo juego yendo al otro lado.

Muy pronto, ambos deciden que el juego ha terminado y ella cambia la actividad a algo menos exigente. Cuando tenga la oportunidad, le mostrará a la madre del niño lo que estaban haciendo porque rodar hacia un lado es algo nuevo que él podría volver a hacer en casa (si es que aún no lo está haciendo). La maestra toma nota de la respuesta del niño con la intención de discutirla con compañeras de trabajo. Ella se pregunta si lo estaba ayudando de la manera correcta.

## **Discusión**

Ahora que he usado dos escenas imaginarias colocadas en extremos opuestos de un espectro, muchos lectores llegarán a la misma conclusión que yo de que sería ideal que las dos profesionales (fisioterapeuta pediátrica y maestra) unieran sus conocimientos, habilidades y experiencia en un esfuerzo conjunto de competencia colectiva, e incluyendo a la madre que sabe mucho más sobre el niño. Siguiendo con el ideal, esto debería ocurrir en un entorno educativo para evitar tanto como sea posible las mentalidades y atmósferas muy atareadas, ansiosas y centradas en morbilidad de los hospitales generales. El apoyo de la fisioterapeuta probablemente sería intermitente en lugar de estar con el niño con tanta regularidad como lo está con la maestra.

Para reforzar mi argumento, compararé y contrastaré los dos enfoques. El niño en la sesión del hospital será el Niño A y el niño en el entorno educativo será el Niño B. No hay ninguna razón por la que no puedan ser el mismo niño. Para simplificar, los practicantes son mujeres y los niños son hombres.

1. Ambos profesionales están motivadas para ayudar al niño utilizando sus cuidados y habilidades. Ambos intentarán compartir todas o algunas de estas habilidades con las madres para que estén mejor equipadas para criar a su hijo.

2. El niño B recibe ayuda en el entorno educativo que forma parte de su vida normal. El niño A ha tenido un viaje al hospital que ha interrumpido las rutinas normales de alimentación, sueño y juego. El niño y/o la madre pueden estar nerviosos y preocupados en el entorno hospitalario y, en consecuencia, no pueden aprovechar al máximo la sesión, o incluso reaccionar en contra.
3. La terapeuta con el Niño A puede sentir que algunas lágrimas son inevitables y con sensibilidad continuará el trabajo. La maestra con el Niño B puede querer evitar las lágrimas tanto como sea posible y tendrá como prioridad consolar a un niño que llora. Es posible que las lágrimas del niño A provengan en parte de la extrañeza del entorno y/o de los sentimientos de la madre.
4. El niño A era un paciente que se ajustaba a un intervalo de tratamiento planificado de duración fija. Aquí hay presión para que la terapeuta aproveche al máximo el tiempo disponible. El niño B se encuentra en un entorno familiar con rutinas familiares centradas en el niño y está relajado. Está más o menos disponible para interacciones no forzadas con los miembros del personal, dependiendo de muchos factores, como el cansancio, el estado de ánimo...
5. Ambas practicantes conocen el desarrollo y el aprendizaje del niño hasta el momento y pueden juzgar la preparación para un nuevo aprendizaje. Es posible que la terapeuta haya establecido un objetivo de rodar hacia un lado antes de la sesión o incluso al final de la sesión anterior. La maestra no tenía tal objetivo en mente. Inició el juego de rodar espontáneamente cuando el niño miró el juguete y algún instinto le hizo mover el juguete hacia un lado.
6. La terapeuta y el niño A podrían percibir la actividad de rodar como un ejercicio, mientras que la maestra y el niño B la vieron como un juego (pero, para la maestra, de importancia para el desarrollo).
7. La maestra era consciente del placer/displacer, la atención, el interés, la motivación, la visión, el oído, la preferencia por un juguete en particular del niño B y, tal vez, de una habilidad emergente de tocar el juguete con las manos cuando estaba en una posición adecuada en la que podía ver tanto el juguete como las manos. Todo esto entró en el juego. En el nivel más básico y clínico, la terapeuta podría haberse centrado sólo en la actividad motora del Niño A. (He visto este enfoque clínico básico, pero supongo que es raro. Por otro lado, cualquier madre que intente aprender de videos en Internet probablemente verá este enfoque clínico para rodar).
8. Ambas actividades podrían haber sido en el hogar del niño con practicantes haciendo visitas domiciliarias.

Espero que esta comparación ayude a justificar mi ambición de que el apoyo a la primera infancia y la familia se traslade de los hospitales a entornos educativos y que el desarrollo y el aprendizaje continuos de un niño se consideren un problema educativo en lugar de un

problema de salud. Reconozco que he descrito dos extremos opuestos de un espectro sin describir lo que sucede en el medio donde, quizás, la terapia se vuelve menos clínica y, lamentablemente, los maestros son menos integrales en sus conocimientos y habilidades.

**Este es un extracto de**

[Early Child and Family Support Principles and Prospects](#) (artículo original en inglés), traducción del título: [Principios y perspectivas del apoyo a la primera infancia y la familia.](#)

Por Peter Limbrick (2022)

E-mail: [peter.limbrick@teamaroundthechild.com](mailto:peter.limbrick@teamaroundthechild.com)