

TERAPIA OCUPACIONAL Y EL INFANTE PREMATURO

*T.O. Maritza Ferro **

**Palabras claves: Prematuro
Evaluación
Ambiente**

Resumen:

El fin de este artículo es presentar a los lectores la importancia de la acción-intervención de Terapia Ocupacional en el cuidado de infantes de alto riesgo. Para el logro de esto, se parte de una revisión teórica que señala, respecto al bebé, alteraciones a nivel del tono, del estado de alerta, de la alimentación entre otras; y respecto al ambiente, alteraciones referidas a los estímulos, a la relación con los padres etc. y donde tanto las unas como las otras limitan la ejecución de un rol ocupacional del bebé. Tomando como base lo anterior, se enfatiza la forma de acción de Terapia Ocupacional en lo concerniente al bebé como tal y como participante en el mundo que lo rodea y con el cual establece relaciones que le posibilitan adaptación y competencia, teniendo en cuenta finalmente que a lo largo de este proceso se debe dar una relación dinámica entre el bebé, el grupo de profesionales que intervienen con él y sus padres.

Introducción:

Al abordar al ser humano como un sistema abierto, entendido éste como una estructura con un movimiento constante en términos de ser social, biológico y cultural, que le permite la ubicación del proceso ocupacional, en la medida que la serie de estructuras del sistema se encuentran interrelacionadas y con funciones organizadas de manera coherente, para interactuar con un ambiente que es capaz de mantenerse y de transformarse a sí mismo (10), se comprende la importancia del ejercicio del pensamiento y la organización de destrezas como elementos prioritarios de y para la interrelación y la adaptación. De ahí, la importancia de la

* *Práctica Privada - Santafé de Bogotá.*

habilidad temprana de competencia del infante para procesar y organizar la información sensorial, sentirse regulado y calmado como base para sentirse capaz y luego llegar a otros y establecer lazos significativos, que le posibilitan la formación de estructuras comportamentales básicas sobre las cuales basará los comportamientos futuros (10).

Los procesos de desarrollo que en un recién nacido hacen parte de un continuo dinámico, se ven alterados e interferidos en los niños prematuros y de alto riesgo. En este sentido, se encuentra que en los últimos 25 años se ha visto un marcado crecimiento de los estudios e investigaciones sobre el desarrollo de los cuidados para el prematuro y el recién nacido (3,4). Tanto la literatura científica como los medios de comunicación reportan avances tecnológicos que dan como resultado la supervivencia de infantes más pequeños y más críticamente enfermos (2,3,4). En los últimos años se ha visto también un notable incremento en dificultades de desarrollo y de problemas al nacer, no solo en los bebés prematuros y de alto riesgo, sino en bebés que nacen a término pero que han sido expuestos a circunstancias que pueden comprometer su desarrollo, como es el caso de las drogas (Hyde and Trautman 89) (6).

Revisión Teórica:

Los niños que tienen una historia prenatal o perinatal deficitaria o un ambiente social que pueda dar origen al desarrollo de problemas de orden de aprendizaje, de desarrollo o emocional, son considerados potencialmente bebés de alto riesgo (Hanson 84, Sehnall 89) (6), pero a los factores anteriores hay que añadir condiciones generadas por un parto prematuro o un parto a término que cursa con grandes dificultades para el bebé. A pesar de que cada día estos niños se enfrentan a técnicas más eficientes para su supervivencia, es evidente que hay un número de secuelas de condiciones asociadas con este tipo de niños que frecuentemente se describen en la literatura experimental (6).

Ahora bien, si se mira que la capacidad de actuar en el ambiente y de ejercer un control sobre él realizando readaptaciones a partir de experiencias y de las potencialidades es lo que marca la efectividad de una respuesta adaptativa (definida ésta como la respuesta a partir de la cual el individuo responde con éxito a algunas de las demandas ambientales con una acción apropiada a la edad), nos encontramos ante la evidencia de que el bebé de alto riesgo por déficits diversos se ve enfrentado a una situación que le limita la competencia y el abordaje del ambiente. Esto da como resultado que la conducta ocupacional, entendida ésta como el estudio y análisis de los roles ocupacionales en términos de motivación, valor, intereses, organización de la ocupación dentro de una dimensión temporal, aspectos que llevan a una interacción con el ambiente, se limite a su vez (7,10).

En este delineamiento y siguiendo el tema que nos ocupa, lo anterior se refiere entonces a problemas en la ingestión y digestión de sustancias nutritivas, de eliminación de productos de desecho metabólico, al llorar, al dormir, al estado de alerta, y paralelamente al medio ambiente y a las interacciones (7), elementos que determinan, en mayor o menor grado, que el bebé pueda llevar a cabo sus roles ocupacionales de manera competitiva y consecuentemente adaptada.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deben considerar, en el neonato, los siguientes aspectos:

- 1- El ambiente, ya que, en primera instancia, debe enfrentar paralelamente la separación de la madre y un medio ambiente artificial, eventualmente agresivo, en la medida que requiere procedimientos clínicos específicos para mantenerlo con vida (4). En el ambiente animado, como primer punto a tener en cuenta, está la interacción entre el niño y la persona que lo cuida, David y Apell (7) muestran que las interacciones entre la madre y el bebé se conforman como modelos coherentes y constantes en los primeros años de vida y que éstas son a su vez medios de regulación y formadores de la personalidad. Bowly enfatiza (7) que los mejores índices de buena adaptación entre madre e hijo los ofrece el grado de sensibilidad de la madre a las señales del bebé, la frecuencia de los contactos físicos en los primeros meses, una buena regulación de las rutinas y de las intervenciones que permiten al niño orientarse pronto por señales estables, el estímulo a iniciativas y la relación que se establece durante los intercambios.
- 2- El nivel de alerta en el cual se encuentra el bebé de alto riesgo, ya que el proceso se demora o se interrumpe, encontrándose bebés con períodos infrecuentes de alerta o que carecen de ella, o bebés hiperexitables o hiperirritables; lo cierto es que en ambos casos se generan dificultades en la interacción, problemas en la alimentación y deficiencias sensoriomotoras.
- 3- El tono muscular que se caracteriza por hipotonía, lo que puede conducir a un predominio del tono extensor. Esto, puede deberse a una inmovilidad prolongada como resultado de complicaciones médicas o desórdenes específicos neuromusculares (4,6). De igual forma, otras causas pueden interferir en el desarrollo del control cefálico, de las habilidades oculomotoras, de la coordinación ojo-mano, de la movilidad y de la adquisición de patrones motores y de interacción interpersonal.

- 4- La alimentación, en cuyo proceso algunas complicaciones médicas y procedimientos de desarrollo pueden interferir. Muchos bebés de alto riesgo se alimentan por sonda (3,4) u otros procedimientos que pueden desarrollar hipersensibilidad oral, generando posteriormente problemas de alimentación (4,9). Además, el tubo endotraqueal puede interrumpir procedimientos normales de succión, ocasionando la desaparición de este reflejo por falta de uso o ausencias de satisfacción al usarlo. También puede influir el hipotono muscular ocasionando fatiga, o se encuentran bebés que pueden carecer de la coordinación muscular para la succión por causa, entre otros, de impedimentos neurológicos (3,4).
- 5- El Aspecto Sensorial. Se encuentra que el bebé de alto riesgo puede tener una hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales tales como el sonido, el movimiento, el ser tocado. La reacción ante los estímulos está determinando en mayor o menor grado una dificultad para el desarrollo y procesamiento de los estímulos. Además, no se debe olvidar que para el bebé clínicamente enfermo o muy inmaduro, la información sensorial que recibe puede no ser la que más se ajuste a sus habilidades adaptativas actuales (7). El infante pretérmino puede encerrarse en estados somnolientos que no son apropiados para la interacción, o puede ser que la información ambiental no sea lo suficientemente novedosa para que esté alerta, o puede ofrecerle sobre estimulación (en las salas de cuidado de neonatos) en el área visual, auditiva y en otras tener privación de estímulos, haciendo que los impulsos sensoriales que recibe no sean contingentes (1,4,9).
- 6- Roles y hábitos. En este aspecto se presentan problemas relacionados con su desarrollo, ya que si el niño está enfermo al nacer, casi siempre los padres sufren un proceso penoso y profundo, lo que da como resultado que perciban al niño como un inválido. Esto con frecuencia es adoptado por el niño, el cual aprende a pensar que es enfermo, además se afecta el establecimiento de rutinas y de hábitos necesarios para el desarrollo de mecanismos interactivos (2,7,10).

Evaluación:

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, la evaluación del bebé prematuro cubre aspectos diversos entre los cuales se analiza el estado del bebé durante el examen, condiciones físicas (4), respuestas al ambiente, la organización de la información sensorial, la habilidad del niño de organizar las respuestas provenientes del ambiente (8,9), la integración neuromotora, la estabilidad psicológica, la regulación de sus estados de consciencia, sueño

y excitación (3,4), para analizar lo anterior se utilizan diversas escalas, dependiendo de la clínica. En este sentido se encuentran la escala de comportamiento neonatal de Brazelton, la cual comprende ítems motores y de comportamiento. Es usada para valorar niños entre 37 y 44 semanas de gestación, de forma adicional, esta escala se complementa con la de "Kansas Supplementary", la cual capta las características de niños prematuros de alto riesgo (4,5,8); la escala "Neonatal Behavior Examination", la cual provee un instrumento que facilita un conciso sistema numérico y necesario de cuantificación, análisis y estandarización; incluye 27 ítems organizados en tres secciones que representan aspectos diversos de la conducta neuromotora, especialmente en lo que se refiere al tono, al patrón motor, a los reflejos primitivos, a las respuestas motoras, temperamento y equilibrio, esta escala es usada para niños entre las 32 y las 42 semanas de gestación (5). Se utiliza también el cuestionario de expectativas de la madre sobre el desarrollo sensorial ideado por Parush y el cual señala el conocimiento que la madre tiene de la capacidad sensorial del recién nacido y la percepción que ella tiene de su influencia en el desarrollo del niño (7).

La unidad de cuidado de bebés es un lugar ocupado y con frecuencia lleno de estímulos, donde hay que tener la máxima precaución para proteger a los bebés vulnerables. Esto se hace más evidente si se tiene en cuenta que las condiciones ambientales durante el período prenatal y perinatal tienen un impacto determinante en el desarrollo intelectual afectivo y sensoriomotor (1,3,7).

Aunque en la unidad se debe dar prioridad al estado médico y a su sobrevivencia, no deben ser excluidas otras necesidades que se relacionan con la calidad de vida (7,11).

Las tareas primarias adaptativas del recién nacido, se encuentran descritas como etapas en la organización del comportamiento y son: -Fisiológica dirigida a la estabilización e integración de las funciones fisiológicas, -Motor, área que es el inicio de respuestas de comportamiento organizadas a los impulsos sensoriales. -Estado, que hace referencia a la diferenciación y control modular del estado de atención. -Interacción, que hace referencia a la diferenciación y control modular de la interacción social (7).

Intervención:

La intervención, intenta golpear la motivación interna del niño hacia el crecimiento y desarrollo, equilibrando el impulso ambiental con el proceso sensorial y las habilidades organizativas. Estos desafíos son guiados por el Terapeuta Ocupacional en términos de tiempo, complejidad, variedad y lo específico de la demanda. El niño examina primero las experiencias del mundo y copia las habilidades en vez de mirar exclusivamente a logros de

destrezas de desarrollo (8,9,10).

El Terapeuta Ocupacional puede hacer que el cuidado del niño sea más contingente, observando estrechamente sus conductas y sus respuestas, junto con el conocimiento del problema y la conducta gestatoria apropiada para la edad, trabajar con el equipo de la unidad de cuidado de bebés de alto riesgo para modificar el ambiente y ayudar al niño a controlar su propio comportamiento. El Terapeuta Ocupacional debe instruir al personal de la unidad para reconocer y utilizar las señales del niño en el cuidado diario y así poder ayudarlo a desarrollar y utilizar los precursores de los intereses para motivar el comportamiento de la exploración y la creencia de los niños en su propia eficacia (1,2,3,7,11)

En la intervención entonces no se debe olvidar que el bebé de alto riesgo tiene oportunidad de vivir una vida productiva significativa en la medida que el medio ambiente fomente el desarrollo y aprendizaje de habilidades, la formación efectiva de hábitos y las uniones satisfactorias (7). El logro de esto depende de la forma como se efectúe la intervención, tanto con la familia como con el bebé y en relación a esto último, adecuando mecanismos de interacción y autorregulación, presentando niños desarrollados física, emocional, sensoriomotor, mental, social y sobre todo, competentes y adaptados (7,9,11).

Partiendo de lo anterior, el desarrollo debe dirigirse, en cuanto al bebé, a remediar los déficits reforzando sus fuerzas y creando un medio ambiente que posibilite la curiosidad, la exploración y el desarrollo de una conducta ocupacional satisfactoria (7), y en cuanto a los padres, se les da asesoría en aspectos de mejoramiento de la interacción padres-hijo, facilitación de los ajustes del bebé a su ambiente, de las destrezas, de los movimientos que generen en el bebé un incremento de sus respuestas sensoriomotoras (1,2,3).

En lo referente al ambiente animado, se sugieren cambios, por ejemplo: la colocación intravenosa (un procedimiento frecuente) donde el niño puede ser tensionado por las demandas de la tarea, él puede ser sujetado al lugar donde va la intravenosa y el resto del cuerpo no tiene forma de encontrar la estabilidad postural en la superficie plana, el resultado es el niño pataleando, alarmado y mostrando inestabilidad psicológica, se debe envolver al niño y contener las extremidades ya que esto ayudará a soportar éste y otros procedimientos (3).

En cuanto al ambiente inanimado, cambios temporales pueden incluir cubrir al niño de luces brillantes constantes colgando mantas sobre la cuna, determinar el horario de bajar las luces del cuarto, usar móviles y

juguets de forma sensata y basados en el nivel del infante, sensibilizar al personal sobre el efecto de cerrar la incubadora con fuerza o dejar caer cosas sobre la incubadora, cambiar la cama de un niño especialmente sensible a un lugar de menos luz directa y menor actividad a su alrededor.

En cuanto a la alimentación, se tiene que técnicas simples de facilitación pueden incorporarse en la rutina del niño para facilitar el desarrollo normal de succionar y mejorar al mismo tiempo el proceso digestivo general (3,4).

Es esencial interrumpir posturas anormales por posición para facilitar el desarrollo de factores que puedan posiblemente resultar de la falta de balance del tono flexor y extensor (1,6), se debe anotar además que muchas de estas técnicas de posición tienen un efecto organizador en el comportamiento del niño y permiten mejor potencial para desarrollar conciencia de su cuerpo y desarrollo de un movimiento, igualmente las restricciones impuestas por procedimientos médicos necesarios y los equipos no permiten libertad de movimiento para sentir y explorar adecuadamente (3). Se necesita planear cuidadosamente una intervención terapéutica para romper estos ciclos de roles desviados y adquiridos.

En lo referente al aspecto sensorial, la teoría de integración sensorial puede usarse como guía para la elección de actividades para la intervención a fin de disminuir, en algunos bebés, sus respuestas deficitarias, se pueden dar estímulos propioceptivos, visuales, táctiles. Para este nivel, es importante tener en cuenta que se debe dar una presentación cuidadosa de los estímulos y si estos se dan junto con adaptaciones ambientales, es posible lograr respuestas sensoriales más apropiadas (1,6).

En el manejo del bebé prematuro y de alto riesgo, es importante mantener una comunicación permanente con el equipo interdisciplinario al igual que con los padres, a fin de facilitar el ingreso de esto desde un comienzo en la estimulación apropiada a nivel de la prevención de posturas por tiempo prolongado, la posición adecuada para dormir y para que durante la alimentación se facilite el contacto visual bebé-mamá, para evitar la expresión de los sentimientos negativos de los padres a través de que reconozcan cómo se desarrollan las capacidades y potencialidades de interacción del bebé.

ABSTRACT

The purpose of this article is to present to the readers the relevance of intervention-action of O.T. on the care of high risk infants. In order to reach this goal we initiate this with a theoretical framework, that empahizes on the tone, level disfunction, the awarness state and feeding habits of the

baby on one hand, and on the other, we consider the environment difficulties in terms of the class of the stimulus and the interaction pattern with the parents and other ones who have an impact on the performance of the baby's Occupational role.

With this point of view we emphasize in the way that O.T. can do an intervention with the baby as it is and as an active participant of the surrounding world in which he establishes relations that make it possible his adaptation and competence and finally taking into account that during this process it should take place a dynamic relationship between the baby and the professional staff that is working with him and his parents.

BIBLIOGRAFIA

- 1- *American Occupational Therapy Association. (1986). Sensory Integration Information Packet* Rockville, AOTA Inc.
- 2- *Burke. (1987). Maternal Role Preparation a Programme Using Sensory Integration Infant Mother Attachment and Occupational Behavioral Perspectives. O.T. in Health Care* 4, 9-21.
- 3- *Caryl Semmler. (1989). A guide to Care and Management of very Low Birth Wight Infants. Terapy skills builders.*
- 4- *Casaer P, Eggermant E. (1985). Neonatal clinical neurological assessment: the at-risk infant, psychosocial medical aspects, Baltimore, Paul Brookers Publishing Co. Inc.*
- 5- *Einarsson, Backes, Steward. (1992). Infant Neuromotor Assessment a Review and Preview of Select Instrument. Am J.O.T.* 46(3) 224-232.
- 6- *Fisher A, Murray E, Budy E.(1991). Sensory integration: Theory and Practice, Philadelphia, F.A Davis Company.*
- 7- *Grimaldo Emma. (1988). Desarrollo del modelo de la Ocupación Humana en Niños de Alto Riesgo, Ocupación Humana* 2(4) 30-34.
- 8- *Nuse P, Stevens. (1985). Occupational Therapy for Children, Toronto, The C.V. Mosby Company.*
- 9- *Nuse P.,(1989). Occupational Therapy for Children, Toronto, The C.V. Mosby Company.*
- 10- *Kielhofner G. (1985). A Model of Human Occupational Theory and Application, Baltimore, Williams and Wilkins.*
- 11- *Schaaf R, and Mulrooney. (1989). O.T. in Early Intervention: A Family Centered Approach. Am J.O.T.* 42 () 745-754.
- 12- *Torres Marta. (1989). Un Análisis del Modelo de la Ocupación Humana a la luz de los Cinco Componentes de un Campo de Conocimiento, Ocupación Humana* 3(2) 9-16.