

Modelo de intervención de terapia ocupacional en la atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico

Claudia María Payan V.*
Liliana Arrechea**
María Isabel Botero**
Matha Cecilia Dehakiz**
Olga Lucia Posada**

Introducción

La hospitalización del recién nacido marca un cambio radical en su entorno e implica la separación del medio familiar, lo cual de acuerdo con estudios sobre la relación madre-hijo tiene efectos desastrosos sobre el desarrollo del neonato¹, además dicha relación no siempre está orientada a manejar y aprovechar este momento de mínima manipulación para brindar la estimulación requerida para su proceso de adaptación.

Los posibles déficits que puedan presentarse evolucionan durante los primeros años de vida y se hacen perceptibles frecuentemente al inicio de la etapa

* Terapeuta Ocupacional U. del Rosario. Magister de Administración de Salud U. del Valle. Director Plan de estudios de T.O. U. del Valle.

** Estudiantes octavo semestre Plan de estudios de T.O. U. del Valle

1 Ferro Maritza. Revista Ocupación Humana. Vol 4, Santa Fe de Bogotá, septiembre, 1992 p. 21.

escolar afectando su proceso de enseñanza-aprendizaje.

El terapeuta ocupacional a través de la intervención temprana busca promover el desarrollo de la interacción madre-hijo- entorno para facilitar el desarrollo integral del neonato; abordar al ser humano como un sistema abierto que necesita retroalimentación continua con su entorno. La información organizada proporcionada por éste será procesada y ejecutada por el neonato en forma de destrezas y habilidades, por lo cual es necesario conocer sus períodos críticos y de máxima plasticidad para intervenir sobre ellos²⁻³.

De acuerdo con esto se ha diseñado el: *Modelo de intervención de terapia ocupacional en la atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico*, como parte del equipo interdisciplinario que labora en la Unidad de cuidados neonatales.

Revisión teórica

El término recién nacido de alto riesgo se emplea comúnmente para designar a los neonatos cuya existencia extrauterina está amenazada por factores pre- peri y/o postnatales que indican que el neonato debe permanecer bajo asistencia médica hasta que se considere que estos factores no atentarán contra la supervivencia y calidad de vida del neonato⁴⁻⁵.

En condiciones normales el neonato es un ser indefenso, incapaz de valerse por sí mismo, con algunos de sus sistemas inmaduros, que atraviesa por un período de transición el cual debe superar para sobrevivir y desarrollarse normalmente; recibe cuidados de diferentes fuentes según sus necesidades, más aún, si es considerado un neonato de alto riesgo. El tipo de relación que establezca con su madre dará las bases para su posterior desarrollo y adap-

2. Ibid. p.19

3. Grimaldo, Enma. Revista Ocupación Humana. "Desarrollo del modelo de ocupación humana en niños de alto riesgo". Vo. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p. 30-33.

4. Vaughan, Nelson. Tratado de pediatría. Ed. 14 Santafé de Bogotá, Salvat Ed. S.A. p. 22.

5. Rudolph Arnold y Kenny John. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Segunda edición Santafé de Bogotá. Médica Panamericana S.A. 1980, p. 45

tación, de ahí la importancia de fomentar una interacción favorable y enriquecedora en ambos sentidos (madre-neonato), y procurar que ésta no se vea interrumpida por una hospitalización temprana.

La intervención de terapia ocupacional con recién nacidos de alto riesgo neurológico pretende, a nivel preventivo, orientar sus acciones hacia el mantenimiento de elementos favorables del ambiente que permitan al neonato un óptimo desarrollo, además de promover conductas ocupacionales, competentes y adaptativas; y a nivel terapéutico, detectar factores de riesgo que incidan sobre la conducta del neonato para intervenir sobre éstos a través de la estimulación sensorial, adecuación del medio ambiente y relación madre-hijo. Dicha detección se logra a través de la integración de los conocimientos clínicos con la observación estrecha de la conducta ocupacional del neonato⁶⁻⁷.

La intervención se plantea tomando como base los principios de estimulación adecuada, integración sensorial y el modelo de ocupación humana.

A través de la estimulación adecuada se pretende ofrecer al neonato un medio ambiente rico en experiencias biopsicosociales organizadas de acuerdo con su maduración a nivel central, con el fin de estimular o promover un desarrollo integral óptimo; haciendo énfasis en el aprovechamiento de un período considerado el de mayor plasticidad cerebral, como es el período neonatal en el cual el cerebro es moldeable, maleable y puede adoptar, cambiar o superar las limitaciones del medio⁸.

La conducta ocupacional del neonato está determinada por sus preferencias y capacidades individuales, así como por la información sensorial que

6. Acero M., Caicedo M.E., González M., Ortega M.A. "La ocupación humana, un desafío para los terapeutas ocupacionales". Revista Ocupación Humana. Vo. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p. 45

7. Kielhofner Gary. Modelo de la ocupación humana. Memorias VI Congreso de Terapia Ocupacional. Santafé de Bogotá, 1988, p. 1-6.

8. Ludington-Hoe, Susan. Memorias del curso de estimulación sensorial en perinatología. Santafé de Bogotá. Publicación del equipo médico para la maternidad 1987, p. 161-166.

reciba del medio. Es de vital importancia cuando se planea una intervención, tener en cuenta los signos de atención, los estados de alerta y los signos de sobrestimulación del neonato⁹⁻¹⁰.

La teoría de integración sensorial hace referencia a la habilidad del sistema nervioso central de integrar, organizar, procesar y analizar la información sensorial proveniente de los receptores sensoriales para transformarlos en conductas adaptativas acordes con los estímulos del medio ambiente.

La terapia de integración sensorial se enfoca hacia un nivel básico de función humana como es el procesamiento de la información sensorial y la organización neural, con el fin de obtener el máximo de funcionalidad e independencia. El proceso de integración sensorial busca mejorar las conexiones sinápticas por medio de estímulos multisensoriales constantes y repetidos, lo cual permite un mayor aprovechamiento de la plasticidad cerebral¹¹.

El modelo de ocupación humana explica el funcionamiento ocupacional de las personas y la elección, orden y ejecución del comportamiento ocupacional diario. Se basa en la teoría general de sistemas para conceptualizar al ser humano como un sistema abierto en continua retroalimentación con el medio ambiente; y está compuesto por tres subsistemas que son componentes funcionales coherentes del sistema total. Subsistema volición, habituación y ejecución¹².

La aplicación del modelo de ocupación humana en neonatos, se orienta al reconocimiento de aspectos como: la iniciación del comportamiento ocupacional a través de la exploración del medio a medida que se completa la maduración de cada sistema; el desarrollo del sistema de valores; la estabilidad fisiológica y dentro de ésta el control de los estados de vigilia y sueño que marcan el inicio de la adaptación temporal y habituación; el reconocimiento del neonato como ser individual; la regulación biológica y establecimiento de rutinas; y las etapas de organización comportamental, descritas a

⁹ Ibid. p. 84-85.

¹⁰ Quebedo, Jaime. Neurología del desarrollo. Santafé de Bogotá, Médica de Impresiones, 1984 p. 1-9.

¹¹ Ayres, Jean. *Sensory integration and the child*. Décima edición. L.A.: WPS 1991, p. 135-138.

¹² Grimaldo. Op. Cit. p. 33

través de tareas primarias adaptativas que son: la etapa fisiológica, que hace referencia a la estabilización e integración de las funciones fisiológicas; la etapa motora, que comprende la iniciación de respuestas comportamentales organizadas de acuerdo con la entrada sensorial; y el estado, que indica la modulación de la atención e interacción lo cual se relaciona con la diferenciación y control modular de la interacción social¹³.

Intervención y evaluación

La atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico involucra dos modalidades: una en la unidad de cuidado neonatal y otra en el programa de seguimiento, es decir cuando el niño ha superado el alto riesgo y asiste a seguimiento como paciente ambulatorio.

La primera modalidad consiste en la valoración de la disponibilidad del recién nacido a la recepción de estímulos sensoriales, lo que permitirá al terapeuta ocupacional conocer el nivel de maduración de su sistema nervioso central, que dará las pautas para el tipo de intervención-interacción que el neonato puede recibir y así se produzcan respuestas adaptativas acordes a los estímulos del ambiente. También se incluyen en ésta modalidad el manejo de la mecánica corporal del neonato, pues la postura es considerada de importancia dentro de la intervención del terapeuta ocupacional, debido a que los bebés prematuros son hipotónicos y al no hacer el manejo de la mecánica postural puede repercutir en la adquisición de posturas viciosas que afectan su desempeño y conducta ocupacional; y el medio ambiente de la unidad de cuidado neonatal, pues el terapeuta ocupacional debe enfocar su intervención en disminuir los factores de riesgo ambiental que puedan alterar la conducta ocupacional del neonato, teniendo en cuenta su grado de sensibilidad a la percepción de estímulos¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶.

13 Kramer, Paula e Hinojosa Jim. *Frames of reference for pediatrics occupational therapy*. USA William and Willkin, 1993, p. 338-343.

14. Ludinton-Hoe, Op.Cit. p. 20.

15. Clark David, Enher Gail. *Newborns atrisk. Medical care and psychoeducational intervention*. USA. Aspen publication Inc. 1986, p. 205-206.

16. Anderson Jill. *Sensory intervention with the preterm infant in the neonatal intensive care unit* The American journal of occupational therapy. Vol 40 No. 1 Enero de 1986. p. 22

Esta ficha de valoración consta de cinco niveles que se relacionan con madurez del sistema nervioso autónomo, respuestas motoras, estados de vigilia-sueño, signos de atención y control de la interacción dentro de los cuales se tiene en cuenta factores de orientación como cambios en la homeostasis fisiológica, signos de atención, signos de sobreestimulación y estados de alerta.

La valoración se hará en presencia de la madre del neonato con el fin de que ella reconozca estos signos. Además, se le darán a conocer en forma verbal, demostrativa y/o escrita, los parámetros de la estimulación sensorial, la metodología empleada en su aplicación y el objetivo que se desea lograr.

La segunda modalidad tendrá lugar en el programa de seguimiento a neonatos de alto riesgo neurológico en donde se incluye por parte de terapia ocupacional una ficha de evaluación estructurada con base en la teoría de sistemas y el modelo de la ocupación humana, la cual indica el nivel de madurez del sistema nervioso central y la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentra el neonato. Los resultados de la evaluación determinan la conducta a seguir con el neonato, al cual se ha clasificado en atención primaria (prevención) y secundaria (tratamiento).

En la atención primaria se incluyen aquellos neonatos cuyo desarrollo psicomotor y nivel de madurez del sistema nervioso central esté acorde con su edad postnatal; en tal caso la conducta a seguir es brindar estímulos, con base en la estimulación adecuada, que promuevan el paso a la siguiente etapa del desarrollo; la intervención se dirige entonces a estimular todos los sistemas sensoriales de manera integral haciendo énfasis en la importancia de fortalecer la relación madre-hijo como base fundamental para el desarrollo integral del neonato.

En la atención secundaria se dará cobertura a aquellos bebés que debido a deprivación sensorial presentan retraso en el desarrollo psicomotor y cuyo nivel de desarrollo del sistema nervioso central no corresponda a su edad postnatal; en este caso la intervención estará dirigida a brindar información sensorial en forma integral teniendo en cuenta la estimulación adecuada y los principios de la teoría de integración sensorial.

Aquellos niños que presenten daño a nivel de sistema nervioso central serán remitidos al servicio de terapia ocupacional del Hospital Universitario del Valle

para ofrecer el tratamiento que requiera el neonato, de acuerdo con su nivel de disfunción; dicho procedimiento debe ser realizado porque en la actualidad la Unidad de cuidados neonatal no cuenta con los recursos necesarios (humanos, físicos y económicos), que brinden la atención especializada a estos infantes.

Bibliografía

1. FERRO, Maritza. Revista Ocupación Humana. Vol. 4 Santafé de Bogotá, septiembre 1992, p.21
2. Ibid, p. 19
3. GRIMALDO, Emma. Revista Ocupación Humana. Vol. 2 No. 4. Santafé de Bogotá, 1988, p.p 30-33
4. VAUGHAN, Nelson. Tratado de Pediatría. Edición 14. Santafé de Bogotá. Salvat Editores S.A., 1992, p.22
5. RUDOLPH, Arnold, Kenny, John. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Segunda Edición. Santafé de Bogotá. Médica Panamericana S.A., 1980, p.45
6. ACERO, M., CAICEDO, M.E., GONZALEZ, M., ORTEGA, M.A. Revista Ocupación Humana. Vol. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p.45
7. KIELHOFNER, Gary, Modelo de la Ocupación Humana. Memorias 8o. Congreso de Terapia Ocupacional, Santafé de Bogotá, 1988, p.p 1-6

8. LUDINTON-HOE, Susan. Memorias del Curso de Estimulación Sensorial en Perinatología. Santafé de Bogotá, Publicación del Equipo Médico en Educación para la Maternidad. 1987, p.p 161-166
9. Ibid. p.p. 84-85
10. QUEVEDO, Jaime. Neurología del desarrollo. Santafé de Bogotá. Médica de Impresiones. 1984, p.p 1-9
11. AYRES, Jean. Sensory Integration and the Child. Décima Edición, Los Angeles, WPS. 1991, p.p 135-138
12. GRIMALDO, Op.Cit. p.33
13. DRAMER, Paula, HINOJOSA, Jim. Frames of Reference for Pediatrics Occupational Therapy, USA., Williams and Wilkins, 1993, p.p 338-343
14. LUDINTON-HOE, Op. Cit. p.20
15. CLARK, David, ENHER, Gail. Newborns at Risk. Medical Care and Psychoeducational intervention. USA. Aspen Publication Inc. 1986 p.p 205-206
16. ANDERSON, Jill. Sensory Intervention with the Preterm Infant in the Neonatal Intensive Care Unit. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 40 No. 1, Enero 1986, p.22

