

ARTÍCULO

Autor: Yolanda Gabriela Ruiz. Terapeuta Ocupacional egresada del Instituto Superior humanístico "Corrientes" L.T.1. Lic. En terapia Ocupacional Universidad Nacional de Quilmes Buenos Aires Argentina.

Correo electrónico: gabyruiz04@hotmail.com

Tema: "Rol de la Terapia ocupacional en Servicios de Neonatología"

Resumen

En el presente artículo se realiza un recorrido por los aportes de la terapia ocupacional en los servicios de neonatología, teniendo en cuenta que el cuidado neonatal es una disciplina joven, que en los inicios se centró en atención asociada a la supervivencia y salvar vidas. Con los avances tecnológicos y médicos esta labor mejoró notablemente, la evolución fue promoviendo la búsqueda de una mejor calidad de cuidados, entendiendo la importancia de la atención postnatal y la inclusión de la familia. En este proceso, el aporte de la Terapia Ocupacional es poder interactuar en un entorno neonatal respaldando su atención basado en el neurodesarrollo, minimizando el estrés y el miedo que puede causar la estadía en esta unidad tanto para el recién nacido como para la familia.

Para desarrollar el presente artículo se consultaron fuentes bibliográficas de España y Latinoamérica, considerando que es escaso el material basado en evidencia sobre el tema. El objetivo de este artículo es entregar información básica y actualizada sobre la organización de las Unidades de Neonatología y el rol del profesional del área en ellas, respecto a la intervención con recién nacidos pretérmino y sus padres.

La metodología empleada se basó en una revisión sistemática documental de artículos científicos, investigaciones y libros de corte cualitativo y cuantitativo.

Palabras claves: Neonatología – Recién nacido pretérmino- Rol- Intervención- Terapia Ocupacional.

Abstract:

In this article, a review is made of the contributions of occupational therapy in neonatology services, taking into account that neonatal care is a young discipline, which in the beginning focused on care associated with survival and saving lives. With the technological and medical advances this work improved remarkably, the evolution was promoting the search for a better quality of care, understanding

the importance of postnatal care and the inclusion of the family. In this process, the contribution of Occupational Therapy is to be able to interact in a neonatal environment supporting their care based on neurodevelopment, minimizing the stress and fear that the stay in this unit can cause for both the newborn and the family.

To develop this article, bibliographic sources from Spain and Latin America were consulted, considering that there is a scarcity of material based on evidence on the subject. The objective of this article is to provide basic and updated information on the organization of the Neonatology Units and the role of the area professional in them, regarding the intervention with preterm newborns and their parents.

The methodology used was based on a systematic documentary review of scientific articles, research and qualitative and quantitative books.

Key words: Neonatology - Preterm Newborn- Role- Intervention- Occupational Therapy.

Introducción:

La Terapia Ocupacional junto a otras disciplinas de la salud ha permitido proporcionar intervenciones centradas en el desarrollo y el cuidado individualizado del recién nacido pretérmino lo que permite que sea un miembro importante en el equipo de neonatología.

En el servicio de neonatología, la terapia ocupacional aporta estrategias de apoyo al desarrollo, manejo del dolor, educar sobre técnicas de contacto seguro con sus madres/padres, posicionamiento e intervención temprana.

En la búsqueda bibliográfica del rol de la terapia ocupacional en los servicios de neonatología, se encuentra una amplia variedad de artículos vinculados a la disciplina y a la práctica en esta etapa del ciclo vital generada en otros países. Sin embargo, enfrentamos una falta de difusión eficaz del rol que promueve el desconocimiento en nuestro país donde se nota un vacío.

Al realizar la revisión de estos documentos se logró apreciar la importante labor de la disciplina en las Unidades de Neonatología, tanto en los recién nacidos como en la educación con los padres. Esto permite apreciar la importancia del cuidado particular en esta población debido al impacto que el medio

puede tener en el desarrollo físico, psicológico y emocional de los neonatos, incidiendo evidentemente en su desempeño ocupacional futuro.

A través de este documento, se pretende sistematizar la información pertinente del tema, generando una guía sobre el rol y la intervención del área de manera simple y precisa, lo que facilitará su comprensión.

El objetivo final es reconocer el rol del terapeuta ocupacional en la neonatología y todo lo que esto implica: evaluación, intervención y seguimiento, teniendo presente los diferentes marcos referenciales profesionales, evidenciando así el valor de ser parte del cuidado y desarrollo en las etapas más tempranas de la vida.

Objetivo: Revisar de manera sucinta los antecedentes teóricos que existen sobre el Rol de Terapia Ocupacional en servicio de neonatología.

Método y criterios de selección: Para desarrollar este artículo se realizó en primer lugar una búsqueda de bibliografía científica sobre el tema, considerando el período 2000 hasta la actualidad. Luego se realiza una lectura/análisis a fin de poder establecer resultados y conclusiones.

La revisión de las bases de datos se dividió en dos etapas: En una primera etapa se realizó una búsqueda general sobre los métodos de intervención, utilizando los siguientes buscadores (base de datos biomédicas): Dialnet, Scopus y Pubmed; los descriptores y calificadores utilizados: terapia ocupacional, neonatología, neonato, padres, ambiente, intervención.

En la segunda fase, se consultan libros y manuales del tema de estudio y se realiza una búsqueda libre en la biblioteca de la universidad Nacional de Quilmes y en revistas electrónicas. También se utiliza el buscador Google Académico para recuperar algunos artículos que aparecen en la bibliografía consultada, o a los que no se puede acceder de forma gratuita desde las bases de datos.

Las publicaciones seleccionadas, en el marco de los términos mencionados anteriormente, que desarrollan el rol de la terapia ocupacional en servicios de neonatología o emplean términos relacionados son diecisiete.

Desarrollo:

En el ámbito de la infancia, la actuación de los terapeutas ocupacionales se centra en el desarrollo de intervenciones basadas en el análisis del desempeño del niño, las ocupaciones en las que se involucra y el contexto de estas ocupaciones. También identifica la presencia de factores que influyen en el desempeño, y evalúa si existen discrepancias entre el desempeño del niño, el nivel de desarrollo correspondiente y las demandas de la actividad, Case-Smith J, Clifford O'Brien J. (2010).

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) expone que la filosofía y la educación de la terapia ocupacional proporcionan una base para que la profesión haga una valiosa contribución a la práctica neonatal. Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, et al (2006).

El rol del terapeuta ocupacional especializado en esta área es "proporcionar servicios integrales, incluida la evaluación, tratamiento, educación, toma de decisiones, soporte familiar y planificación del alta" (Nighlinger, 2011, p.243). Además, como parte del equipo de trabajo, deberá contribuir educando y/o apoyando en la práctica al profesional que esté en constante contacto con los niños, generalmente enfermeras especializadas en neonatología, Nighlinger (2011).

La AOTA indica que, para desarrollar la práctica de la terapia ocupacional en unidades de cuidados intensivos neonatales, se necesitan conocimientos sobre las condiciones, procedimientos médicos y vulnerabilidades de los recién nacidos. Además, es importante que el profesional posea una comprensión de las habilidades de desarrollo individualizadas, así como competencias sobre las teorías de organización neuroconductual neonatal, los sistemas de familia, los principios de desarrollo socio-emocional y el trabajo en equipo. Sólo de esta forma, el terapeuta ocupacional puede comprender cómo estos factores interactúan para influir en el desempeño del recién nacido, Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, et al, (2006).

El terapeuta toma como referencia los principios básicos de diferentes aproximaciones y modelos teóricos, que constituyen una base para el entendimiento sobre la interacción de los diferentes aspectos que envuelven a su proceso de desarrollo, cuyas principales características se explican a continuación:

Organización neuroconductual del niño prematuro: Groski, Davinson y Brazelton proponen un modelo jerárquico del desarrollo neuroconductual que explica la progresión de la adquisición de las interacciones del bebé prematuro con el entorno, Vergara E, Bigsby R (2004).

- In turning (hacia dentro): Tiene muy poca o ninguna capacidad de interactuar con el medio y centra su fuerza en la estabilidad fisiológica.
- Comingout (saliendo): Puede incorporar algunos estímulos, siempre que éstos se presenten en modalidad, cantidad e intensidad adecuadas.
- Active reciprocity (reprociudad activa): Tiene mayor capacidad para autorregularse y esbozar algunas respuestas funcionales; Revista Chilena de Terapia Ocupacional (2010).

Teoría interactiva de la Dra. Als: propone un modelo para comprender la gran capacidad del neonato para organizar y controlar su conducta, que se basa en la interpretación de sus conductas de acuerdo a cinco subsistemas de funcionamiento:

- Autonomo o de estabilidad fisiológica: funcionamiento básico necesario para la supervivencia. Sus indicadores son el color de la piel, la frecuencia cardíaca y el patrón respiratorio.
- Motor: organización del tono muscular, del movimiento, de la actividad y la postura.
- Estados: categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a la organización de la vigilia, sueño, despertar y llanto.
- Atención-interacción: capacidad del niño para interactuar con el medio.
- Autorregulación: valora los esfuerzos del niño para conseguir el equilibrio con los otros subsistemas.

Estos subsistemas funcionan de forma integrada con una influencia recíproca, los unos en los otros. A través de esta interacción, el niño aprende acerca de sí mismo y de su entorno, y encuentra la forma de satisfacer sus necesidades, Adrados Díaz de Rada P.; 2008.

Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD): esta corriente se desarrolla a raíz de los hallazgos sobre el efecto positivo que la modificación ambiental y una mayor atención a la familia ejercen en el pronóstico evolutivo del recién nacido pretérmino, Perapoch López J, Linde Sillo MA, Cano Ochoa MJ. (2003).

Los objetivos de los Cuidados centrados en el desarrollo son reducir los factores de estrés ambiental (ruido, luces y otros), promover la maduración neuroconductual a través de intervenciones específicas y ayudar a los padres a reconocer las conductas de sus hijos e integrarse en sus cuidados; Adrados Díaz de Rada P. (2008).

Se considera imprescindible un enfoque multidisciplinario de la realidad del recién nacido y su familia, que permita una visión del conjunto; Perapoch López J, Linde Sillo MA, Cano Ochoa MJ. (2003).

Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): es uno de los modelos más desarrollados en relación a CCD. Las principales características de este modelo son la individualización de los cuidados de cada recién nacido pretérmino a partir de la observación de sus conductas, y la promulgación de un método de instrucción estandarizado, Perapoch López J, Linde Sillo MA, Cano Ochoa MJ. (2003). Debido a que el NIDCAP es un modelo centrado en la familia, el objetivo es empoderar a los padres, ayudándoles a desarrollar las técnicas y habilidades de cuidado apropiadas, e incluyéndolos como parte del equipo de cuidado; Westrup B., (2007).

Integración sensorial: de acuerdo con esta teoría, la capacidad del niño para procesar el input sensorial e integrarlo con otra información sensorial para su uso adaptativo, mejora sus capacidades de desempeño. Siempre que el entorno ofrezca el tipo o la cantidad adecuada de experiencias sensoriales (el desafío justo), en teoría, el niño empezará a tener cada vez respuestas adaptativas más complejas; Vergara E, Bigsby R. (2004).

Los elementos utilizados deben seleccionarse de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, para promover la exploración visual, oral y manual necesaria para el desarrollo de habilidades perceptivas, motoras y cognitivas más complejas; Vergara E, Bigsby R., (2004).

Enfoque de Neurodesarrollo: la teoría de la Terapia de Neurodesarrollo se centra en proporcionar al niño experiencias sensoriomotoras para promover el desarrollo del movimiento normal y de los patrones posturales, y ayudar al bebé a madurar a nivel motor, perceptivo y sensorial; Vergara E, Bigsby R. (2004).

Una postura estable y adecuada es importante para la futura planificación y coordinación motora del bebé, favoreciendo la percepción correcta y variada de estímulos. Vergara E, Bigsby R.; (2004) expone que el "posicionamiento infantil es la principal área en la que se aplican de forma efectiva los principios de la Terapia de Neurodesarrollo en la UCIN" (p.660).

La terapia ocupacional combina los principios de estos modelos y aproximaciones, de acuerdo a las características de cada bebé; de forma que se promueva su desarrollo, y que pueda involucrarse en las ocupaciones en las que se espera que participe. Concretamente, se han definido con más frecuencia

cinco áreas de intervención: control ambiental, instrucción a familia y/o cuidadores, alimentación, posicionamiento y estimulación sensorial, las cuales deberán priorizarse según recursos económicos y organizacionales de cada centro, Anzalone, M., Bigsby, R., Gorga, D., Holloway, E., Hunter, J., Vergara, E. (2006).

Una de las tareas del terapeuta ocupacional es, según Ruiz et al. (2013), generar las condiciones necesarias para crear un ambiente agradable y humano, favoreciendo la integridad de los distintos subsistemas del neonato, De Rose (2013); para que este desarrollo sinactivo no se vea interrumpido por un medio extrauterino que no está preparado para recibir a estos pequeños.

Para lograr estas condiciones, es necesario que el terapeuta ocupacional confeccione un plan de intervención centrado en las propias necesidades del recién nacido pretérmino, teniendo en consideración las prioridades de la familia y del personal de la unidad. Para ello se requiere, una completa comprensión acerca de las ocupaciones y actividades valoradas por la familia y la cultura en la que se encuentran inmersos, además de los principios de trabajo de la UCIN. Para completar el perfil, es preciso definir qué factores dificultan el desempeño del niño en esas ocupaciones y actividades, y, definir qué apoyos físicos y/o sociales mejorarán la participación, tanto del bebé como de la familia, a corto y largo plazo; Anzalone, M., Bigsby, R., Gorga, D., Holloway, E., Hunter, J., Vergara, E. (2006).

La *evaluación* permite obtener información del ambiente hospitalario, familia y RNPT y su potencial para ocuparse.

En relación al RNPT, se recomienda revisar fichas clínicas para identificar, entre otras características: edad corregida o edad de madurez real del neonato, presencia de patologías, contexto familiar y evaluaciones realizadas. Una vez analizados estos datos conviene observar directamente al RNPT y su contexto para reconocer patrones de sueño-vigilia, rutina de procedimientos de administración de medicamentos, alimentación y otros cuidados. El terapeuta ocupacional puede utilizar test específicos realizados por parte del equipo de neonatología para identificar las características del RNPT y cómo estas afectan en su desempeño ocupacional, entre ellas se encuentran: Test de Ballard: (nivel de desarrollo neuromuscular, Prechtl Neurological Examination of the Full-Term Newborn Infant (posibles alteraciones neurológicas) y Escalas Bayley de desarrollo infantil (desarrollo cognitivo y comunicativo, el

grado de coordinación corporal y actividades psicomotrices y relación con el entorno social); Aguila (2001).

Por otra parte, la familia, la organización de procedimientos y rutinas de la Unidad de Neonatología y el ambiente físico del RNPT juegan, en su conjunto, un papel fundamental en las posibilidades de recuperación del neonato. La evaluación de este grupo comprende la observación, entrevista y reuniones de equipo, Beachy (2013).

Una vez observados y evaluados los factores biológicos particulares de cada RN, el desarrollo social del ambiente en el que familiares y profesionales interactúan con el neonato y el ambiente físico que entrega estímulos que varían constantemente, es posible fijar objetivos que guíen la intervención del terapeuta ocupacional en las cinco áreas de desempeño de su rol.

Una vez concluida la evaluación, el Terapeuta ocupacional fija los objetivos que guían la *Intervención*, que podrá estar enfocada en cinco áreas:

posicionamiento, intervención con cuidadores/familia, alimentación y Modificación ambiental.

- modificación ambiental: el terapeuta ocupacional debe adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido, reconociendo que la prematuridad se asocia a la interrupción de los procesos de desarrollo normales del neonato en relación a la maduración secuencial de los órganos sensitivos y la dificultad de que los procesos de migración neuronal, muerte celular y mielinización se lleven a cabo según las condiciones propias del ambiente uterino de oscuridad, silencio y postura adecuada. La regulación ambiental previene la sobre-estimulación que afecta a corto plazo un nivel neurológico y sensorial, y a largo plazo, disminuye las posibilidades de alteraciones del comportamiento, del aprendizaje, emocionales y dificultades sociales, Ruiz et al. (2013) p. 42.

En consecuencia, durante la estadía en la UCI o en la unidad de neonatología, el terapeuta ocupacional debe intentar crear un entorno lo más parecido al ambiente uterino.

- Posicionamiento: el terapeuta ocupacional ocupará estrategias para la contención del cuerpo en el prematuro, debido a que favorece su desarrollo al aumentar la sensación de seguridad y autocontrol, y al reducir sus niveles de estrés.

El RNPT tiene dificultades con mantener la postura natural de flexión que tenía en el útero materno, ya que tiene un escaso tono muscular. Este posicionamiento no adecuado podría causar, a futuro,

deformidades que a impacten en su desarrollo psicomotor, en la relación de apego con sus padres y en su autoestima al crecer. Es por esto que “los terapeutas ocupacionales en unidad de cuidados intensivos neonatales hacen recomendaciones de posiciones para facilitar un funcionamiento óptimo en la hospitalización de los niños pretérmino” (Bigsby, Lester, Roy y Vergara, 2003) (Ruiz et al., 2013).

La posición en la que se halle el RNPT en las Unidades de Neonatología, y luego en su casa, incide sobre sus conductas de autotranquilización y autorregulación, y contribuye al desarrollo neuroconductual. Tanto la posición decúbito prono como decúbito lateral favorecen mecanismos respiratorios, sin embargo, esta última también aumenta el rango de movimiento de extremidades (rotación y flexión) la orientación hacia la línea media, Águila et al., (2013).

- Alimentación: el terapeuta ocupacional debe proveer de un ambiente social y físico que facilite el momento en el cual el RNPT será alimentado. Por lo tanto, se recomendará a los padres y profesional de la Unidad de Neonatología posiciones y condiciones ambientales específicas con el fin de evitar alteraciones en los sistemas sensoriomotor, social, cognitivo y psicológico, que están en directa correlación con su capacidad de desempeño, (Wolf y Glass, 1992) (Nightlinger; Sweeney, et al. 2013, p. 245).

Además, junto con el equipo de trabajo, deberán facilitar el acceso y permanencia de la madre u otro cuidador para que alimente al RNPT. La alimentación es considerada como una co-ocupación desde la Terapia Ocupacional, pues ambos actores (madre e hijo/hija) juegan un rol activo, comprometiendo no sólo el contacto físico, sino que favoreciendo también el apego. (Nightlinger, 2011) (De Rose, 2013).

Por último, una estrategia que permitiría disminuir el estrés, agitación y dolor, además de mejorar comportamiento y frecuencia cardiaca, es la mamada no nutritiva. Se da al RNPT un chupete con el fin de asimilar la experiencia de alimentación con pecho. (Ruiz et al, 2013) (Lareé, 2001)

-Estimulación sensorial: la estimulación sensoriomotora activa sistemas sensoriales importantes para el proceso de maduración del recién nacido. Su principal objetivo es permitir la reanudación del desarrollo de las estructuras corporales motoras, sensitivas y cognitivas que se ha interrumpido de manera repentina producto del parto prematuro, Avilés et al., (2004).

Es importante comenzar este tipo de intervenciones posterior a las 36-38 semanas de edad gestacional, debido a que los estímulos tienen un impacto en el desarrollo del recién nacido, razón por la cual es

necesario mantener un protocolo de manipulación mínima del prematuro. Esto permitirá regular la duración y distribución de los horarios de manipulación para realizar prácticas de intervención, tales como respetar y acompañar el sueño, establecer horas determinadas y coordinar la manipulación del recién nacido y aplicación de procedimientos entre los distintos profesionales, Ruiz (2013).

Este protocolo, permite reducir efectos adversos tales como el dolor o estrés, falta de oxígeno en la sangre y tejidos (hipoxia), y potencial sangrado de las zonas ventriculares del cerebro (hemorragia interventricular), Holsti (2012).

Estas normas deben aplicarse al menos durante la primera semana de vida y posteriormente, la estimulación debe individualizarse según el estado del niño, Ruiz (2013).

-Intervención con cuidadores/familia: los padres y otros miembros del grupo familiar son la influencia más importante en la vida del infante. El terapeuta ocupacional deberá comprender el rol y las necesidades de los cuidadores, situadas en su contexto sociocultural y económico, tanto en la Unidad de Neonatología como fuera de ella, en beneficio del desarrollo del niño y de la promoción del equilibrio de sus roles, para el apoyo en el vínculo cuidador-hijo y para asegurar la transición exitosa del hospital al hogar. Es importante, durante todo el proceso, informar oportunamente a los padres de los avances o retrocesos de su hijo, evaluar la red de apoyo e identificar posibles signos de estrés, (Anzalone et al., 2006) (Beachy et al., 2013).

El ingreso de los RNPT a Neonatología es una experiencia que lleva a los padres a experimentar altos niveles de estrés por la apariencia y conducta del niño durante la hospitalización y por la restricción de ejercer el rol de cuidador, incluso lleva a un desequilibrio en la participación de sus ocupaciones diarias, Díaz (2012).

Las experiencias de apego entre el cuidador y el recién nacido durante la hospitalización deben ser facilitadas con una organización de visitas adecuada, un entorno físico acogedor y un equipo de trabajo que les transmita el mensaje de que su visita es importante para la recuperación del bebé. Según las condiciones clínicas del infante, el equipo favorece el apego utilizando el "método canguro", favoreciendo apego seguro, regulación de sus funciones fisiológicas (ritmo cardíaco, temperatura, glucosa sanguínea, sistema inmunitario, sueño y aumento de peso) y una adecuada organización cerebral y evolución

posterior por acción de la estimulación auditiva, olfatoria, vestibular-cinestésica, táctil y visual a los RN mediante este método; Beachy et al., (2013).

En forma paralela, se deberá procurar preparar talleres grupales o charlas individuales a los padres con la finalidad de apoyar y entregar estrategias para enfrentarse al posible alta y traslado de su hija/o al hogar o, incluso, en la preparación para un desenlace fatal. En el primer caso, los padres recibirán información acerca de los patrones de desarrollo esperable para el RNPT, los tipos de estímulos que pueden entregarle, el manejo ambiental y un posicionamiento seguro para las actividades de cuidado: alimentación, baño, sueño, entre otros; Beachy et al., (2013).

Después del alta, se establece el *Seguimiento*, es necesario vigilar al neonato y su evolución, incluyendo un continuo tratamiento en aquellos con daños de riesgo como resultado del nacimiento prematuro. También es importante brindar guía a la familia, entregando recomendaciones apropiadas para el cuidado y adaptación del ambiente físico del hogar en respuesta a las necesidades del bebé.

Los propósitos del seguimiento son monitorear y gestionar los problemas médicos a través de la evaluación del progreso en el desarrollo del infante para identificar deterioros o retrasos neuromotores y comenzar una intervención lo más temprana posible, proveyendo de apoyo a los padres y/o cuidadores en el cuidado de los neonatos, siendo sensibles ante las circunstancias, prioridades, preocupaciones y creencias de la familia, Sweeney et al., (2013).

Es recomendable un seguimiento sistemático durante los primeros 6 a 8 años de vida, que permita el reconocimiento de problemas en el desarrollo del infante a través de su ciclo vital. Este rol constante del profesional es un papel importante para el apoyo de la relación entre el niño o niña y su entorno, Sweeney, et al., (2013).

Por último, la intervención en el ambiente de la UCIN busca contribuir a mejorar el entorno, controlando los niveles de luz, ruido y manipulación a los que se enfrenta el recién nacido, reduciendo así el estrés que puede estar experimentando, Adrados Díaz de Rada P., (2008) p.255.

Resultados:

En las últimas décadas, los avances en el área de neonatología han permitido que los RNPT tengan una alta tasa de sobrevivencia y una mejor calidad de vida.

Los servicios de neonatología de nuestro país se rigen bajo una serie de publicaciones avaladas por el Ministerio de Salud, donde se explicita la labor de médicos, enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas y personal no profesional, pero no se menciona a los terapeutas ocupacionales, a pesar de que en la práctica forman parte del equipo de trabajo. En este sentido, y considerando que el área de neonatología se encuentra en los hospitales, es necesario conocer el rol de la terapia ocupacional y el aporte que brinda a la estructura organizacional de los servicios de neonatología, difundir el marco referencial de trabajo del terapeuta ocupacional, ya que contamos con un bagaje científico importante en Latinoamérica y el mundo sobre este tema.

Los artículos científicos y las investigaciones coinciden en los marcos referenciales que se relacionan en la práctica en servicios de neonatología, como así también a la formación y capacitación específica profesional para el trabajo en esta etapa del ciclo vital, y si bien esto constituye un avance en el campo científico de nuestra profesión, plantea un desafío para la disciplina en relación a la necesidad de realizar investigaciones que superen lo empírico y recojan más ampliamente las prácticas de la Terapia Ocupacional. Estos aportes permitirían además de sistematizar nuestras prácticas, intercambiar intervenciones exitosas y no exitosas para avanzar en la calidad de vida de los RNPT y sus familias.

Agradecimientos:

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios y a mi familia, que apoya todos mis proyectos y me brinda la posibilidad de desarrollarme profesionalmente y crecer en nuevos aprendizajes para volcarlos diariamente en mi quehacer dando lo mejor a las personas con discapacidad.

En segundo lugar, a cada niño, joven y adulto con discapacidad que me enseñó y enseña a diario desde el amor “que se puede”, ellos que me permiten entrar en ese mundo maravilloso y libre de prejuicios.

Por último, agradezco a la Universidad Nacional del Quilmes y a la docente TO Milagros Demiryi que acompañaron todo este proceso de una manera profesional y cálida al mismo tiempo.

Referencia Bibliográfica:

1. Case-Smith J, Clifford O'Brien J. (2010) Occupational Therapy for Children. 6 ed. United States of America: Mosby Elsevier;

2. Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, et al. (2006). Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther.*;60(6):659-68.
3. Nighlinger, K. (2011). Developmentally Supportive Care in the Neonatal Intensive Care Unit: An Occupational Therapist's Role. *Neonatal Network.* 30(4), 243-248. DOI:10.1891/0730-0832.30.4.243
4. Vergara E, Bigsby R. (2004). *Developmental and Therapeutic Interventions in the NICU.* Illinois: Paul H. Brookes Publishing Co.
5. *Revista Chilena de terapia ocupacional* (2010). *Terapia ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur.* Volumen 10.
6. Adrados Díaz de Rada P. (2008). Unidades de neonatología. En: Viana Moldes I, Castellanos Ortega MC, Polonio López B, coordinadores. *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; p. 253-66.
7. Perapoch López J, Linde Sillo MA, Cano Ochoa MJ. (2003). Tendencias actuales en el cuidado del prematuro. Un camino hacia los cuidados centrados en el desarrollo [monografía en Internet]. San Sebastián: XIX Congreso Español de Medicina Perinatal; Disponible en: http://www.seneonatal.es/Portals/0/Libro_de_ponencias.pdf
8. Anzalone, M., Bigsby, R., Gorga, D., Holloway, E., Hunter, J., Vergara, E. (2006). Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy.* 60(6), 659-668.
9. Ruiz, A., Rodríguez, R., Miras, M. J., Robles, C., Jerez, A., y González, A. (2013). Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. *Bol. SPAO,* 7(2), 39-59.
10. De Rose M L. (2013). Promoviendo el desarrollo del ser ocupacional desde el período neonatal. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/caso1.pdf>.
11. Aguila, A.; (2001). Indicadores neonatales. Servicio de Neonatología de la Universidad de Chile. Recuperado de: http://manuellosses.cl/BNN/NEO_U.pdf Áviles, Madariaga, Fuentes. 2004. Chile. Artículo de investigación. Intervención en neonatología.

12. Beachy, J., Gutiérrez, T. y Sweeney, J. (2013). Neonates and Parents: Neurodevelopmental perspectives in the neonatal intensive unit and follow up. En: Umphred, D. A.
13. Holsti, L. (2012). Occupational therapists play an important role in managing pain in infants in neonatal intensive care units. Occupational Therapy Now. 14(5). Recuperado de: <https://www.caot.ca/otnow/sept12/infantpain.pdf>
14. Díaz, C. (2012). Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales. (Tesis de grado Terapia Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana, Argentina) Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf>
15. Sweeney, J., Gutierrez, T., Beachy, J.; (2013). Neonates and Parents: Neurodevelopmental Perspectives in the Neonatal Intensive Care Unit and Follow-Up. En Neurological Rehabilitation (271-316). St. Louis, Missouri: ElsevierMosby.

Bibliografía:

1. Arias, P., Guzmán, K., Méndez, I. y Valderrama, P. (2014) Prezi: **Terapia Ocupacional y Neonatología: Una propuesta de estimulación temprana en prematuros, promoviendo un espacio vital de vinculación con la madre.** Recuperado de: <https://prezi.com/kkyj75brjbll/terapia-ocupacional-y-neonatologia-una-propuesta-de-estimul/>
2. Bigsby, R., Lester, B., Roy, I y Vergara, E., (2003) Comparison of Motor Self-Regulatory and Stress Behaviors of Preterm Infants Across Body Positions. American Journal of Occupational Therapy, (57), 289-297. doi:10.5014/ajot.57.3.289
3. Cajal, López, Ordoñez y Uribe. (2008). Evaluaciones neuropsicológicas. Colombia. Artículo breve.
4. Mira, A. (2006) Terapia ocupacional neonatal, una propuesta para la acción. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, N° 6.
5. Maroto P, M.; Arroyo Riaño O, Laguna Mena C. (2010). Manejo intrahospitalario de los niños pretérmino. En: Espinosa Jorge J, Arroyo Riaño O, Martín Maroto P, Ruiz Molina D, Moreno

6. Novoa, J., Milad, M., Vivanco G, Fabres J. y Ramírez, R., (2009). Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Revista chilena de pediatría, 80(2), 168-187. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200010>)

7.