



EL COMPORTAMIENTO NEONATAL DE PREMATUROS HOSPITALIZADOS Y LA INTERACCION CON SUS MADRES

Viviane Viegas Rech*

Resumen

En esta investigación el objetivo es estudiar el comportamiento neonatal de prematuros que fueron sometidos a ventilación mecánica, comparados con prematuros que no necesitaron de esta asistencia y la interacción con sus madres.

La muestra se constituyó con 34 bebés prematuros que estuvieron internados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital de Niños Conceição, en Porto Alegre, Brasil. La recolección de datos incluyó observaciones sistemáticas de las visitas de las madres a los bebés y evaluación del comportamiento neonatal.

El análisis de los datos cualitativos fue realizado a través de la identificación de las dimensiones más relevantes halladas. El tratamiento de los datos cuantitativos fue realizado a través de tres test estadísticos.

Se concluyó que cuando hay un restablecimiento de la interacción madre-bebé luego de un trauma de separación precoz la ventilación mecánica termina siendo solamente un "amplificador", si esta relación no se restablece.

Palabras clave

Prematuros hospitalizados, comportamiento neonatal, interacción temprana madre-bebé, ventilación mecánica.

Abstract

The object of the research study is the behavior of premature babies on mechanical ventilators (group 2) versus the non-mechanically ventilated babies (group 1) and the interaction with their mothers.

The study constituted of two groups from the NICU of the Conceição Children's Hos -

*Profesora Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). E-mail: vivirech@hotmail.com



pital, in Porto Alegre, Brazil. Group 1 consisted of seventeen non-mechanically ventilated premature babies. Group 2 consisted of seventeen mechanically ventilated premature babies.

The steps in data collection consisted of systematic feedback from visits between mother and baby and the evaluation of the neonatal behavior.

The qualitative data analysis was acquired through the identification of top subjects or dimensions. The handling of the quantitative data was made through of three statistical tests.

It has been concluded than once the mechanically ventilated babies have been reunited with their mother after a traumatic separation, the ventilator is only an "amplifier" if this relationship isn't established.

Key words

Hospitalized premature babies, neonatal behavior, early interaction mother-baby, mechanical ventilators .

Introducción

Aún antes del nacimiento, el feto en formación ya realiza movimientos. De esta manera se van desarrollando y coordinando estos gestos para obtener una mayor precisión, y esto servirá para su desarrollo posterior (Coriat, 1997). Sin embargo, en caso de que ocurra un nacimiento prematuro, el bebé puede presentar una motricidad desordenada o indisponibilidad (por ejemplo, a través de un estado de sueño prolongado) durante la interacción con sus padres, y luego tratará de sustentar su organización fisiológica y comportamental (autorregulación). Esto es visible desde los primeros momentos de vida intrauterina; porque el recién nacido (R.N.) se expresa esencialmente de manera motora (Brazelton, 1995). Del mismo modo, las alteraciones que surgen en esta fase tienden a la expulsión, utilizando la vía refleja o la descarga motriz (Freud, 1950).

Además de esto, Spitz (1951), al explicar el estadio de no diferenciación (anterior a la relación de sonrisa) relata que esta es la fase de mayor desamparo del R.N. y la razón de la plasticidad de la psique infantil. Destaca que si el R.N. no puede expresar lo que sufre por medio del lenguaje, esto no significa que no sufre. A través de sus estudios verificó que la falta de empatía, la falta de imaginación y la indiferencia resultan una gran crueldad para con el bebé (Spiker, 1993).

Anualmente nacen veinte millones de bebés prematuros y con bajo peso en todo el mundo y se calcula que 40% de estos bebés morirán antes de completar el primer año de vida. En los hospitales públicos en Brasil, los recursos son muy escasos y las in-



investigaciones que posibilitan informaciones que beneficien a estas criaturas son fundamentales (Charpak, 1999).

A partir de estas cuestiones se hizo perentoria una investigación sobre aquellos prematuros que sufrían un máximo de intervenciones en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Se considera que estos bebés, que fueron provistos de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), a pesar de los avances tecnológicos y científicos son de alto riesgo en el comportamiento neurológico o en el retraso en el desarrollo, y están en una situación opuesta a la que Freud describe como “su majestad el bebé”. También eran un alerta las mayores dificultades de interacción de las madres con estos bebés: la prematurez en sí misma (con su fase apostural y acinética), con el sueño prolongado, que dificulta la interacción; el nacimiento prematuro, que además de lo abrumador de que el bebé está en la incubadora, en la UTI neonatal, no corresponde al bebé idealizado durante la gestación; la sensación de incompletud (de la madre consigo misma y con el bebé separado abruptamente de la madre luego del parto), el propio ambiente de la UTI neonatal con todo su equipo técnico y su carga de exigencias y tensiones, su tecnología y científicidad y los dilemas que viven las madres que esperan que el bebé sobreviva, pero que al mismo tiempo se preparan para su muerte (Fava Vizziello; Zorzi; Bottos, 1993; Buren, 1993; Fisberg, 1997).

El objetivo general de este trabajo fue estudiar el comportamiento neonatal de los prematuros que fueron sometidos a ARM, en nivel hospitalario, comparados con los prematuros que no necesitaron de esta asistencia y la interacción con sus madres.

Este estudio amplía el conocimiento sobre estos bebés y sus madres, siendo relevante también en la medida en que evolucionen los cuidados médicos perinatales y neonatales (bebés que hace algunos años no hubieran tenido ninguna posibilidad de vida hoy en día sobreviven), ha aumentado la supervivencia de bebés prematuros y extremadamente prematuros, y con esto surge esta nueva población: bebés en riesgo cuyo desarrollo posterior está siendo estudiado en muchas investigaciones (Roman, 1995).

Existen varios estudios que relacionan la interacción madre bebé y el desarrollo social y cognitivo de estos bebés, pero se hacen necesarias mayores investigaciones en el comportamiento neonatal, observando también el tono y las actividades motoras de los mismos (Mazet; Stoleru, 1990). A partir de los resultados de este estudio es posible enfocar mejor los aspectos que evidenciaron estar relacionados.

Además de esto, específicamente en la visión de la fisioterapia, se verifica que en terapia intensiva existe una preocupación directa e importante con la patología de base (generalmente enfermedad respiratoria en el prematuro) y quedan relegadas a un segundo plano las cuestiones ligadas a la calidad de vida posterior del niño (Mali-



nowski; Wilson, 1999). Para el crecimiento profesional es necesario este tipo de investigación, a fin de que se inicien mayores preocupaciones y visualizaciones del individuo global y como “sujeto único”, haciendo más viables las posibilidades para un desenvolvimiento más armónico e integral de estos niños (Ferraz; Chaves, 1996).

Metodología

En cuanto al diseño, esta investigación presentó un análisis prospectivo del comportamiento neonatal de prematuros hospitalizados y de la interacción con sus madres. Se caracterizó como observacional, transversal y descriptivo, con grupo control y doble ciego (Fuchs, 1995).

A partir de esta caracterización, en cuanto al diseño de esta investigación, merecen destacarse los siguientes aspectos:

- 1) La observación fue realizada de forma no-participante, de modo que la diáda desconocía la persona del observador y no sabía que en aquel momento estaba siendo observada.
- 2) En cuanto a las variables ambientales, por tratarse de una investigación de campo, fue difícil controlarlas. En el intento de viabilizar este aspecto, se realizaron las observaciones y evaluaciones siempre en el mismo turno (tarde), la temperatura y la iluminación de UTI fueron mantenidas de manera similar en este horario de día y el equipo de salud fue informado del trabajo (por lo tanto, hubo colaboración y no interferencia durante las observaciones y evaluaciones).
- 3) En relación a la evaluación del comportamiento neonatal fue realizada por medio de la escala publicada por Brazelton. Para este trabajo se eligió pues un instrumento que está siendo utilizado en investigación desde su publicación en 1973 y demuestra en su utilización las características únicas de cada bebé. (Brazelton; Cramer, 1987; Brazelton; Cramer, 1992; Brazelton, 1995). Debemos señalar que la autora de este trabajo (que realizó todas las evaluaciones), recibió entrenamiento para la administración de la escala y la confiabilidad en la puntuación (un mínimo de 90% de concordancia entre dos evaluadores que dan puntaje en el examen independientemente), habiendo realizado la prueba de certificación para la utilización de la misma en la investigación.

La escala de evaluación del comportamiento neonatal de Brazelton está fundamentada en el presupuesto de que el neonato es competente y está complejamente organizado. De manera específica, el objetivo de la escala es identificar y describir las diferencias individuales en el comportamiento del R.N., formando un perfil de este que incluye fuerzas y competencias, tanto como sus dificultades. De esta forma, la escala evalúa el status actual del sistema autónomo (ejemplificado por la presencia o au-



sencia de temblores y sobresaltos y por la labilidad del color de la piel), motor (determinado por el status del tono del bebé, madurez motriz, nivel de actividad y de movimientos integrados), de la organización de los estados (evaluado por el examen de la labilidad de los estados, nivel de irritabilidad, pico de excitación, capacidad de acostumbramiento a estímulos que perturban el sueño, rapidez en el descontrol y capacidad de autoconsuelo) y social atencional del neonato (observado por el grado de alerta del bebé y sus respuestas a estímulos animados e inanimados, visuales y auditivos), y permite que se analice de qué forma estos son influenciados por factores del medio (Brazelton, Cramer, 1987; Brazelton; Cramer, 1992; Brazelton, 1995).

En relación a la muestra, está compuesta por 34 bebés prematuros, internados en U.T.I. neonatal, con edades gestacionales inferiores a las 37 semanas y seis días. De estos, 17 bebés tuvieron ARM durante 36 horas o más, para que todos tuviesen los mismos indicadores de riesgo en su desarrollo (Umphred, 1994) y formaron el grupo 2. El grupo 1 (control) estuvo compuesto por bebés nacidos prematuramente, que todavía permanecían en UTI luego del nacimiento (usualmente con el objeto de que aumenten de peso y se estabilicen clínicamente), pero que no necesitaban ARM post-parto (también un total de 17 bebés).

Los criterios de exclusión fueron: bebés con anomalías neurológicas, malformaciones ortopédicas, retorno a la ARM durante la observación o transferencia de hospital durante las evaluaciones.

Los dos grupos fueron observados cuando los bebés ya no presentaban riesgo biológico, y por lo tanto, cuando se iniciaron los contactos con la madre en el hospital.

El espacio de delimitación de esta investigación fue la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Concepción del Niño, en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. La investigación de campo fue realizada durante un año. Este trabajo, con el término de consentimiento post-informado recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de Grupo Hospitalario Concepción, de acuerdo con las Direcciones y Normas Reglamentarias de Investigación que involucran a seres humanos (resolución brasilera 196/96).

En cuanto a la recolección de datos, inicialmente fueron verificadas las informaciones clínicas generales de los niños, a través de la investigación de la historia clínica del paciente en el ambiente hospitalario para selección de la muestra. A partir de esta selección se siguieron entonces tres etapas:

- Al iniciarse el trabajo se realizó una explicación verbal sobre la investigación que sería realizada con las madres, y se les entregó un formulario explicativo; entonces



se solicitó la firma del término de consentimiento para la madres (todos los individuos consintieron en su participación).

- Durante las visitas de las madres a los bebés en el hospital se realizaron observaciones sistemáticas (dos de cada día), no participantes, individuales y de campo, durante 20 minutos. La observación fue realizada de forma directa y simple, presentando las siguientes condiciones: plantificada y realizada de forma sistemática. Se empleó como instrumento la escala de interacción madre bebé, que divide a esta en categorías de acciones descritas (por ejemplo, evalúa la dirección de la mirada del bebé, clasificandola en cara a cara, mira al objeto, mira para atrás y sin direccionalidad) (Esser; Dinter; Jorg; Rose; Villalba; Laucht, 1993).

- Se realizó, luego de que los bebés habían salido del tratamiento intensivo (con monitoreo, oxigenoterapia y alimentación parenteral o por suero), una evaluación del comportamiento del bebé basado en la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton (Brazelton, 1995).

El análisis de los datos de esta investigación se dividió según la descripción que sigue:

a) Frente al protocolo de observación de la interacción, en su parte cualitativa:

Luego de la recolección de los datos se realizó un informe de los datos individuales de la día descrita, aún sin agrupamiento ninguno, y de esta forma, todavía sin significación científica. Luego se siguió con las fases de clasificación y tabulación de los datos: los datos totales obtenidos referentes a las categorías de las variables relacionadas fueron dispuestos en forma conjunta y ordenados. A partir de este punto, fueron realizados los análisis de los datos de manera cualitativa y descriptiva (es decir, fueron estudiados los datos en sus distintos elementos y aspectos) y la interpretación de estos (o sea, se determinó el significado y el alcance científico de las propiedades y rasgos encontrados en el análisis) (Bravo, 1993).

b) Frente a la parte cuantitativa del protocolo de observación de la interacción madre bebé y a los datos referentes al comportamiento neonatal (de la Escala de Brazelton):

El análisis de los datos se realizó por medio del tratamiento estadístico, considerando como diferencia estadísticamente significativa un nivel de 5% para todos los tests utilizados. Las comparaciones de las variables cuantitativas por grupo (grupos 1 y 2) se realizaron por medio del test de comparación de medias de t-student. En relación al grado de relación entre dos variables fue utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, en la relación de dependencia entre las variables cualitativas fue utilizado el test Chi-cuadrado.



Exposición, análisis de los resultados

Presentación y análisis de los datos realizado estadísticamente referentes a la descripción de la muestra.

Primeramente se debe destacar que durante la presentación de los datos y su análisis serán descritos como grupo 1 las madres y sus bebés (sin uso de ARM) evaluados como control en este trabajo, y como grupo 2, madres y sus bebés que fueron sometidos a ARM.

De este modo, en el análisis estadístico descriptivo de la muestra fueron encontrados, en relación con el sexo de la criatura, en el grupo de bebés que no necesitaron ARM, 52,9% bebés de sexo masculino y 47,1% de sexo femenino. En el grupo de bebés que utilizaron ARM en el nacimiento, 58,8% eran de sexo masculino y 41,2% de sexo femenino.

En cuanto al tipo de parto, en grupo 1, 35,3% de los bebés nacieron de parto normal, y 64,7% por cesárea. También en el grupo 2, el número de partos por cesárea fue mayor que los nacimientos por parto normal: 76,5% y 23,5%.

Cuando se analizó el hábitat de las familias de donde prevenían los bebés, se verificó que en el grupo 1, 100% de los padres venían de la zona urbana. En el grupo 2, también se daba esta predominancia, con 88,2% que venían de la región urbana y solamente un 11,8% de la zona rural.

Presentación y análisis de los datos realizada estadísticamente en cuanto a la comparación entre los grupos

Se utilizó el test de las dos muestras (test de t-student) para verificar la media de los dos grupos independientes (bebés prematuros que no necesitaron ARM y bebés prematuros que necesitaron esa asistencia) y observar si presentaban diferencias reales o apenas casuales.

En esta investigación se trabajó con niveles de significancia de 5% ($\alpha = 0,05$) y 1% ($\alpha = 0,01$) como aceptables. Estos eran los valores críticos que servirán como patrón de comparación con el cual fueron juzgadas estadísticamente las muestras.

Con este análisis, cuando se comparó la variable cuantitativa por grupo, utilizando el test de comparación de medias t-student, se demostraron diferencias significativas: el número de hermanos ($p < 0,05$) y de visitas de la madre ($p < 0,05$) que eran datos observados en la historia del paciente.

El número de hermanos del grupo de bebés que no recibieron ARM (grupo 1) eran



en media 1,71, y en el grupo de RN que fueron sometidos a ARM (grupo 2) la media de hermanos fue de 0,76.

El número de visitas de las madres de los bebés del grupo 1 fue una media de 30,53 días, mientras que los bebés del grupo 2 recibieron visitas de la madre en una media de 20,71 días.

Se debe señalar que no se halló una diferencia estadística significativa ($p > 0,05$) en la comparación de los bebés de los grupos 1 y 2 en cuanto al número medio de días de vida, al ser evaluados en el trabajo, que eran respectivamente 19,7 y 22,8 días, en cuanto a la edad gestacional que era respectivamente 35 semanas y 1 día y 34 semanas y 6 días, en cuanto al peso al nacer, de 1740 y 1792,1 gramos respectivamente y en cuanto al número total de días de hospitalización de 29,9 y 33,3 respectivamente en los grupos.

En este análisis, cuando se comparan los datos encontrados por medio de la escala de Brazelton, se presentaron con diferencias significativas los siguientes ítems:

En cuanto a la orientación del bebé, fueron importantes los hallados de animado visual + auditivo ($p < 0,05$) y animado auditivo ($p < 0,05$).

Los prematuros que no eran sometidos a ARM puntuaban una media de 8,75 en la evaluación de orientación animada visual + auditivo, mientras que los bebés que precisaban de esta asistencia quedaron con una media de 7,29.

Los RN que pertenecían al grupo 1 presentaron una media de 7,57, mientras que los bebés del grupo 2 una media de 6,36 en el ítem de orientación auditiva.

En cuanto al sistema motor, fue importante lo hallado en relación con la madurez motora del bebé ($p < 0,05$).

La media en cuanto a madurez motora fue mayor en (7,41) en los bebés que ventilaban espontáneamente desde el nacimiento en cuanto a los comparados con los bebés que precisaron de ARM (6,65).

En cuanto a los ítems suplementarios, recomendados para la evaluación de bebés prematuros encontramos diferencias en la facilitación del examinador ($p < 0,05$).

La facilitación del examinador fue, en la media, mayor en el grupo 2 (5,41) que en el grupo 1 (4,12).

En relación a la organización de los estados, la irritabilidad demostró significancia



en la comparación entre los grupos ($p < 0,01$).

Los bebés que fueron sometidos a ARM eran en promedio más irritables(2,35) que los bebés que no necesitaron esta asistencia (1,33).

Presentación y análisis de los datos referentes a la observación cualitativa de las interacciones

Inicialmente, las interacciones descritas por el observador de manera cualitativa se tabularon de modo tal que se pudiesen identificar los patrones generales. Se observó entonces lo que se presentaba como similar o común, y se eligieron las características (dentro del protocolo de observación de interacción) que se presentaron con mayor frecuencia. Estas características fueron elegidas por los temas, aspectos y de acuerdo con un criterio lógico (se tuvo cuidado de que fueren mutuamente excluyentes (Collado, 1998).

A partir de este proceso se verificaron las tendencias del contenido de las interacciones, considerando las características más relevantes, entonces se describió y se realizó el análisis de contenido más preciso, de acuerdo con lo que se transcribe (Collado, 1998).

Se inició con una observación referida a las características de la madre en la interacción: emoción, cariño, emisión vocal, reactividad y sensibilidad.

La descripción es realizada como grupo 1, madres y sus bebés (sin utilización de ARM) evaluados como control en este trabajo, y grupo 2, madres y sus bebés que fueron sometidos a ARM.

En cuando a la emoción de la madre que encontramos durante la interacción, se observa en los dos grupos una característica positiva en mayor número. En relación al cariño de la madre para con el bebé, se verificó que en ambos grupo, poner el bebé al cuello seguido por el hablar y el tocar fue la característica más observada. Sigue la visualización de cómo las madres expresaban su cariño para con los bebés.

En la observación de la interacción también fue posible verificar la característica de la emisión vocal de la madre con su bebé. En los dos grupos se visualizó $n = 5$ para madres que conversaban positivamente con sus bebés y $n = 5$ para madres que hablaban positivamente sobre sus bebés. Mientras tanto en el grupo 1 cuatro madres hablaban con el bebé sobre él, mientras que en el grupo 2 solamente una madre. Las demás madres presentaban tipos de declaraciones vocales variadas.

Cuando se observó la reactividad y sensibilidad de la madre en relación a las actitu-



des y a la situación de su hijo, fueron identificados tres grandes grupos: madres ansiosas acerca del bebé, madres que respondían poco a los bebés y madres que respondían adecuadamente al bebé. Predominantemente, en los grupos 1 y 2 se verificó que gran parte de las madres responde adecuadamente a sus bebés (respectivamente 82,3% y 64,7% de las madres en los grupos 1 y 2). madres con reacciones ansiosas en la interacción se percibieron sólo dos en el grupo dos.

En cuanto a la emoción del bebé en la interacción, en ambos grupos la mayoría de los bebés se mantuvo tranquila o neutra (52,9% en los dos grupos).

En tanto, con respecto a la emoción positiva en la respuesta a la madre, 41,2% de los bebés del grupo 1 presentaron esta característica en la interacción observada, mientras que en el grupo 2 este número se redujo a 29,4%. Los prematuros que permanecieron durmiendo durante la interacción en los grupos 1 y 2 sumaron respectivamente 5,9% y 17,6% de la muestra.

En relación a la emisión vocal de los bebés, se verificó que en el grupo control los bebés presentaban predominantemente gemidos positivos (41,2%). Mientras tanto, en el grupo 2 la mayoría de los bebés no emitía sonidos (52,9%).

En la verificación de la dirección de la mirada de los bebés en el grupo 1: 52,9% de los bebés permanecían con los ojos cerrados, 29,4% dirigían la mirada hacia las madres y 17,6% miraban predominantemente hacia el ambiente. En el grupo 2 también la mayoría de los bebés (58,8%) permanecían con los ojos cerrados, 35,3% los fijaban en las madres y solamente 1 bebé (5,9%) miraba predominantemente hacia el ambiente.

En relación al potencial de rapidez en la interacción se verificó la respuesta diferente en ambos grupos. Entre los recién nacidos del grupo control, 6 bebés permanecieron despiertas, 6 quedaron somnolientos y 1 permaneció en sueño profundo durante la interacción. En el grupo 2, 10 recién nacidos permanecieron somnolientos, solamente 4 despiertos y 3 en sueño profundo.

Relación de dependencia entre las variables

Para el análisis de los datos referentes a la observación de la interacción madre-bebé (con la utilización de la Escala de Esser y colaboradores) se optó por utilizar el test de Chi - cuadrado (test para porcentajes) pues es adecuado cuando se quieren evaluar frecuencias de ítems en dos o más clases.

Con el test de Chi-cuadrado se trata de evaluar que las dos muestras provengan de poblaciones que contengan la misma proporción de determinado ítem. La hipótesis



nula es que las proporciones poblacionales son todas iguales y la hipótesis alternativa es que las proporciones poblacionales no son iguales.

En los ítems estudiados, solamente en el análisis de dependencia del grupo al que el bebé pertenecía con el ítem de observación “dirección de la mirada de la madre” (dividido en tres clases) hubo rechazo de la hipótesis nula. Mejor dicho, se observó que la dirección de la mirada de la madre depende del grupo al que el bebé pertenece. Numéricamente se encontró un $p < 0,05$.

Entonces se verificó que los niños que no necesitaron ARM tendieron a dirigir la mirada “cara a cara” (88,2%), mientras que los bebés que fueron sometidos a ventilación mecánica tienden a dirigir “el mirar hacia un objeto” (47,1%) o también el mirar “cara a cara” (también 47,1%), con $p < 0,05$.

Los demás ítems de observación en relación a la madre (actitud corporal, vocalización, mímica, contenido en la interacción, contacto con ojos y movimiento de manos) y al bebé (dirección de la mirada, mímica, vocalización, estado y fenómenos fisiológicos) no mostraron ser significativos en este análisis con este número de muestra.

Presentación y análisis de los datos realizada estadísticamente en cuanto al grado de relación entre dos variables

Al final del análisis estadístico fue medido el grado de relación entre las dos variables, donde fue utilizado el coeficiente de correlación conocido como “r de Pearson”.

Este coeficiente presenta dos propiedades que justamente caracterizarán la naturaleza de la relación entre dos variables: una es el signo (+ o -) y otra es la magnitud (que indican cuán próximos están estos puntos individuales en una recta imaginaria trazada).

En este análisis, destacamos los siguientes resultados:

- Recibieron mayor número de visitas por parte de la madre los bebés que nacieron con menor peso al nacimiento (correlación inversa de -0,459; $p < 0,01$), con menor IG (correlación inversa de -0,400; $p < 0,05$) y consecuentemente, que permanecieron mayor tiempo hospitalizados (correlación directa de 0,515; $p < 0,01$).

- El peso del bebé y la IG estaban directamente correlacionados con el resultado de comportamiento del RN al ser empujado para sentarse (correlación de 0,368 y 0,384 respectivamente y $p < 0,05$ para ambos) y con la relación del bebé de colocar la mano en la boca durante la evaluación (correlación de 0,379 y 0,436, $p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente).



- El número de días en los que el bebé permaneció hospitalizado no tuvo correlación significativa con el número de días necesarios en ARM. Por otro lado, la cantidad de días en el hospital estaba directamente correlacionada con la rapidez del descontrol, irritabilidad y labilidad de los estados del RN (respectivamente correlación de 0,356, 0,564, 0,364 y $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,05$) En relación a la habituación a la estimulación por medio del sonajero se halló una correlación inversa con el tiempo de internación (- 0,426, con $p < 0,05$).

- Cuando se analizó el número de visitas realizadas por la madre al RN hospitalizado se verificó que existen correlaciones inversas con varios ítems referentes al comportamiento del neonato: visitas de la madre con el acostumbramiento a la estimulación por medio del sonajero del RN (correlación de -0,386, $p < 0,05$), con auto-consuelo del bebé (-0,666, $p < 0,01$), con necesidad de facilitación del examinador en la evaluación (- 0,376, $p < 0,05$) con robustez y resistencia del prematuro (- 0,439, $p < 0,01$), y con la respuesta emocional del examinador durante la evaluación (- 0,476, $p < 0,01$).

- También la renta familiar demostró ser un ítem de correlación inversamente significativa al comportamiento del bebé: con la orientación a la estimulación animada -visual (- 0,602, $p < 0,01$), la estimulación inanimada -visual (-0,514, $p < 0,05$), con el alerta del bebé (- 0,417, $p < 0,05$), en relación al valor de atención del bebé (- 0,397, $p < 0,05$), en cuanto a la irritabilidad general (- 0,485, $p < 0,01$) y con la respuesta emocional del examinador (- 0,404, $p < 0,05$).

Discusión

Se calcula que anualmente nacen en todo el mundo veinte millones de bebés prematuros y con bajo peso. De estos, 40% mueren antes de completar el primer año de vida (Charpak, 1999). Por otro lado, considerando estos números se habla poco de los prematuros, y este es el factor de riesgo más elevado que obliga al empleo de máquinas en los primeros meses luego del nacimiento (Fava Vizziello et al, 1993).

La muestra se constituyó con esta población; un grupo de bebés prematuros de bajo riesgo y otro grupo de bebés que necesitaban ARM (que necesitaban de las "máquinas"), o sea que eran bebés de alto riesgo. De acuerdo con otros trabajos ya publicados, se encontró un mayor número de recién nacidos de sexo masculino en ambos grupos, la mayoría nació por cesárea y habitaban en la región urbana.

Por medio de la comparación de las medias entre los dos grupos también observamos que el número de hermanos de los bebés del grupo 1 era mayor que en el grupo 2, esto tal vez refleja la necesidad de una renta familiar mayor en este grupo. De otra forma, podríamos esperar que porque tenían otros hijos, las madres del grupo 1 tuviesen mayores dificultades para visitar a su bebé recién nacido. Sin embargo, en la



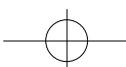
comparación de las medias entre los grupos, el número de visitas de las madres a los bebés del grupo 1 fue significativamente mayor que en el grupo 2. Esto ya había sido citado en los estudios de Fava Vizziello y colaboradores (1993): “los bebés graves son menos visitados”.

Los padres se encuentran habitualmente desorientados, se podría decir “sorprendidos” y algunas veces, con una gran depresión por la situación del nacimiento prematuro. Con el nacimiento de un bebé de alto riesgo, se podrá instalar algo del orden del trauma, por la espera del hijo, puesto que hay un desencuentro entre el hijo esperado y el bebé que nació. De esta forma los padres tendrán que elaborar un luto anticipado. Además de esto, la visita a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y la espera cada día de lo que sucederá con el bebé frente a la angustia, cuando en el interior de UTI no permite que resistan mucho tiempo a ese ambiente y situación.

También con el análisis estadístico, por medio del test “t- student” de comparación entre las medias, se halló una orientación visual + auditiva y solamente auditiva, realizada por el examinador, significativamente mejor en el grupo 1 que en el grupo 2. Es importante resaltar que la aptitud de la audición parece ser innata (desde el nacimiento el bebé gira los ojos en dirección a un sonido) (Lebovici, 1987). Además de esto, no hubo diferencias estadísticas de edad gestacional (IG) entre los dos grupos observados, se podría esperar entonces que la orientación auditiva y auditiva + visual fuese semejante para todos los prematuros de la muestra. La diferencia se puede encontrar en la significación de estos estímulos que sólo está posibilitada por el clima emocional y la interacción adecuados surgidos de la interacción entre madre e hijo (Spitz, 1993).

De la misma forma, tenemos que tomar en cuenta que el proceso mental de entrada de estímulos también se desarrolla debido a la capacidad de maduración del bebé para actuar voluntariamente (Spitz, 1993). En cuanto a la madurez motriz, esta se mostró significativamente mayor en el grupo 1 que en el grupo 2. De este modo nuevamente volvemos al aspecto fundamental: es en la relación con la madre y con el medio externo que el bebé desarrolla la percepción de los elementos sensoriales y los integra con sus movimientos, desarrollando entonces los movimientos voluntarios.

El ítem irritabilidad, en la evaluación del comportamiento neonatal, demostró que los prematuros del grupo 2 eran significativamente más irritables que los del grupo 1 (según el test de comparación de las medias de las muestras). Otros estudios ya demostraron que el bebé prematuro exige más esfuerzos de los padres para ser calmado o estimulado para despertarse. En tanto se cuestiona por qué el grupo 2 de los prematuros era más irritable, se enfatiza entonces que en el nacimiento el polo motriz del sistema nervioso es el encargado de producir la descarga motriz luego del registro de los estímulos por el polo perceptual. De esta forma, un bebé que está aterrorizado ex-





presará sus síntomas por medio del cuerpo, se puede esclarecer que los bebés que necesitaron de ARM fueron sometidos, durante la internación, a muchos procedimientos invasivos y a muchos manoseos por diferentes profesionales de la salud, de modo que su desorganización motora y su inhabilidad en la interacción se pueden traducir como fuga del por medio de llanto e irritación general.

Entre los ítems suplementarios, por medio de la Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton, las medias de los grupos 1 y 2 mostraron diferencias significativas estadísticamente en el ítem facilitación del examinador. Este ítem es recomendado para la puntuación de bebés de alto riesgo, pues describe aspectos más cualitativos de la performance del bebé en el examen. Es un puntaje de la cantidad de auxilio que fue necesaria por parte del examinador para permitir mejores respuestas del bebé. Se demostró que los bebés del grupo 1 presentaban mejor desempeño durante la evaluación que los bebés del grupo 2, o sea que los bebés que necesitaron la utilización de ARM necesitaban más contención (succión, descanso, balanceo y otros) para responder a todos los ítems durante el examen.

Cuando se realizaron las observaciones de las interacciones madre-prematuro se verificó que en los grupos 1 y 2 la mayoría de las madres se presente emocionalmente de manera positiva junto al bebé. Sin embargo, en el grupo 2 encontramos una madre asustada y una madre distante de su bebé. Debemos considerar aquí que el análisis de las interacciones precoces en la UTI neonatal debe ser considerado que los estilos de interacción de las madres son diferentes en esta situación y así se observan diferentes grados de depresión y ansiedad entre los padres (Cramer, 1993).

Por otro lado, existe la necesidad del interlocutor primordial empático, en estas primeras interacciones, para que el bebé pueda sentir los sentimientos (por medio del afecto, que constituye, de manera principal, la conciencia inicial) (Maldavsky, 1994).

También es importante resaltar que el bebé lee en el rostro de la madre lo que esta siente e interioriza este estado (la conversación no se da solamente con palabras).

En relación al tipo de cariño, en ambos grupos (1 y 2), se observó que gran parte de las madres utilizaba ponerlos al cuello + hablar + tocar. Esto es de extrema importancia pues la madre, al promover estas sensaciones tocando a su hijo va iniciando un proceso de integración de este bebé, construyendo la frontera inicial entre el cuerpo del bebé (y su interior) y lo que está afuera. Evidentemente algunas madres tuvieron dificultades en realizar su función de "holding" puesto que todavía estaban angustiadas y no habían superado el imprevisto del nacimiento prematuro, o sea el hecho de que el hijo imaginario no era el hijo recién llegado (real).

En relación con las emisiones vocales, el grupo 1 demostró interactuar más con los



bebés, las madres del grupo 2 conversaban más sobre otros asuntos, pero en su mayoría en ambos grupos presentaban coherencia entre el discurso, el tono y la frecuencia del habla con el estado del bebé. Se debe destacar el papel fundamental de la palabra en el primer sistema de inscripciones del niño: este bebé recibe lo que es hablado por los padres, y esto será registrado (inscripto) de acuerdo con lo que es percibido (o sea, lo que fue diferenciado y valorizado por los adultos).

Además de esto, se verificaron ítems relativos al bebé en la interacción. De este modo, cuando se observó la emoción del bebé, durante las interacciones observadas, se verificó que en los dos grupos la mayoría de los bebés se presentaba tranquilo, además de esto se observó emoción positiva en mayor número en el grupo 1. Esto confirma que el bebé interioriza el estado emocional de la madre como suyo propio, ya que estos hallazgos se interrelacionan con los hallazgos referentes a las emociones de las madres durante la interacción (ya discutidos).

En cuanto a los sonidos emitidos por los bebés, durante la interacción, fue evidente que en el grupo 1 gran parte de los recién nacidos emitía murmullos o gemidos positivos durante la interacción, en tanto que en grupo 2 la mayoría de los bebés no emitía sonidos. Se discute que luego del nacimiento las alteraciones que ocurren tienden a la expulsión por vía arco reflejo o descarga motriz, por otro lado bebés tranquilos también se pueden encontrar furiosos pero impotentes durante la situación (Neves; Hasson, 1994). Por lo tanto, la ausencia de verbalización sobre lo que sienten, en los bebés del grupo 2 no significa que no haya sufrimiento.

En relación al mirar, se observó que la mayoría de los bebés en ambos grupos (1 y 2) permanecía gran parte de la interacción con los ojos cerrados. Este sueño prolongado es una señal de indisponibilidad frecuentemente observada en bebés prematuros, ya que durante estos períodos intentan reorganizar sus ritmos y su control autónomo (Fava Vizziello et al., 1993).

En cuanto al potencial de prontitud, cuando se compararon los grupos 1 y 2, se percibió que en el grupo 1 los bebés permanecían más despiertos que en el grupo 2. De esta forma, podemos inferir que estos bebés (grupo 2), por ser más somnolientos, eran menos estimulantes para sus madres, y de esta forma se creaba un ciclo de retroalimentación negativa en el que, como las madres se sentían poco estimuladas, estimulaban poco a sus bebés y consecuentemente se retrasaba todavía más la reorganización de los ritmos circadianos (sueño-vigilia, hambre-plenitud y los de evacuación) (Jerusalinski, 1989).

Cuando fue utilizado el test estadístico Chi-cuadrado se observó que muchas más criaturas del grupo 1 tendían a dirigir el mirar "cara a cara" que en el grupo 2. En relación a este aspecto dos puntos merecen ser discutidos: primero, se sabe que cuan-



do las capacidades del recién nacido, en el momento de la interacción, son diferentes de lo que se le está siendo solicitado al niño, este presenta movimientos de cabeza, e inclusive respuestas de rechazo (desvío de los ojos). Sobre este tema, se supone que el bebé intenta restablecer sus mecanismos de defensa y de esta manera tener la posibilidad de reorganizarse (Fava Vizziello et al., 1993).

El segundo punto se refiere a las primeras visitas de los padres a UTI neonatal; una investigación realizada por Shellabarger y Thompson (1993) demostró que algunos padres no lograban tocar a sus hijos y concentraban su atención en la tecnología del lugar. En este sentido, el mirar del bebé puede reflejar la fuga de sus propios padres.

Por medio del análisis estadístico utilizando el test de Pearson, se observaron algunas correlaciones importantes entre las variables analizadas.

Primeramente, como era esperado, es importante destacar que un mayor tiempo de hospitalización se relacionó con bebés de menor edad gestacional y menor peso al nacimiento. Se sabe que el alta hospitalaria está influenciada directamente por el peso del bebé (usualmente bebés de hasta 2 kilos permanecen hospitalizados) y con una mayor estabilidad fisiológica y comportamental (que mejora progresivamente con el aumento de la edad gestacional). También, como estos bebés permanecieron mayores períodos hospitalizados recibieron consecuentemente un mayor número de visitas de la madre.

Frente a la incompletud e inmadurez de los bebés que necesitaban de ARM (a pesar de las medias de IG entre los grupos no presenta una diferencia estadísticamente significativa), se podría suponer que estos recién nacidos necesitan permanecer mayor tiempo internados. Por otro lado, el número de días de hospitalización no demostró una correlación estadísticamente significativa con el número de días en ARM. Se infiere aquí que tal vez la dependencia de la asistencia respiratoria mecánica no sea la variable más importante de las dificultades halladas en la hospitalización de los bebés del grupo 2. Por otro lado, la madurez motora de los bebés (que se relaciona con el grado de estimulación de los padres y de la significación otorgada a los sentimientos del bebé) se correlaciona significativamente con los siguientes aspectos: orientación visual del bebé (animada e inanimada), orientación auditiva + visual del bebé (animada e inanimada), orientación auditiva (animada), alerta del bebé, tono, respuesta al manoseo de pujar para sentarse, nivel de actividad del bebé, cualidad de alerta, estados, además de los reflejos. Por lo tanto, es por medio del cuerpo que el recién nacido se construye afectivamente y se expresa en las relaciones con los otros. De este modo, una buena relación inicial madre-bebé posibilitará un "diálogo tónico" (corporal) entre madre e hijo de forma de posibilitar un adecuado desarrollo psicomotor.



También se verificó que la respuesta a la manipulación de empujar al bebé para sentarse y el reflejo de llevar la mano a la boca (que puede ocurrir espontáneamente cuando el RN trata de consolarse al llorar) apareció en bebés con mayor peso e IG al nacer, demostrando una correlación significativa y directa con la madurez fisiológica del RN.

En cuanto a las visitas de las madres a los bebés algunos aspectos se mostraron (en el análisis estadístico) inversamente correlacionados. En primer lugar, cuanto mayor es el número de visitas de la madre, más dificultades presentaban los recién nacidos en el acostumbramiento al sonido de estimulación con el sonajero durante el sueño. Sin embargo, en este caso es importante señalar que recibieron más visitas los bebés que permanecieron más tiempo hospitalizados, y de este modo también se halló que cuanto mayor es el período de internación más dificultades en el acostumbramiento al sonido de estimulación con el sonajero durante el sueño presentaban los bebés. Entonces, se sabe que al nacer el neonato se halla frente a una nueva realidad de ruidos, pero el prematuro en UTI neonatal sufre este impacto aún más abruptamente, y la hospitalización como un todo es bastante estresante. Es así que habrá una mayor dificultad en el bebé para habituarse al exceso de estimulación sonora que lo incomoda. Es decir que el bebé que necesita cuidados intensivos se ve frente a ruidos bastante molestos, como los sonidos del funcionamiento del ventilador, alarmas, sonidos de abrir y cerrar las incubadoras, además de las propias voces de los profesionales de la salud (por mas silencioso que sea el equipo).

Otros aspectos que demostraron correlación inversa con el número de visitas de la madre fueron: el autoconsuelo del bebé (que es el esfuerzo que se puede observar durante el llanto del bebé para tranquilizarse por sí mismo), la facilitación del examinador durante el examen (utilizando procedimientos que ayuden a la performance del bebé) y la respuesta emocional del examinador (que refleje los propios sentimientos del examinador sobre las dificultades halladas durante el examen del bebé). Todos estos ítems pueden reflejar posibilidades del bebé en solicitar auxilio para mejorar su organización fisiológica y comportamental y esto sólo es posible cuando siente que puede pedir esta ayuda (sólo es posible cuando existe una madre). Entonces, el bebé tiene más dificultades en consolarse solo, precisa de más manipulación de facilitación durante el examen y su comportamiento se traduce en un sentimiento del examinador de que este bebé es más difícil para ser examinado.

Además, como información adicional, se verificó que los bebés que recibieron menor número de visitas de las madres eran aquellos más robustos o resistentes. O sea, bebés que ya presentaban reservas de energía disponible para la interacción, que eran más responsivos y focalizaban bien esta energía recibieron menor número total de visitas de sus madres. Se puede presuponer que como estos niños aparentaban más salud terminaban permitiendo una mirada más tranquila de



las madres en relación a ellos, no exigiendo tanta ansiedad en cuanto a cantidad de visitas. Es importante esclarecer que en este estudio no hicimos un control de tiempo de duración total de las visitas de las madres, que también hipotéticamente podrían ser de mayor período (porque los bebés lo permitían) y por lo tanto, no eran realizadas diariamente.

El número de días de hospitalización también mostró relación (correlación significativa directa) con aspectos negativos en el bebé: mayor rapidez de descontrol en el examen (se agita como respuesta a pequeños estímulos), se presenta más irritable y con mayor labilidad de estados (cantidad de cambios de estado del bebé durante la evaluación). Estos aspectos hacen pensar sobre los procesos mentales inconcientes existentes en el RN, o sea, en este momento, el principio de placer es el que gobierna y de este modo todo el ambiente estresante de la UTI neonatal tiene como resultado expresivo, en el bebé, una búsqueda de distanciamiento de todos estas molestias (luces, sonidos, procedimientos dolorosos, manipulaciones sin cariño...). El RN tiene como recursos la alucinación de la descarga motora (por ejemplo, a través del llanto convulsivo o el cambio de estados por cualquier estímulo).

Además de estas variables, la renta familiar también presentó correlación significativa inversa con diversos ítems relacionados con el comportamiento neonatal.

Es así que cuanto menor la renta familiar se halló: mayor orientación visual (animada) del bebé, mayor orientación visual (inanimada), más alerta del bebé, menor costo para el mantenimiento de un estado de alerta del bebé, menor irritabilidad general del bebé y mejor fue la respuesta emocional del examinador.

De esta forma, en los aspectos citados más arriba no encontramos referencias teóricas que sustentasen directamente estos hallazgos. Por el contrario (por trabajos americanos, Stewart, 1998) era de esperar que las madres con menor nivel de educación y viviendo en condiciones de pobreza no tuviesen tanta receptividad con respecto al bebé (por los enormes desafíos que enfrentan diariamente y que las absorbe de manera importante) en esta situación de internación en UTI neonatal, y consecuentemente los bebés presentasen más dificultades de alerta, interactuasen menos visualmente y hasta estuviesen más irritados.

Como se encontró justamente lo opuesto, se puede plantear la hipótesis de que estas madres más pobres presentan una expectativa diferente de las madres que tienen una renta familiar mayor, es decir que el permanecer en la UTI neonatal puede ser la representación de que su bebé está siendo cuidado de una manera que ellas no podrían hacerlo. Por otro lado, las madres de una clase más favorecida podrían solamente sentirse impotentes frente a la situación de no poder llevarse el bebé a su casa como había sido planeado. Con expectativas tan diversas las familias más pobres pueden



finalmente demostrar una disponibilidad interna mayor y de esta forma propician una mayor contención en sus hijos.

Conclusión

En esta investigación se evidenció que cuanto mayores son los riesgos del bebé en la UTI neonatal, considerado en este estudio por la necesidad de la utilización de ARM, son mayores los estados de angustia (frente al trauma de nacimiento), lo que se refleja en la interacción con sus bebés. En este sentido, se puede añadir que el número de visitas para estos bebés que utilizan ARM al nacer era más reducido.

Otro aspecto importante es la claridad con que la relación madre y bebé mostró ser bidireccional, o sea, cuando el prematuro tenía posibilidades de interactuar lo hacía, y la madre continuaba respondiéndole. Por otro lado, si el RN se mostraba desorganizado, también los padres estimulaban poco al bebé y esto nuevamente se reflejaba en el comportamiento: en los estados (mucho somnolencia), en el mirar (desvío reflejando la propia fuga de los padres) y señales de irritabilidad (exigiendo de los padres más esfuerzo para calmarlo, o en el otro extremo para despertarlo). El bebé expresaba a través de su cuerpo (polo motriz del sistema nervioso) toda su percepción de la estimulación en el UTI neonatal, es decir, su sueño excesivo y su irritación se traducen como fuga a estos estímulos.

Además de estos puntos, el aspecto de una menor renta familiar se correlaciona con comportamientos positivos de orientación del bebé y menor irritabilidad llama la atención acerca de los aspectos sociales en las diferentes culturas. Como la muestra estaba compuesta por individuos de renta más baja, estos aspectos pudieron ser demostrados en esta población. Sin embargo, para trasponer estos datos a la población brasilera en general, era necesario enfocar los factores socio-económicos en otras investigaciones, verificando la interacción entre madres y prematuros, además del comportamiento de estos bebés. También son necesarios más "follow-up" de estas criaturas para que se verifique que tipo de modificaciones suceden en estos aspectos con el desarrollo psico-motor-afectivo.

En relación al problema inicial de esta investigación, se infiere que las utilidades de máquinas para ventilación no son las principales responsables por los hallazgos en relación con la organización fisiológica y el comportamiento motor, que eran observados en los prematuros que fueron sometidos a VM. Esto porque no había correlación entre tiempo de internación hospitalaria y el período en VM. Por otro lado el tiempo de internación se relacionó con el número de visitas. Así, los bebés que respiraban espontáneamente desde el nacimiento, y que en promedio recibieron más visitas de las madres, demostraron una mejor orientación social-interactiva (visual y auditiva), eran más alertas y presentaban mayores niveles de madurez motriz. Se infiere que con mayores de interacción con sus madres estos bebés desarrollaban sus



capacidades de maduración antes que los demás bebés (como preparación para acciones de movimiento voluntario).

Finalmente, se concluyó que “las máquinas no son el único problema”, porque ellas posibilitaron una mayor supervivencia de los bebés que eran tan deseados. Esto es porque el *desvalimiento* del prematuro es mayor que el descrito para el RN, tanto porque no es sólo fisiológico como porque no es sólo él quien sufre (y por lo tanto el sufrimiento no es sólo por la máquina). La relación de la dupla madre -bebé fue interrumpida en la situación traumática de separación precoz en la hospitalización. De este modo, en el momento que la madre restablece la relación con su hijo protegiéndolo, éste retribuirá por medio de respuestas positivas en el comportamiento motor, atencional-interactivo, de organización fisiológica y de estados.

Recibido: 24 de junio de 2003

Versión Final: 13 de agosto de 2004

Bibliografía

Bravo, R. S. (1993), *Tesis Doctorales y trabajos de Investigación Científica*. Paraninfo. Madrid. España. 1993.

Brazelton, T. (1973), *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge. Londres. 1995.

Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1990), *As primeiras relações*. Martins Fontes. São Paulo. Brasil. 1992.

Brazelton, T. B. et al. (1987), *A dinâmica do bebê*. Artes Médicas. Porto Alegre. Brasil. 1987.

Buren, J. V. (1993), Mother-Infant semiotics: intuition and the development of human subjectivity - Klein/Lacan: Fantasy and meaning. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. v. 21, n. 4, p. 567-80, 1993.

Charpak, N. (1996), *O método mãe-canguru - Pais e familiares podem substituir as incubadoras*, Mc Graw-Hill, Rio de Janeiro. Brasil. 1999.

Collado, C. K. (1998) *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill. México. 1998.

Coriat, H. L. (1997), Estimulación Temprana: la construcción de una disciplina el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la infancia*. F.E.P.I, Buenos Aires, n° 8, p. 29-41, sep. 1997.



Cramer, B. (1989) *Profissão bebê*. Martins Fontes. São Paulo. Brasil. 1993.

Esser, G.; Dinter; Jorg; Rose; Villalba; Laucht (1993), Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. *Z Psychoson. Med. Psychoanal.* Vandenhock and Ruprecht. v. 39, n° 3, p. 246-64, 1993.

Fava Vizziello, G.; Zorzi, C.; Bottos, M. (1992), *Los hijos de las máquinas – La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1993.

Ferraz, M. A.; Chaves, R. L. (1996), Bebês prematuros: aspectos emocionais envolvidos. *Pediatria moderna*. São Paulo, Grupo editorial Moreira, v. XXXIII, n° 7, p. 784-90, dez. 1996.

Fisberg, M. et. al. (1997) Baixo peso ao nascimento – desenvolvimento neuropsicomotor de crianças P.I.G. *Pediatria moderna*. São Paulo, Grupo editorial Moreira, v. XXXIII, n° 3, p. 124-127, 1997.

Freud, Sigmund (1950 [1895]), Oprojeto. In: *Obras psicológicas completas*. Imago. Río de Janeiro. Brasil. v. 1, 1976.

Fuchs, S. C. P. C. (1995), Epidemiologia aplicada à pesquisa de determinantes da saúde infantil: fundamentos e métodos. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. v. 71, n° 3, p. 132-8, 1995.

Jerusalinski, A. (1989), *Psicoanálise e desenvolvimento infantil – um enfoque trans - disciplinar*. Artes Médicas. Porto Alegre. Brasil. 1989.

Lebovici, S. (1987), *O bebê, a mãe e o psicoanalista*. Artes Médicas. Porto Alegre. Brasil. 1987.

Maldavsky, D. (1994), *Pesadillas em vigília – sobre neurosis tóxicas e traumáticas*. Amorrortu. Buenos Aires, 1994.

Mazet, P.; Stoleru, S. (1990) *Manual de Psicopatologia do Recém-nascido*. Artes Médicas. Porto Alegre. Brasil, 1990.

Neves, N.; Hasson, A. (1994), *Del suceder psíquico – Erogeneidad y estructuración del yo en la niñez y la adolescencia*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1994.

Roman, L. A. et al. (1995), Parent-to-parent support initiated in the neonatal intensive care unit. *Research in nursing and health*. John Wiley and sons, v. 18, p. 385-94, 1995.



Shellabarger, S. G.; Thompson, T. L. (1993), The critical times: meeting parental communication needs throughout the N.I.C.U experience, *Neonatal Network*. U.S.A. v. 12, n° 2, p. 39-45, mar. 1993.

Spiker, D. et al. (1993), Enhancing maternal interactive behavior and ????????
(falta texto - va nota)

Spitz, R. A. (1963), O primeiro ano de vida. Martins Fontes. São Paulo. Brasil. 1993.

Stewart, P. J. (1998), Um desafio comunitário - Prevenção do baixo peso no nascimento. *Orgyn*. n° 1, 1998.

Umphred, D. A. (1994), Fisioterapia Neurológica. Manole. São Paulo. Brasil. 1994.