

REPRESENTACIONES MATERNAS, APEGO Y DESARROLLO EN LOS NIÑOS PREMATUROS*

Graziella Fava Vizziello**, Lucilla Rebecca***
y Vincenzo Calvo****

RESUMEN

Un grupo de 34 niños prematuros internados al nacer, con riesgo neuropsíquico de bajo o mediano nivel, y un grupo de niños nacidos a término fueron observados durante un período de 12 meses.

Además de la evaluación normal (observación del niño y su relación con su madre, entrevista clínica y evaluación de desarrollo) se realizó una entrevista semiestructurada con las madres (NICU-R). La entrevista NICU-R proporciona información sobre la representación materna con respecto al niño, a sí misma y al padre, y sobre su desarrollo a través del tiempo (5 días después del primer contacto físico materno con el niño, y al cuarto, séptimo y duodécimo mes de edad compensada). Se investigan las representaciones perceptuales y definitivas. También se aplicaron la Situación Extraña (Strange Situation) y la Entrevista AAI para la evaluación del apego del niño y de la madre.

* Ponencia presentada en el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), que bajo el título "Perspectivas actuales de la comprensión psicodinámica del niño y del adolescente" se celebró los días 17 y 18 de octubre de 1997 en Lleida.

** Graziella Fava Vizziello, profesora de Psicopatología General y Evolutiva, Facultad de Psicología, Universidad de Padua (Italia).

*** Hospital de Camposampiero (Padua) Italia. Psicólogo.

**** Universidad de Padua (Italia) Psicólogo.

Los resultados fueron los siguientes:

1. El peso al nacer, la edad gestacional y los días de internamiento no influyen en el apego.
2. El 36.4% de los niños prematuros tienen un apego seguro, el 21.2% inseguro-evitativo, el 12.1% inseguro-ambivalente y el 30.3% desorganizado. Esta distribución difiere estadísticamente en los niños nacidos en término. Existe una mayor presencia, estadísticamente relevante, del estilo ambivalente de unión afectiva en los niños prematuros respecto a los niños nacidos en término. Desde el punto de vista clínico, los estilos de apego son diferentes debido a una mayor presencia de niños desorganizados y una presencia atípica de cuatro niños inclasificables (UABC).
3. La Entrevista AAI demostró que el porcentaje de madres con apego “complicado” (Entangled) que tienen niños prematuros es mayor que las que tienen niños nacidos en término. Probablemente esta situación de conflicto haya estado presente antes del nacimiento.
4. En las madres con niños prematuros las diferencias en los estilos de apego están relacionadas con un cambio más paulatino de las Representaciones Perceptuales.
5. La evolución positiva depende de la capacidad de las madres de organizar rápida y coherentemente sus representaciones, sobreponiéndose a su ambivalencia con respecto al niño. Una fuerte interacción y las dificultades de relación influyen en el coeficiente de desarrollo a lo largo del tiempo, induciendo faltas de armonía en el desarrollo.

REPRESENTACIONES MATERNAS, APEGO Y DESARROLLO EN LOS NIÑOS PREMATUROS

Un primero seguimiento de niños prematuros de alto riesgo neuropsíquico al nacimiento (niños que hoy tienen 14 años)

dio importantes informaciones sobre el desarrollo anómalo y la gran complejidad de una evaluación de la psicopatología de estos niños, que es muy elevada (Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos, 1992). Entonces hemos pensado en estudiar de manera más profunda las situaciones de organización patológica en relación con el apego, pues salió muy claro en el primer seguimiento que el problema central es de relación y no orgánico.

Se organizó la observación y seguimiento, en función de los aspectos evolutivos, de un grupo de niños prematuros internados al nacer con un riesgo neuropsicológico moderado. Se utilizaron evaluaciones clínicas y métodos diseñados especialmente para analizar cuidadosamente el mundo representativo materno con relación al desarrollo del niño y al tipo de apego. Actualmente, atravesamos una etapa en la cual las implicaciones clínicas del apego ocupan gran parte de las investigaciones experimentales y estudios longitudinales, especialmente aquellos diseñados para detectar factores de riesgo en forma temprana y para poder establecer medidas preventivas. Entre las herramientas utilizadas (las cuales se mencionarán en el texto), queremos mencionar como herramienta de investigación la Entrevista de la unión afectiva de adultos (Adult Attachment Interview, AAI; George, Kaplan & Main, 1985). Se considera que esta herramienta predice el apego del niño si se le aplica a la madre desde el tercer período del embarazo (Fonagy, Steele, & Steele, 1991).

El objetivo de aplicar ambas entrevistas, R Interview (Stern et al., 1989), que provee información sobre las formas de organización materna a través del tiempo, y la Entrevista de la unión afectiva de adultos (AAI), fue para entender, por lo menos en parte, el tipo y nivel de conocimiento y el poder de predicción de estas herramientas en la práctica clínica. Además, podemos comprender mejor y disponer de mayor información precisa sobre el desarrollo irregular y atípico durante los primeros años de vida de los niños prematuros, especialmente con todo lo relacionado a las indicaciones y contraindi-

caciones de las intervenciones. En los últimos años, las características atípicas en el desarrollo de estos niños han provocado formas de ayuda discordantes, que no siempre tienen el efecto deseado y producen en más de una ocasión resultados negativos.

Tratamos de comprender, al menos en parte, como se organiza este desarrollo a pesar de ser atípico y que factores lo causan y son causados por éste. Se reconsideró, no solamente la literatura sobre los niños en riesgo (Butcher, Kalverboer, Minderaa, Van Doornaal, & Wolde, 1993; Field, Dempsey, & Shuman, 1983; Goldberg, Corter, Lojkaser, & Minde, 1990; Kreisler, 1977; Minde et al., 1989; Rubin, Rosenblatt, Balow, & Balow, 1973; Sameroff & Chandler, 1975) y nuestras propias experiencias durante las observaciones (Fava Vizziello, 1981; Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos 1992), sino, también la importancia de los factores considerados patógenos (peso al nacer, período de internamiento, etc.). Esto llevó a una revisión de las funciones que otros estudios han atribuido a los estilos de apego y a estudiar su distribución en nuestra muestra. Los datos de la literatura no coinciden en sus resultados en cuanto al apego en niños prematuros. Algunos autores destacan que no emergen diferencias significativas en la distribución de los estilos de apego entre los niños prematuros y los demás (Brown & Backeman, 1980; Easterbrooks, 1989; Frodi & Thompson, 1985; Goldberg, 1988; Goldberg, Perrotta, Minde, & Corter, 1986; Macey, Harmon, & Easterbrooks, 1987; Rode, Chang, Fisch, & Sroufe, 1981). Sin embargo, otros mantienen que existen diferencias perceptibles, particularmente cuando se asocia la condición prematura con otro problema, como pueden ser una patología seria o, simplemente una situación socioeconómica desfavorable. Plunkett et al. (1986), por ejemplo, encuentra un porcentaje mayor de niños con apego inseguro-ambivalente en un grupo de niños prematuros con patologías respiratorias al nacer; Wille (1991) también denuncia un porcentaje mayor de niños con apego inseguro-ambivalente en los niños prematuros con bajo peso al nacer.

MÉTODO

El Grupo

El grupo consiste de 34 niños prematuros nacidos entre la 27^a y 36^a semana de gestación (promedio 33.1) en el Hospital Camposampiero, cerca de Padua (Italia). Se monitorizaron desde el nacimiento hasta los doce meses de vida. Estos niños (16 varones, 47.1% y 18 niñas, 52.9%), nacidos en un período de 2 años entre 1991-1992, tenían peso heterogéneo y trastornos al nacer, causa de la prematuridad y el tiempo de internación (Tabla 1). El grupo se eligió al azar.

TABLA I
**INFORMACIONES GENERALES SU
 EL NACIMIENTO (N = 34)**

Edad gestacional (semanas de gestación)	promedio = 33.1, ds = 2.73	intervalo = 27-36
Peso al nacer (gramos)	promedio = 1880.6, ds = 621.9	intervalo = 870-3380
Hipodistrofia (Small for Gestational)		
- si	N = 14	41.2%
- no	N = 20	58.8%
período de internamiento del niño (días)	promedio = 39.5, ds = 26.9	intervalo = 7-90
Tipo de parto		
- natural	N = 6	17.6%
- cesárea	N = 28	82.4%
Causa de prematuridad		
- placenta previa	N = 7	20.6%
- ruptura saco amniótico	N = 10	29.9%
- gestosis	N = 11	32.4%
- embarazo múltiple	N = 2	5.9 %
- insuficiencia de la placenta	N = 2	5.9 %
- diabetes en embarazo	N = 1	2.9 %
- otro	N = 1	2.9 %

Para comparar los estilos de apego utilizamos:

(1) Nuestro grupo de control de 32 niños nacidos en término cuyas madres, pertenecientes a una población general, habían acordado formar parte de un estudio longitudinal en el momento en que se inscribieron en el curso prenatal (Fava Vizziello, Maestro, & Simonelli, 1996).

(2) Otro grupo de Italia, constituido por 48 niños nacidos a término (Ammaniti, Candelori, Pola, Speranza, & Tambelli, 1994).

Hipótesis

A través de esta investigación deseábamos analizar cinco hipótesis principales.

1. La presencia de diferencias significativas entre la distribución de los estilos de apego en el grupo de investigación (niños prematuros) y en los dos grupos de control de niños de Italia nacidos a término.
2. Cualquier relación entre la historia clínica del niño y su familia y el tipo de apego a los 12 meses de vida.
3. Cualquier relación entre la representación de la percepción materna del niño y otras figuras importantes, el tipo de perfil emergente y la dirección del movimiento del perfil a lo largo del tiempo, además de cualquier relación con los estilos de apego.
4. La relación entre las representaciones perceptivas maternas, tipo de apego de la madre y los estilos de apego del niño a los 12 meses.
5. La relación entre el tipo de apego y el desarrollo psicomotor del niño durante el primer año de vida.

Materiales

Todos los niños y las madres fueron entrevistados en etapas determinadas (cuarto día posterior al primer contacto con el niño; cuarto, séptimo y décimo segundo mes de edad compensada). Se eligieron estas etapas para que coincidieran con nuestro grupo de niños nacidos a término (Fava Vizziello, Anto-

nioli, Cocci, & Invernizzi, 1992, 1993), considerando el cuarto día posterior al primer contacto como el cuarto día post-parto y, subsiguientemente, la edad corregida en vez de la edad real. En cada etapa se le administró a la madre la Entrevista NICU-R, una versión modificada de la Entrevista R (Stern et al., 1989), para analizar las experiencias maternas con respecto al embarazo, el nacimiento y el niño, y la forma en que la madre organiza su experiencia dentro de una estructura narrativa. La estructura narrativa de cada entrevista fue analizada por un grupo independiente para identificar un tema contratransferencial dominante relacionado con el niño y con el yo como madre. Estos temas luego se clasificaron en cuatro categorías principales de acuerdo a su función manifiesta en la economía psíquica de la mujer (Fava Vizziello et al., 1993):

- (A) Organización orientada al deseo: agrupa temas que tienen una función reparatoria o compensatoria dirigida a mantener un ideal estable del yo.
- (B) Organización orientada a la defensa: expresa una dimensión intrapsíquica que protege contra la herida del narcisismo y tiene una función homeostática para mantener la autoestima.
- (C) Organización orientada al miedo: agrupa todos los temas que expresan miedos y preocupaciones referente al desarrollo del niño y a la capacidad paternal, revelando la ambivalencia materna.
- (D) Falta de organización: agrupa los temas que no tienen una función reconocible. Incluye todas las situaciones en que la mujer no parece tener un espacio mental para el niño o para sí misma como madre. Generalmente es de origen conflictivo o relacionado con traumas o aflicciones no resueltas.

La entrevista NICU-R (NICU-R Interview) también incluye seis escalas perceptuales relacionadas con el yo como madre y como mujer, con el niño, con la propia madre, y con la pare-

ja tanto como hombre y como padre. Las Escalas de Evaluaciones Perceptuales (Perceptual Assessment Scales), que tienen una estructura similar a la Escala Lickert, son de dos tipos: la primera se utiliza para evaluar la representación materna del niño y de sí misma como mujer; la segunda para evaluar su yo como madre y a su propia madre; las cualidades utilizadas se refieren a la función personal, estilo interpersonal, aspectos afectivo-emocional y al papel paternal.

Desde el cuarto mes en adelante, al niño se le aplica la Escala de Desarrollo Psicomotor (Brunet & Lézine, 1951), diseñada para calcular un cociente general de desarrollo (CD) para los niños entre uno y treinta meses de edad¹.

A los 12 meses se grabó en vídeo con la madre el procedimiento de la Situación Extraña (Strange Situation, SS, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Ainsworth & Wittig, 1969). Este es un procedimiento estándar de laboratorio², desarrollado para activar y/o intensificar el comportamiento de apego en los niños. El objetivo es identificar cuatro estilos principales de apego (A inseguro-evitativo, B seguro, C inseguro-ambivalente, y D inseguro desorganizado-desorientado³), basados en la

¹ Los ítems se dividen en cuatro áreas: Escala P (desarrollo motor y de postura), Escala C (desarrollo de la coordinación, ajuste y comportamiento con los objetos), Escala L (desarrollo del lenguaje pre-verbal y verbal), Escala S (desarrollo de las relaciones sociales). La posibilidad de contar con un cociente general y una puntuación para cada área nos permite identificar un perfil diseñado para facilitar la comprensión del desarrollo sintónico en cada etapa evolutiva.

² La Situación Extraña consiste en ocho episodios que ocurren en un período determinado, durante el cual se expone al niño a un estrés moderado y creciente, debido a separaciones constantes de la madre, a la presencia de una persona extraña y al entorno poco familiar. Esto conduce a una situación que el niño vivencia como potencialmente peligrosa, forzándolo a adoptar estrategias de comportamiento dirigidas a traer de regreso a la madre y con ella el sentimiento de seguridad. Dado que los esquemas del comportamiento se estructuran a los doce meses, el objetivo de la Situación Extraña es evaluar las diferencias individuales al enfrentar este tipo de estrés.

³ Esta categoría la introdujo en una fecha posterior Main y Solomon (1986, 1990).

manifestación del comportamiento del niño a lo largo del procedimiento y en particular en los momentos de separación y reunión con la madre. En nuestra investigación, tres investigadores independientes clasificaron la Situación Extraña, alcanzando un acuerdo inicial del 79%. El grupo estudiaba cada desacuerdo en la clasificación hasta llegar a un consenso.

Por último, nuevamente a los doce meses de edad compensada del niño, se realizaba con la madre la Entrevista de la unión afectiva de adultos (Adult Attachment Interview, AAI; George, Kaplan & Main, 1985). Esta es una entrevista semiestructurada, cuya transcripción está diseñada para llegar a una clasificación definitiva para la predicción del apego⁴.

PROCEDIMIENTOS DEL ANÁLISIS

Se utilizaron los siguientes métodos para analizar las distintas hipótesis:

1. Para la comparación estadística entre la distribución de los estilos de apego en nuestro grupo y en los grupos de control seleccionados, utilizamos el método propuesto por Van IJzendoorn et al. (1992)⁵.
2. Para evaluar las relaciones entre los estilos de apego y los diferentes factores de predisposición (historia clínica y factores familiares), utilizamos el análisis Chi square

⁴ Estas categorías son: Ds (Dismissing, Dimisionaria del apego). F (Free, Seguro, Libre, Autónomo), E (Entangled, Preocupado/Implicado) (Main & Goldwyn, 1994).

⁵ Este involucra la construcción de una tabla de contingencia en la cual una de las dos distribuciones marginales consisten en el número de individuos en cada uno de los grupos considerados, y la otra en la frecuencia de las clasificaciones A, B, C, D de estos grupos. Los residuos estandarizados son calculados para cada casillero, cuya suma al cuadrado corresponde al Chi square de Pearson (χ^2). En grupos suficientemente extensos, estos residuos se distribuyen asintóticamente como puntos z e indican la amplitud y dirección de la desviación de las frecuencias observadas y de las esperadas, de acuerdo a la distribución marginal. El z crítico es de 2.60 por $\alpha = .05 / r * c$.

de Pearson (χ^2) para las variantes de categoría (sexo, causa de la prematuridad, tipo de parto, patología perinatal, hipodistrofia, pérdidas anteriores, hermanos nacidos muertos, educación y profesión de las madres), y el análisis de la variación (ANOVA) para variantes continuas (semanas de gestación, peso al nacer, duración de la hospitalización del niño).

3. Se utilizaron los exámenes ANOVA y T-test para comparar los promedios del perfil perceptivo de acuerdo a los estilos de apego, y para evaluar el movimiento de las representaciones perceptivas a lo largo del tiempo. Por último el análisis χ^2 de Pearson y el análisis Log-Linear (logarítmico-lineal; Cristante, 1990) se utilizó para evaluar la asociación entre los estilos de apego y las organizaciones narrativas.
4. Para evaluar la relación entre los estilos de apego infantil, tipo de apego y la organización narrativa materna, utilizamos el análisis χ^2 de Pearson y el análisis Log-Linear (logarítmico-lineal).
5. Se utilizó ANOVA para comparar los promedios del perfil del desarrollo y los estilos de apego, y el examen T (T-test) para estudiar las variaciones de los cocientes de desarrollo (CD) a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

1. Distribución de los Estilos de Apego

La **Situación Extraña**⁶ clasificada de acuerdo a las tres categorías tradicionales de apego (inseguro-evitativo, seguro, inseguro-ambivalente) proporcionó la distribución que muestra la Tabla 2.

⁶ La Situación Extraña fue codificada únicamente en 33 niños; un niño fue excluido debido a un error en los procedimientos.

TABLA II

**DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO DE ACUERDO
A LAS TRES CATEGORIAS A, B, Y C DE AINSWORTH**

Apego	Frecuencia	Porcentaje
Estilo A, inseguro-evitativo	8	24.2 %
Estilo B, seguro	13	39.4 %
Estilo C, inseguro-ambivalente	8	24.2 %
Inclasificable (UABC)	4	12.1 %

En el grupo prevalecen los niños seguros (39.4%), los niños inseguros se distribuyen del mismo modo entre los estilos de apego evitativo (24.2%) y ambivalente (24.2%). Por último, cuatro niños (12.1%) no pudieron ser clasificados (UABC, Unclasificable as A, B, C, Main & Solomon, 1990). Si la nueva categoría D (Desorganizado-Desorientado), introducida por Main & Solomon (1986, 1990) también se utiliza, el grupo se distribuye de la siguiente manera: 12 niños con estilo de apego seguro (36.4%), 7 niños con apego evitativo (21.2%), 4 niños con apego ambivalente (12.1%) y 10 niños con apego desorganizado (30.3%). Los cuatro niños anteriormente considerados inclasificables con las categorías Ainsworth A, B y C, mostraron altos índices de desorganización, por lo tanto se los clasificó como D. También se encontraron señales consistentes de desorganización en otros seis niños, que habían sido clasificados anteriormente en las otras categorías (1 en A, 1 en B y 4 en C) (Tabla 3).

TABLA III

**DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO DE ACUERDO
A LAS CATEGORIAS A, B, C Y D**

Apego	Frecuencia	Porcentaje
Estilo A, inseguro-evitativo	7	21.2 %
Estilo B, seguro	12	36.4 %
Estilo C, inseguro-ambivalente	4	12.1 %
Estilo D, desorganizado-desorientado	10	30.3 %

La comparación entre la distribución de los estilos de apego en nuestro grupo de niños prematuros y los niños italianos nacidos en término muestra una distribución substancialmente similar en los estilos de apego Seguros. Existe una mayor presencia, estadísticamente relevante, del estilo de apego ambivalente en los niños prematuros que en los dos grupos de niños nacidos en término (Tabla 4 y Tabla 5).

TABLA IV
DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO EN LOS NIÑOS PREMATUROS Y LOS NIÑOS ITALIANOS NACIDOS EN TERMINO (FRECUENCIA Y PORCENTAJE)

Grupos	Apego A evitativo	Apego B seguro	Apego C ambivalente	Apego D desorganizado
Nuestro grupo de 33 niños prematuros	7 21.2%	12 36.4%	4 12.1%	10 30.3%
Nuestro grupo de 32 niños nacido en término Fava Vizziello et al., 1996)	9 28.1%	17 53.1%	0 0%	6 18.7%
Otro grupo de Italia de 48 niños nacido en término (Ammaniti et al., 1994)	17 35.4%	18 38.7%	0 0%	13 27.1%

TABLA V
DISTRIBUCION DE LOS ESTILOS DE APEGO EN LOS NIÑOS PREMATUROS Y LOS NIÑOS ITALIANOS NACIDOS EN TERMINO (RESIDUOS ESTANDARIZADOS)

Grupos	Apego A evitativo	Apego B seguro	Apego C ambivalente	Apego D desorganizado
Grupo de niños prematuros	-0.85	-0.47	2.62**	0.53
Grupo 1 de niños nacido en término (Fava Vizziello et al., 1996)	-0.11	1.01	-1.06	-0.77
Grupo 2 de niños nacido en término (Ammaniti et al., 1994)	0.80	-0.44	-1.30	0.19

Nota: ** residuo estadísticamente relevante

2. Historia Clínica y Datos Familiares

El análisis de las relaciones entre los estilos de apego y los factores físicos y ambientales muestra que el tipo de apego es totalmente independiente de: sexo ($\chi^2 (3) = 4.71$, **ns**), tipo de parto (cesárea o natural, $\chi^2 (3) = 2.08$, **ns**) edad gestacional al momento del nacimiento (**F** (3, 29) = 2.37, **ns**), peso al nacer (**F** (3, 29) = .37, **ns**), hipodistrofia⁷ ($\chi^2 (3) = 1.56$, **ns**), enfermedades perinatales ($\chi^2 (3) = 1.23$, **ns**), y tiempo de internación (**F** (3, 29) = 1.11, **ns**).

Las aflicciones previas, pérdidas o parto muerto no parecen estar directamente relacionados con el estilo de apego del niño. Cuando dichos conflictos se registran en la entrevista como experiencias traumáticas que la madre reconoce como factores que pueden influir en su relación con el niño, existe una tendencia de asociación con los índices de desorganización en el apego (análisis logarítmico-lineal, $p < .10$); y viceversa, en la ausencia de conflictos no resueltos, puede desarrollarse un estilo A, B, o C.

3. Las Representaciones y el Apego

El análisis de la asociación entre las organizaciones temáticas y los estilos de apego revela la existencia de una tendencia hacia un significado estadístico entre el estilo de apego desorganizado y la ausencia de la organización temática del niño y del yo como madre (análisis logarítmico-lineal, $p < .10$), en el cuarto día post-parto. La ausencia de organización es el elemento que con mayor frecuencia caracteriza las representaciones del niño y el yo como madre de mujeres con niños desorganizados. En seis de diez casos (60%) por lo menos una ausencia de desorganización se infirió en las etapas consideradas, mientras que en los 23 niños restantes (estilos A, B y C) solamente se presentó en 6 niños (26%).

⁷ La presencia de la hipodistrofia se evaluó de acuerdo a la Escala Denver (Denver Grid).

Con respecto a las escalas perceptivas, analizamos el movimiento y dirección de los perfiles a lo largo del tiempo. Esperábamos que el análisis longitudinal revelara, ya sea que las madres de niños desorganizados tenían una estabilidad representativa superior a las otras, no pudiendo adaptar sus representaciones al niño, o mayores puntuaciones a lo largo del tiempo, idealizando al niño para compensar sus propias incapacidades. El análisis MANOVA confirmó estos últimos resultados.

Comparando el perfil perceptivo de las madres de niños con estilos de apego diferentes para cada etapa individual, vemos como las diferencias se marcan principalmente en las escalas relacionadas con el niño, el yo como mujer y el yo como madre. Las diferencias principales en la escala con respecto al niño conciernen a la función personal (no inteligente / inteligente, enfermo / saludable) y a los items afectivo-emocionales (feo / guapo, desprendido / afectuoso, sin vida / vivaz, triste / feliz). Por otro lado, la escala relacionada con el yo como madre, muestra un número mayor de pares de cualidades con diferentes puntuaciones, especialmente en el área interactiva (controladora / sumisa, avara / generosa, ocupada / disponible, dependiente / independiente) y en el área que se refiere al papel maternal insatisfecha / satisfecha, desilusionada / orgullosa). No obstante, en todas las escalas las madres de niños desorganizados tienden a tener una puntuación en el punto extremadamente positivo de la escala.

4. Apego Materno y Apego Infantil

Los resultados de la **Entrevista de la unión afectiva de adultos** (AAI) indican una preponderancia de las madres E (**Entangled**, Implicadas) (43.8%) y F (Libres) (37.5%), con un menor porcentaje de madres Ds (**Dismissing**, Dimisionarias*)

* N. del T. "Dismissing", cuyo infinitivo verbal es "Dismiss" traducible como "despedir(se), dimitir, licenciar(se), rechazar... un trabajo. Se elige "dimisionarias" entendiendo que se alude a madres que dimiten de sus responsabilidades maternas.

(19%). Por lo tanto, existe una gran presencia de madres E (**Entangled**, coimplicadas), lo que indica más del doble comparado a otros trabajos que se han realizado de niños nacidos en término (Ainsworth & Eichberg, 1991; Attili et al., 1994). El segundo punto a destacar es que las madres que en el cuarto día post-parto tienen organizaciones orientadas al miedo hacia ellas como madres o hacia el niño, a los doce meses frecuentemente exhiben un apego F (libre) (especialmente, si la organización del miedo sigue constante en el cuarto mes post-parto) (Análisis logarítmico-lineal).

En el nivel transgeneracional encontramos concordancias entre la Situación Extraña y la Entrevista de la unión afectiva de adultos en prácticamente la mitad de los casos, un acuerdo menos marcado de lo que generalmente aparece en la literatura (en general, la asociación es 69-87% de los casos, Main & Goldwyn, 1994). Dichas concordancias se destacan más entre las madres F y los niños seguros y madres E o U y ambivalentes o desorganizados, y es más débil entre las madres Ds y los niños evitativos.

5. Desarrollo y Apego

La comparación de cocientes de desarrollo (CD) en niños con diferentes estilos de apego en las distintas etapas revela que no existen mayores diferencias. La tendencia general indica que los niños ambivalentes y desorganizados tienen un cociente menor de desarrollo, en particular en términos del desarrollo de la postura a los 12 meses ($F(3, 29) = 3.42, p < .05$). Este retraso se acentúa si comparamos los perfiles evolutivos de los cuatros niños con estilo de apego desorganizado, que se consideraron inclasificables dentro de las categorías A, B y C (UABC, Unclasificable as A, B, C). El cociente de estos niños es particularmente bajo en el cuarto mes (cociente general, postura y coordinación) y a los 12 meses (cociente general, postura, lenguaje y socialización) (Tabla 6).

TABLA VI
**PROMEDIO DE LOS COCIENTES DE DESARROLLO
 Y APEGO (ANOVA)**

	Apego A	Apego B	Apego C	Apego U _{ABC}	F (3,29)	P
4 meses						
cociente general	102.6	102.9	98.8	80.5	6.63	.0015 **
postura	101.2	103.2	98.5	68.5	8.36	.0004 **
coordinación	101.8	100.4	97.7	80.5	3.45	.0291 *
lenguaje	105.1	105.7	110.0	90.2	2.22	ns
socialización	104.8	103.0	97.8	90.5	1.22	ns
7 meses						
cociente general	106.5	105.1	105.8	97.0	1.19	ns
postura	109.2	106.8	106.6	98.7	.74	ns
coordinación	105.6	104.6	104.5	93.2	1.43	ns
lenguaje	107.8	99.6	109.1	95.5	2.36	ns
socialización	102.1	102.9	105.0	100.2	.25	ns
12 meses						
cociente general	105.8	104.1	101.7	87.7	5.70	.0037 **
postura	110.5	110.9	98.8	88.2	4.61	.0099 **
coordinación	103.3	103.6	98.4	90.5	2.27	ns
lenguaje	94.1	98.5	105.5	78.5	3.87	.0200 *
socialización	112.8	104.8	108.8	86.0	3.81	.0212 *

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

Con referencia al desarrollo a lo largo del tiempo, observamos que, en términos generales los niños con estilos de apego A, B y C tienden a mantener una evolución constante a lo largo del tiempo, mientras que, los niños con apego desorganizado demuestran una marcada mejoría a los siete meses, y una disminución a los 12 meses.

Por último, debe considerarse la gran falta de armonía⁸ evolutiva en el grupo, la cual no parece estar ligada a ningún

⁸ Una pequeña falta de armonía evolutiva se refiere a una diferencia entre 15 a 25 puntos entre dos de las escalas de desarrollo. Una seria falta de armonía evolutiva se refiere a una diferencia mayor a los 25 puntos.

estilo de apego (Tabla 7). En particular, la presencia de la falta de armonía a los cuatro meses (especialmente en los casos serios) está relacionada con un menor cociente de desarrollo a los 12 meses de edad corregida (Tabla 8). Esto es muy interesante en cuanto que la falta de armonía evolutiva es muy frecuente en los grupos de niños prematuros.

TABLA VII

ARMONIA Y FALTA DE ARMONIA EN LOS COCIENTES DE DESARROLLO (PORCENTAJE)

	4 meses	7 meses	12 meses
armonía en los cocientes de desarrollo	35.3%	61.8%	16.1%
pequeña falta de armonía	29.4%	26.5%	45.2%
seria falta de armonía	35.3%	11.8%	38.7%

TABLA VIII

PROMEDIO DE LOS COCIENTES DE DESARROLLO Y APEGO (ANOVA)

	Armonía evolutiva 4 meses (N = 12)	Pequeña falta de armonía a 4 meses (N = 10)	Seria falta de armonía a 4 meses (N = 12)	F (3,31)	p
12 meses					
cociente general	108.8	100.3	96.3	7.45	.0025 **
postura	113.0	100.3	98.8	3.40	.0490*
coordinación	106.6	102.0	93.7	6.21	.0059**
lenguaje	102.0	92.2	94.1	1.30	ns
socialización	114.2	100.9	100.2	3.34	.0499 *

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las conclusiones de nuestra investigación muestran diferencias consistentes entre los niños prematuros y los demás

con referencia al tipo de apego. Si consideramos las diferencias entre el grupo experimental y los dos grupos control (de Italia), de niños nacidos a término utilizando el análisis estadístico de residuales estandarizados, la falta de madurez incrementa la presencia del estilo de apego inseguro-ambivalente. Desde un punto de vista clínico, el grupo de niños prematuros difiere de los nacidos en término.

Notamos además que existe una gran frecuencia de estilos desorganizados⁹ entre los niños prematuros de nuestra investigación. Entre ellos vale la pena destacar a cuatro, que no pudieron ser clasificados de acuerdo a las categorías originales de Ainsworth, cuyos comportamientos durante la **Situación Extraña** no reflejaron una estrategia de organización. En los casos que consideramos, el tipo de apego no estuvo correlacionado con algunos de los parámetros relacionados con las características de la prematuridad consideradas en la literatura, más bien, solamente expresaba las dificultades maternas para adaptarse a los nuevos canales perceptivos. Clínicamente hablando, estos resultados retroceden a las dificultades y alteraciones de las vivencias maternas. En el nivel representativo se observó como la incapacidad de crear un espacio mental para el niño, marcada por la ausencia de organizaciones temáticas del niño y del yo como madre, especialmente en el momento del primer contacto con el niño, constituye un elemento desfavorable del pronóstico para la relación madre-niño. Esto se expresa frecuentemente en forma de un tipo de apego desorganizado y difiere del grupo de los niños nacidos en término en el cual la organización temática en el período postparto no tiene una importancia pronóstica desfavorable. En cambio, debemos considerar que las madres que han tenido un largo tiempo para organizar mentalmente al niño durante el tiempo en que no pudieron tratarlo como a un niño nacido en

⁹ Crittenden (1997) configura la desorganización como una situación de pasaje y no necesariamente de un apego con problemas mayores.

término, son madres que tienden a implicarse (complicarse) en la representación traumática de la prematuridad. Nuestra hipótesis está avalada por el alto número de madres E (**Entangled**, coimplicadas) en el grupo. Este resultado puede explicarse de dos formas:

- Las madres E tienen una mayor predisposición y están más sujetas a los nacimientos prematuros, o
- el nacimiento prematuro tiene un efecto muy marcado en la madre, forzándola a reelaborar sus modelos intergeneracionales.

El nacimiento prematuro constituye un trauma que puede tener un profundo efecto de desorganización en la personalidad. Además, las estructuras del hospital y el ambiente crean y transmiten expectativas para las madres. Frecuentemente existe la intención (útil y perfectamente legítima) de mostrar a las madres los aspectos positivos y más aceptables del niño y ayudarles a contactar con su niño y superar los primeros días, en los cuales existe un profundo sentido de insuficiencia. Las madres sienten que se espera de ellas que estén especialmente involucradas en la atención del niño, mientras que probablemente ellas sienten que tienen que "compensar por la incomodidad y la insuficiencia" que el niño ha experimentado durante la internación. Esta situación puede, por un lado, inhibir sentimientos agresivos o resaltar la necesidad de reelaborar en un corto período sus propios modelos de estilos de comportamiento y apego. Además la distancia "real" con el niño, creada por la separación después del nacimiento, puede sacar a relucir el problema de la distancia afectiva de las madres con sus propios modelos maternos. En algunos casos ocasionando la reelaboración de los modelos intergeneracionales. El resultado de la acción sinérgica de estos factores puede ser un movimiento hacia una organización maternal menos coherente, más confusa, conflictiva y psicológicamente más involucrada, como el apego E (Entangled, implicado). Las

madres que a los 12 meses pueden mantener un apego libre son aquellas que han podido localizar las características del niño y de ellas mismas como madres en su propio espacio mental, por lo tanto, permitiendo que surja su ambivalencia (organización del miedo) desde el primer contacto con el niño y mantener esta postura estable en los meses siguientes.

Por lo tanto, el nacimiento prematuro parece afectar la identidad maternal en algunas madres, dificultándoles la organización de su propio flujo representativo, especialmente en el período inmediato al post-parto.

En particular, las madres de niños desorganizados son las que enfrentan mayores dificultades para organizar coherentemente la representación del niño, como si aún estuvieran ocupadas elaborando la pérdida de su capacidad de generar un niño perfecto. Parece existir una tendencia en el nacimiento prematuro, por su carácter de situación traumática y desorganizadora, a reactivar pérdidas anteriores que no han sido elaboradas por completo por estas madres, y a constituir una aflicción en sí misma. Esto confirma la importancia de conflictos no resueltos en la organización del apego (Main & Solomon, 1990). No obstante, no deben dejarse de lado algunos aspectos clínicos importantes.

1. Los niños prematuros tienen mayor dificultad para protegerse de los estímulos, y eso les hace más vulnerables que los niños nacidos a término.
2. El proceso de separación-individualización a los nueve meses tiene mayor influencia en los niños prematuros, que llegan a esta etapa antes de poder enfrentarla. Por lo tanto, puede ser que algunos estilos desorganizados se deban a esta razón, por lo cual es importante el factor evolutivo, por ejemplo, al observar si estos estilos son estables a lo largo del tiempo o son meramente temporales.

3. Pueden existir estilos de apego desorganizados típicos de niños prematuros, que los sistemas de codificación actualmente disponibles no nos permiten detectar.

El análisis de las escalas perceptivas nos permitió observar indirectamente los medios por los cuales las madres se perciben y describen a sí mismas, al niño y a su propia madre a lo largo del tiempo y de acuerdo a los cambios y crecimiento del niño. Este análisis se basó esencialmente en la idea de que las representaciones perceptivas cambian a lo largo del tiempo, adaptándose a la realidad a que se refieren, y están conectadas con el comportamiento materno y el tipo de interacción. En particular, las madres de niños ambivalentes y desorganizados tienden a polarizar sus juicios en el punto más positivo de la escala, indicando que sus representaciones son más extremas, especialmente con respecto al niño, o marcan mayor adherencia a los estereotipos socialmente deseables. Además, las madres de niños con apego desorganizado tienden a acentuar este rasgo a lo largo del tiempo, casi como para compensar la desilusión que produjo la herida narcisista resultante del nacimiento prematuro y negar el fracaso de no poder cumplir con sus expectativas previas.

Con respecto al cociente de desarrollo del niño, no se observaron diferencias relacionadas con el apego. En general, los niños desorganizados tienen la menor puntuación que, desde el punto de vista clínico, sugiere una mayor dificultad en la integración funcional, y se destaca más en la transición a través de las etapas esenciales del desarrollo. Las mayores dificultades se observaron en los tres niños inclasificables, quienes a los 4 y 12 meses tiene una puntuación extremadamente baja en todas las escalas. Este resultado nos indica la probable existencia de dificultades inherentes a los niños en sí, que no son detectables en los análisis que actualmente se suministran en las clínicas, o que la madre tiene un desorden psíquico. El factor que más precisamente caracteriza a estos niños es una cierta falta de fluidez en su comportamiento

(observada durante la Situación Extraña), como si tuvieran dificultad en conectar elementos del ambiente, sintetizarlos y adaptar armoniosamente su comportamiento a los cambios exteriores. Frecuentemente, cuando adoptaban un nuevo comportamiento, comenzaban la actividad abruptamente y se retrasaban con respecto al contenido, por lo tanto, creando una situación de discordancia con la madre.

Nuestra hipótesis clínica es que estos niños pueden progresar en todas las funciones, pero les cuesta integrarlas en un todo. Por consiguiente, la interacción con la madre está marcadamente afectada por esta dificultad, dado que el intercambio adulto-niño se establece cuando existe la armonía en algunos canales de comunicación pero no en otros.

Este intercambio es muy difícil de manejar por ambos, el adulto (quien habiendo integrado sus propios canales, es desorientado por el niño), y por el niño (que tiende a adherirse a patrones del comportamiento o a retrasarlos para evitar perder de vista su organización en situaciones interpersonales rápidamente cambiantes).

Con respecto al desarrollo del niño a lo largo del tiempo, el grupo de niños no desorganizados (A, B, C) muestra un desarrollo relativamente constante a lo largo del tiempo, sin ninguna variación significativa, mientras que se observó una mejoría general en los niños desorganizados a los siete meses (cuando alcanzan niveles similares a los de los demás), seguido de un empeoramiento a los doce meses. Este resultado nos parece extremadamente interesante comparado con los resultados de un estudio previo (Fava Vizziello, Zorzi, & Bottos, 1992) sobre niños con alto riesgo debido al bajo peso al nacer, quienes presentaron un perfil similar cuando las madres se encontraban al límite o tenían estructuras psicóticas de la personalidad. A través del grupo, el proceso de mutuo ajuste es más lento, contabilizando las mejoras observadas a los siete meses y la disminución consistente de los perfiles con falta de armo-

nía. Por otro lado, los niños a los doce meses ya han comenzado el proceso de separación-individualización, con un incremento en la independencia que requiere de nuevos ajustes por parte del niño y de las madres. La adquisición del lenguaje y de la locomoción requiere que la madre reelabore sus representaciones, especialmente donde la relación es altamente simbiótica, como es el caso de varios niños ex-prematuros con madres que no pueden recuperar su propia identidad. Esta reelaboración es particularmente compleja en niños desorganizados, cuyo cociente de desarrollo disminuye nuevamente, aunque todo el grupo parece sentir el efecto de este período delicado de transición, sufrido por el alto porcentaje de perfiles con falta de armonía.

Podemos suponer que el factor de "prematuridad" tiene cierta influencia en el origen de esta falta de armonía evolutiva, considerando el alto porcentaje de casos observados en nuestro grupo, aunque análisis más específicos de las variables (edad gestacional, peso al nacer, representaciones maternas, apego) muestran que ninguno de éstos por sí solos influye significativamente en el desarrollo armónico.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren que ningún factor del niño tiene una influencia determinante en el tipo de apego establecido en la relación madre-niño.

Más bien, son los rasgos del niño y la forma en que éstos están en afinidad con las fantasías y necesidades psicológicas maternas, junto con la capacidad de la madre de comprender los comportamientos de demanda y respuesta del niño, de lo cual emerge una interacción compleja, un proceso de mutuo ajuste y una representación final (aunque no definitiva) de la relación. Con respecto a esto, los resultados de nuestro estudio muestran que las representaciones maternas pueden ser

una fuente importante de índices que predicen el subsecuente desarrollo de la relación con el niño.

El elemento esencial está conectado con la capacidad de enfrentar el nacimiento prematuro, que difiere de madre a madre, y tal vez está relacionado con dificultades previas en la organización psicosomática de la función maternal en la experiencia de varias de estas madres, como lo comprueban las frecuentes pérdidas o la muerte de niños anteriores. Estas dificultades afectan directamente el desarrollo de la identidad maternal. Nuestros resultados indican que el período crítico para las madres es inmediatamente después del parto o en los días en que se establece el primer contacto con el niño. Es ahí cuando la incapacidad de organizar las representaciones, especialmente del niño, indica que las madres tienen graves dificultades en establecer las bases de su nuevo papel. Esta situación, que se presenta con mayor frecuencia en madres de niños prematuros que en aquellas de niños nacidos en término (Fava Vizziello, Rebecca, Buffadini, Possamai, & Ceccanti, 1995), responde parcialmente al gran número de niños con apego ambivalente o desorganizado.

Esta dificultad influye en el desarrollo del niño. Los niños con apego marcadamente desorganizado parecen experimentar un desarrollo más inconstante e incierto. Están más ligados a las vicisitudes de la relación, y la adquisición de las funciones requiere de mayor tiempo, especialmente las motoras.

Es durante este período crítico en el que se necesita trabajar más para ayudar a las madres a escapar de los estereotipos de la prematuridad.

BIBLIOGRAFÍA

- AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., & WALL, S. (1978).* Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AINSWORTH, M. D. S., & EICHBERG, C. (1991).* Effect on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-183). London: Tavistock.
- AMMANITI, M., CANDELORI, C., POLA, M., SPERANZA, A. M., & TAMBELLI, R. (1994).* Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. Indagine su un campione italiano. *Età Evolutiva*, 47, 99-109.
- ATTILI, G., VERMIGLI, P., & FELACO, R. (1994).* Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti in qualità della relazione madre-bambino. *Età Evolutiva*, 47, 110-117.
- BOWLBY, J. (1988).* *A secure base*. London: Routledge.
- BROWN, J. V., & BAKEMAN, R. (1980).* Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effect of prematurity. In R. W. Bell & W. P. Smotherman (Eds.), *Maternal influences and early behavior* (pp. 353-375). Lancaster, PA: MTP.
- BRUNET, O., & LÉZINE, I. (1951).* *Le développement psychologique de la première enfance*. Paris: Presses Universitaires de France. (Traducción italiana: *Lo sviluppo psicologico nella prima infanzia*, Torino: Boringhieri, 1982).
- BUTCHER, P. R., KALVERBOER, R. B., MINDERAA, E. F., VAN DOORMAAL, Y., & WOLDE, T. (1993).* Rigidity, sensitivity and quality of attachment: The role of maternal rigidity in the early socio-emotional development of premature infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88 (375), 375- 538.
- CARLSON, V., CICCETTI, D., BARNETT, D., & BRAUNWOLD, K. (1989).* Disorganized-disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- CRISTANTE, F. (1990)* Variabili qualitative in psicologia: MÉTODO e modelli statistici. Padua: UPSEL.

- CRITTENDEN, P. M. (1985). Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 85-96.
- CRITTENDEN, P. M. (1989). Relationship at risk. In J. Belsky, & T. Netz-worski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 742-775). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRITTENDEN, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson.
- EASTERBROOKS, M. A. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child Development*, 60, 825-830.
- FAVA VIZZIELLO, G. (1981). *Per una clinica di neuropsichiatria infantile*. Milano: Masson.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V., & INVERNIZZI, R. (1992). Dal mito al bambino reale. In M. Ammaniti (Ed.), *La gravidanza tra fantasie e realtà* (pp. 159-180). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ANTONIOLI, M. E., COCCI, V., & INVERNIZZI, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, 4-16.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., ZORZI, C., & BOTTOS, M. (1992). *Figli delle macchine*. Milano: Masson (Traducción española Los hijos de las maquinas, Nueva Vision, Buenos Aires, 1993).
- FAVA VIZZIELLO, G. M., MAESTRO, P., & SIMONELLI, A. (1996). Implicazioni cliniche nella valutazione dell'attaccamento. *Imago*, 3, 311-322.
- FAVA VIZZIELLO, G. M., REBECCA, L., BUFFADINI, C., POSSAMAI, A., & CEC-CANTI, S. (1995). Il cambiamento della rappresentazione nel post-partum: confronto tra madri di bambini prematuri e nati a termine. *Complessità e Cambiamento*, 4, 33-50.
- FIELD, T. M., DEMPSEY, J., & SHUMAN H. H. (1983). Five-year follow-up of preterm respiratory distress syndrome and post-term postmaturity syndrome infants. In T. M. Field, & A. Sostek (Eds.), *Infant born at risk: Physiological, perceptual and cognitive processes* (pp. 317-335). New York: Grune & Stratton.
- FONAGY, P., STEELE M., & STEELE, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- FRODI, A., & THOMPSON, R. (1985). Infants affective responses in the Strange Situation: Effects of prematurity and quality of attachment. *Child Development*, 56, 1280-1290.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., & MAIN, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- GOLDBERG S. (1988). Risk factors in infant-Mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- GOLDBERG, S., CORTER, C., LOJKASER, M., & MINDE, K. (1990). Prediction of behavior problems in 4-year-olds born prematurely. *Development and Psychopathology*, 2, 15-30.
- GOLDBERG, S., PERROTTA, M., MINDE, K., & CORTER, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.
- KREISLER, L. (1977). *Le devenir de la prématurité*. Paris: PUF.
- MACEY, T. J., HARMON, R. J., & EASTERBROOKS, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 846-852.
- MAIN, M., & GOLDWYN, R. (1994). Adult Attachment Classification System. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- MAIN, M., & SOLOMON, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschooler years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- MINDE, K. (1993). Prematurity and serious medical illness in infancy: Implications for development and intervention. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (87-105). New York: The Guilford Press.
- MINDE, K., GOLDSBERG, S., PERROTTA, M., WASHINGTON, J., LOJKASEK, M., CORTER, C., & PARKER, K. (1989). Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 391-404.
- NEGRI, R. (1994). *Il neonato in terapia intensiva. Un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*. Milano: Raffaello Cortina.

- O'CONNOR, M. J., SIGMAN, M., & BRILL, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 831-836.
- PLUNKETT, J., MEISELS, S., STIEFEL, G., PASIK, P., & ROLOFF, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, 25, 794-800.
- RODE, S. S., CHANG, P. N., FISCH, R. O., & SROUFE, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology*, 17, 188-191.
- RODNING, C., BECKWITH, L., & HOWARD, J. (1989). Characteristic of attachment organization and play organization in prenatally drug exposed toddlers. *Developmental and Psychopathology*, 1, 277-289.
- RUBIN, R. A., ROSENBLATT, C., BALOW M. A., & BALOW, B. (1973). Psychological and Educational Sequelae of Prematurity. *Pediatrics*, 86, 391-397.
- SAMEROFF, A. J. (1981). Longitudinal Studies of Preterm Infants. In S. L. Friedman & M. Sigman (Eds.), *Preterm birth and psychological development* (pp. 387-394). New York: Academic Press.
- SAMEROFF, A. J., & CHANDLER, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, E. M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research*. Vol. 4 (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- STERN, D. N., ROBERT-TISSOT, C., BESSON, G., RUSCONI-SERPA, S., DE MURALT, M., CRAMER, B., & PALACIO, F. (1989). L'entretien R. In S. Lebovici, P. Mazet, & J. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 151-161). Paris: Ed. Eschel.
- VAN IJZENDOORN, M. H., GOLDBERG, S., KROONENBERG, P. M., & FRENKEL, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- WILLE, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14, 227-240.