

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

VINCULACIÓN AFECTIVA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Programa de Doctorado:

Educación infantil: Desarrollo del niño de cero a seis años. Bienio1998/2000


Carmen Brotons Cabrera

MÁLAGA, 2015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: Carmen Brotons Cabrera

 <http://orcid.org/0000-0002-5426-2693>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

Vinculación afectiva en niños con Síndrome de Down
Doctoranda Carmen Brotons Cabrera

Programa de Doctorado:

Educación infantil: Desarrollo del niño de cero a seis años. Bienio 1998/2000

Directoras:

Dra. Dolores Madrid Vivar
Dra. M^a Teresa Martínez-Fuentes

Málaga, 2015



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Dra. Dolores Madrid Vivar, profesora del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Málaga y Dra. M^a Teresa Martínez Fuentes, profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Murcia

HACE CONSTAR:

Que D^a Carmen Brotons Cabrera, con DNI 25073891-G, ha realizado el trabajo titulado "Vinculación afectiva en niños con Síndrome de Down", el cual reúne los requisitos científicos necesarios para ser presentado como Tesis Doctoral.

En Málaga a 26 de octubre de 2015

Fdo. Dolores Madrid Vivar

Fdo. M^a Teresa Martínez Fuentes

**A mi madre y mi hermano Jorge,
siempre presentes en mi recuerdo
y en mi corazón.**

**A mi padre por su ejemplo de perseverancia
y honestidad.**

Agradecimientos

En un trabajo de las características de una tesis doctoral, que conlleva tanto esfuerzo y tiempo, se necesita, para llegar a buen puerto, del apoyo de muchas personas dando ánimo, fortaleza, asesoramiento en los momentos de duda, flaqueza y satisfacción.

En primer lugar, quiero agradecer la ayuda de las Asociaciones Downcórdoba y Granadadown así como de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de Málaga (Dr. Miguel de Linares Pezzi, Fuensocial, Ayuntamiento de Vélez-Málaga y “Virgen de la Esperanza” de la Diputación). Asimismo, a todos los profesionales y compañeros de cada uno de estos Centros que, con tanta amabilidad, colaboraron conmigo en todo a aquello que necesitaba, fundamentalmente, seleccionando y contactando con aquellas familias que pudiesen formar parte de la investigación.

Mi mayor agradecimiento va dirigido a todas y cada una de las familias que, de forma desinteresada, han colaborado generosamente dedicándome su tiempo, su esfuerzo y aceptándome en sus casas como a un miembro más de sus familias. Así que, a todos ellos, pequeños y familias, mi más sincero agradecimiento.

Quiero reconocer y extender mi gratitud a la Dra. Carmen de Linares von Schmitterlöw, que fue profesora de esta Universidad, y a su padre, el Dr. Miguel de Linares Pezzi: ambos fueron mis primeros maestros en esta labor tan maravillosa de trabajar por y para las personas con necesidades especiales. Fue la Dra. Carmen de Linares la que me animó, e incluso insistió hasta el último momento, para que comenzase y terminase este largo camino que es la tesis doctoral.

A M^a Teresa Martínez Fuentes y Lola Madrid Vivar, las doctoras que me han dirigido en esta tesis, les quiero expresar también mi más sincero agradecimiento por la disponibilidad, generosidad y paciencia que ambas han mostrado y por el apoyo y motivación que me han dado, sobre todo en los momentos de mayor duda y cansancio.

A Lola quiero manifestarle mi reconocimiento por responder con diligencia y generosidad a mi petición de convertirse en directora de la tesis, y así facilitar que este trabajo se completara. A M^a Teresa por su paciencia ante mi inconsistencia, la supervisión continua del contenido y por poner su amplia experiencia y sus conocimientos a mi servicio. A ambas por haber corregido cada capítulo dándome la posibilidad de aprender y mejorarlos.

Gracias, también, a mis amigos que, en este período de soledad y aislamiento que supone la elaboración de una tesis, han sabido comprenderme, esperarme y respetar mis “ausencias”. Siempre me han acompañado con sus palabras de apoyo y ánimo.

Quiero dar las gracias a mi familia, a mis hermanos por regalarme tiempo, eso tan necesario, y que siempre parece tan escaso, mientras se elabora un trabajo de este tipo. Quiero nombrar especialmente a mi hermana Rocío por su ayuda en la ingrata tarea de las referencias bibliográficas. A mi padre, que en todo momento ha estado pendiente de mi, de cualquier cosa que pudiese necesitar, pero como siempre respetando mis tiempos, decisiones y espacio.

A todos..... Gracias.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	13

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. VÍNCULOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA.

1.1 Definición de apego y funciones del apego	21
1.2 Fases de formación del apego. Tipos de apego	38
1.3 Variables que contribuyen a la formación de los vínculos afectivos	48
1.3. 1. Características del niño	48
1.3. 2. Características de los padres	53
1.3. 3. Características contextuales	57
1.4 Sistemas de medida del apego en la infancia	60
1.4. 1. Situación Extraña: un procedimiento observacional.....	62
1.4. 2. Metodología Q-sort: un procedimiento alternativo	64
1.5 Consecuencias de la seguridad/inseguridad del apego sobre el desarrollo infantil	66

CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE DOWN.

2.1 Introducción	75
2.2 Definición y tipos de alteraciones cromosómicas	78
2.3 Características físicas y médicas	85
2.3. 1. Características físicas	85
2.3. 2. Características médicas	88
2.4 Características evolutivas	95
2.4. 1. Características del desarrollo motor	96
2.4. 2. Características del desarrollo de la comunicación y el lenguaje	98
2.4. 3. Características del desarrollo cognitivo.....	100
2.4. 4. Características del desarrollo socio-afectivo. El apego.....	106

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

3.1 Planteamiento del problema	117
3.2 Hipótesis de trabajo y objetivos de investigación	118
3.3 Diseño experimental y fases del estudio	120
3.4 Técnicas de muestreo y descripción de la muestra	122
3.5 Instrumentos para la recogida de información	127
3.6 Procedimiento para la recogida de información	139
3.7 Análisis de los datos	143

CAPÍTULO 4. RESULTADOS.

4.1 Análisis comparativo del grado de seguridad y de dependencia que tiene el niño en el vínculo de apego que establece con los padres, el estrés parental, los rasgos de personalidad del familiar y el ambiente familiar	158
4.1. 1. Análisis de las diferencias entre padres y madres en la Seguridad y Dependencia del apego que establecen con sus hijos (Q-sort).....	158
4.1. 2. Análisis de las diferencias entre padres y madres en el nivel de estrés Parental (PSI).....	164
4.1. 3. Análisis de las diferencias entre padres y madres en los rasgos de Personalidad (16 – PF): Ajuste-ansiedad, Introversión – extraversión, Poca-mucha socialización controlada y Dependencia - Independencia .	170
4.1. 4. Análisis del Ambiente familiar (HOME).....	177
4.2 Análisis de las relaciones entre el grado de seguridad y dependencia del apego del niño hacia sus progenitores, el estrés parental, los rasgos de personalidad de los progenitores y el ambiente en el hogar	185
4.2. 1. Análisis de las relaciones entre el grado de seguridad del apego de los niños hacia sus madres con las variables maternas de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar	185
4.2. 2. Análisis de las relaciones entre dependencia del apego de los hijos hacia sus madres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar de las madres.....	187
4.2. 3. Análisis de las relaciones entre la dimensión seguridad de los niños hacia sus padres con las variables paternas de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar.....	188
4.2. 4. Análisis de relaciones entre la dependencia del apego de los hijos hacia sus padres con las variables de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar.....	189

4.3 Modelos de predicción de la seguridad y la dependencia a partir del estrés del progenitor, sus rasgos de personalidad y el ambiente familiar.	190
4.3. 1. Modelo 1: y (<i>seguridad madre-hijo</i>) = $a + b_1x_1$ (<i>estrés en madres</i>)	193
4.3. 2. Modelo 2: y (<i>seguridad padre-hijo</i>) = $a + b_1x_1$ (<i>estrés en padres</i>).....	195

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.

5.1 Introducción.....	201
5.2 Discusión.....	201
5.2. 1. Discusión de la primera hipótesis.....	201
5.2. 2. Discusión de la segunda hipótesis.....	206
5.2. 3. Discusión de la tercera hipótesis.....	209

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.

6.1 Conclusiones generales	213
6.2 Limitaciones del estudio	214
6.3 Propuestas de futuras líneas de investigación	215

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía	217
---------------------------	------------

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El estudio de los vínculos afectivos en la infancia no es un tema reciente; en este sentido son ya casi más de cuatro décadas dedicadas a la investigación de este ámbito del desarrollo infantil. Desde finales de la década de los 60 del siglo pasado hasta nuestros días se han ido acumulando evidencias que nos llevan a conocer tanto los antecedentes de una relación de apego segura como las consecuencias que la calidad de los vínculos afectivos tempranos tienen sobre el desarrollo del niño a corto, medio y largo plazo. No obstante, el estudio de los vínculos afectivos en poblaciones infantiles con discapacidad, en concreto en niños con Síndrome de Down (en adelante SD) son más escasas. Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor son bastante conocidas las consecuencias que esta trisomía ejerce sobre áreas como la cognición, el lenguaje, o la físico-motora, limitando, en diferentes grados, las competencias del niño y su capacidad de adaptación a las demandas del entorno. Si a estas limitaciones se añade la que podría provenir del establecimiento de un apego inseguro entre el niño con SD y sus cuidadores principales, las implicaciones negativas que se podrían ocasionar sobre el desarrollo serían de mayor magnitud. Es decir, si se admite que el establecimiento de un apego seguro es crucial para favorecer el desarrollo de cualquier niño, cuánto más lo será en una población con discapacidad, como la que es objeto de esta investigación, por presentar una serie de factores, tanto orgánicos como intelectuales, considerados de riesgo y que pueden dificultar la interacción positiva con el cuidador principal. Todo puede significar una menor frecuencia de conductas exploratorias y con ello, una afectación mayor en el desarrollo cognitivo, motor o en la interacción social.

Esta es una de las principales razones que han llevado a efectuar esta tesis doctoral: profundizar en el proceso de formación de vínculos de apego en la población infantil con SD, tratando de identificar algunas de las causas que afectan a la seguridad/inseguridad de la vinculación en estos niños.

Además, el interés por llevar a cabo esta investigación surge de mi práctica profesional en el campo de la Atención Temprana; como es sabido, la Atención Temprana incluye el conjunto de intervenciones, encaminadas a la población infantil de cero a seis años, con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, a la familia

y al entorno. Así los padres y la familia del niño constituyen una atención prioritaria, pues es uno de los factores que más va a condicionar el desarrollo del niño (Grupo de Atención Temprana, 2000). De tal manera que no se puede hablar de atención temprana sin la atención a la familia, las interacciones que hay en ella, la calidad del contexto familiar que se le ofrece al niño y la coordinación con los diferentes contextos en los que el niño y la familia se desenvuelven. En consecuencia y movida por el objetivo de contribuir a la mejora del desarrollo del niño con SD y al bienestar de las familias, tratando de obtener información sobre los aspectos que se deberían incorporar en la intervención, se decidió llevar a cabo la presente investigación, en la que se pretende analizar, entre otros aspectos, el papel que juega el estrés parental, los rasgos de personalidad de los cuidadores principales y/o el modo en el que se organiza y apoya la estimulación en el hogar del niño SD en el establecimiento de apegos seguros. Para ello se ha contado con la inestimable colaboración de diversos Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana así como de Asociaciones de Síndrome de Down de las provincias andaluzas de Córdoba, Granada, Jaén y Málaga que comunicaron e invitaron a las familias de niños con SD a participar, de forma voluntaria, en el estudio.

Esta tesis doctoral se divide en dos partes, una primera en la que se hará un recorrido por los aspectos teóricos del apego, la definición y características de las personas con SD y la relación vínculo afectivo y SD, a la luz de las investigaciones al respecto y una segunda dirigida a la parte empírica, es decir la metodología, resultados y discusión/conclusiones.

En el *Capítulo 1* se hará un recorrido por los aspectos teórico-explicativos más importantes respecto a los vínculos afectivos en la infancia, para acabar asumiendo, como lo hacen la mayor parte de los estudios e investigaciones sobre el apego, la teoría del apego de Bowlby como modelo explicativo. Así mismo, se explicitan el concepto de apego y las funciones básicas de éste en el desarrollo del niño, el apego como sistema conductual, las fases del desarrollo y formación de este sistema de apego, los distintos tipos de apego, la variables del niño, de los padres y contextuales, que contribuyen a la formación del apego, los sistemas de medida y valoración del apego en la infancia para terminar, con una breve consideración, sobre las consecuencias de la seguridad o inseguridad del apego en el desarrollo del niño.

En el *Capítulo 2* se expone la definición de SD y los tres tipos de alteraciones cromosómicas posibles en este síndrome. Así mismo, se habla de las características físicas, médicas y evolutivas en las diversas áreas del desarrollo infantil para, finalmente, hacer una introducción en torno a las líneas de investigación sobre el apego en los niños con SD y que constituye una introducción a la parte empírica de esta investigación.

A partir del *Capítulo 3* se expone la parte empírica del estudio que comienza con una introducción sobre el objetivo general del trabajo. En él se exponen las hipótesis y los objetivos de la investigación, se describe el paradigma de la investigación exponiendo los datos de los participantes para, a continuación, hacer una descripción de los instrumentos de evaluación utilizados en los niños y progenitores. Finalmente, el capítulo contiene la descripción del procedimiento del trabajo desarrollado con los diversos instrumentos y con las distintas muestras, y con el tipo de análisis estadísticos que permitió el análisis de los resultados.

Los resultados, desglosados por hipótesis, se muestran en el *Capítulo 4*, para terminar, con la discusión y conclusiones en los *Capítulos 5 y 6*, respectivamente. El trabajo se cierra con la Bibliografía que ha servido de apoyo documental al presente trabajo.

1. VÍNCULOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. VÍNCULOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA

1.1. Definición de apego. Funciones de los vínculos afectivos tempranos

Desde el nacimiento el niño dispone de recursos para activar la protección y cuidados que recibe de los adultos. Entre ellos algunos rasgos físicos como la cara redondeada, la frente amplia, los ojos grandes, los mofletes, la nariz chata, constituyen, en conjunto, un cuadro perceptivo que promueve reacciones positivas en los demás. Asimismo, la preferencia por los estímulos sociales tales como el rostro humano; la clara orientación por la voz humana como estímulo auditivo; el llanto; la sonrisa y las expresiones emocionales, le llevan a obtener la proximidad y cercanía con aquellos adultos encargados de su cuidado.

A su vez, el adulto es capaz de desplegar una serie de comportamientos, como por ejemplo, el contacto físico, el mantenimiento de la mirada, el tipo de lenguaje (simple, exagerado, repetitivo...), y las expresiones faciales exageradas que darán lugar a un sistema de interacción que se inicia en los primeros momentos de vida del niño y se mantiene a lo largo del tiempo. Estas capacidades adultas van a ayudar al establecimiento de las interacciones tempranas. Como resultado de las interacciones tempranas, entre la actividad del niño y las respuestas y cuidados del adulto, tendrá lugar la aparición del apego entre ambos.

Este vínculo afectivo es crucial para el futuro desarrollo del niño, ya que además de promover un adecuado desarrollo social y emocional contribuye a fomentar la conducta exploratoria, la imitación y la identificación, como aspectos principales en el aprendizaje. Para que el vínculo contribuya a estos objetivos es necesario que los vínculos afectivos construidos por el niño sean seguros. De esta forma, el niño empleará a su figura de apego como base de seguridad para explorar el mundo cada vez con mayor autonomía, mediante un aprendizaje activo y una rica comunicación con los demás (Ainsworth & Bell, 1974).

Sin embargo, desde el punto de vista teórico-explicativo se han sucedido diversas interpretaciones que pretenden explicar cómo y por qué los niños se vinculan a sus progenitores.

Para la **teoría psicoanalítica** la primera relación madre-hijo proviene de la necesidad de satisfacer las necesidades fisiológicas de base, como el hambre y la sed. Una vez que el niño satisface estas necesidades debe lograr, gradualmente, la total independencia de la madre. Este enfoque entendía la relación madre-hijo desde la pulsión secundaria, pues el niño asocia a la madre con sensaciones agradables que derivan de la alimentación y que dan lugar a la vinculación. Así, el lazo afectivo del niño a sus cuidadores se deriva de la alimentación.

Erikson (1963) sostenía que la receptividad general de la madre a las necesidades del niño es más importante que darle de comer. Erikson creía que el desarrollo procedía a través de una serie de crisis del desarrollo, o desafíos, que ocurren durante toda la vida. En la primera crisis de la infancia, que él denominaba *confianza frente a desconfianza*, los bebés aprenden que el mundo es un lugar esencialmente seguro o un territorio impredecible en el que poder satisfacer las necesidades básicas. Entre las edades 1 a 3 años tiene lugar otra crisis a la que denominaba *de autonomía frente a vergüenza y duda*, los niños quieren autonomía, pero si sus cuidadores son restrictivos perderán confianza y empezaran a tener vergüenza de sus acciones y a dudar de su propia capacidad (Berger, 2004).

Así Erikson revisa y extiende la teoría de Freud centrándose más en los determinantes socioculturales del desarrollo humano ya que, como es sabido, Freud se centraba más en el instinto sexual sentando las bases de su teoría a partir del tratamiento de determinadas patologías adultas (por ejemplo, neurosis, fobias e histerias) comprobando que sus pacientes siempre habían tenido conflictos de carácter sexual en la infancia, sin embargo no observó realmente el comportamiento del niño. Aunque Freud no elaboró una teoría explicativa sobre la formación y el desarrollo del vínculo afectivo, sí puso de relieve el efecto que tienen las experiencias afectivas infantiles sobre el desarrollo posterior del individuo y destacó la importancia de la elección del objeto del desarrollo de la personalidad del individuo. También fueron importantes, de

cara a investigaciones posteriores, sus propuestas de algunos conceptos a partir de los cuales surgieron dos grupos de trabajo, dentro de esta misma corriente, que sí intentan estudiar el desarrollo del apego. El primero o Escuela de Relaciones Objetales Británica considera que las relaciones objetales son un proceso primario más que secundario y se enmarca dentro de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales. Los autores más relevantes de este primer planteamiento son, entre otros, Fairbairn (1952, 1963), Klein (1952) y Winnicott (1953, 1960). El segundo o teoría de Psiquiatría Interpersonal de Sullivan (escuela culturalista americana) está constituido por aquellos autores más cercanos a los postulados defendidos por Freud (1915), pues considera que el desarrollo de las relaciones objetales se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo del yo. Los autores más representativos de este segundo grupo son A. Freud (1946, 1952, 1954, 1965) y Spitz (1957, 1959, 1963, 1965).

Como se observa, ambos grupos consideran que, hasta la edad de 3 años de vida, los elementos intrapsíquicos son interpersonales, es decir, el niño tiene la mente compartida con la madre. Después de esa edad el niño se individualiza y su mente se cierra, en el proceso que Mahler (1963, 1972) denominó proceso de individuación.

Desde la **teoría del aprendizaje social**, no se ocupan directamente de la teoría del apego. En ésta, algunos teóricos también suponen que los niños se apegan a quienes les alimentan y satisfacen sus necesidades. Utilizan el término *dependencia* para indicar el grado en el que un sujeto está subordinado a otro, para poder sobrevivir. El mecanismo de explicación del establecimiento del vínculo de apego se basa en el paradigma E-R y en los procesos de condicionamiento, rechazando cualquier explicación que haga referencia a los procesos internos por considerar que éstos no pueden ser objeto de observación. (Sears, Maccoby & Levin, 1957). De esta forma el niño asocia a la madre con sensaciones agradables que se derivan del contacto con ésta convirtiéndose, a su vez, en un refuerzo que fortalece el vínculo. La madre (o el cuidador) se convierte en reforzador secundario y el niño desplegará su repertorio conductual para mantenerse cerca de esa persona tan gratificante convirtiéndose así el apego o dependencia, en un hábito aprendido. Las primeras versiones de la teoría del aprendizaje social debían mucho a la doctrina del determinismo ambiental de Watson (1928): los niños pequeños y sin experiencia se consideraban como sujetos pasivos de la influencia ambiental. Bandura (1986, 1989) supone una excepción, dentro de esta

corriente de pensamiento, ya que acentúa que los niños son pensadores activos que contribuyen, en muchos aspectos, a su propio desarrollo. Bandura (1986) propuso el concepto de *determinismo recíproco* para describir su idea de que el desarrollo humano refleja una interacción de la persona, la conducta de la persona y el entorno. A diferencia de los primeros conductistas o teóricos del aprendizaje social que defendían que el entorno era el que modelaba al niño y su conducta, Bandura y otros (Bell, 1979) proponían que las relaciones entre la persona, la conducta y los entornos son bidireccionales, de modo que los niños podrían influir en sus entornos en virtud de su propia conducta (veáanse investigaciones sobre imitación e imitación diferida en Kaitz et al., 1988; Meltzoff & Moore, 1989; Abravanel & Sigafos, 1984; Vinter, 1986). En el estudio con monos recién nacidos de Harlow y Zimmerman (1959), a los que se les separó de sus madres biológicas sustituyéndolas por otras dos, una, de alambre, que les daba de comer con una tetina colgada al cuello y otra de felpa suave que no les proporcionaba alimento, se observó que, tras comer, los monos pasaban el resto del tiempo acurrucados en la madre de felpa, dejando claro que la alimentación no es el factor que contribuye, en mayor medida, al apego en los monos y en los seres humanos. No obstante, los teóricos del aprendizaje social continuaron defendiendo que el refuerzo era el mecanismo responsable de los apegos sociales (Gerwitz & Petrovich, 1982).

A pesar de las recientes perspectivas del aprendizaje, cognitivamente orientadas, algunos críticos sostienen que, desde la teoría del aprendizaje social, aún no se presta suficiente atención a las influencias cognitivas sobre el desarrollo del apego. Así, nos dirigimos a la siguiente perspectiva teórica, la teoría cognitivo-evolutiva.

La **teoría cognitivo-evolutiva** plantea que el vínculo afectivo depende de las capacidades cognitivas del niño recordando, así, el carácter global del desarrollo. El ser humano está preprogramado para establecer vínculos afectivos, aunque ello requiera unos meses de desarrollo, en el niño.

Para que se establezca un vínculo afectivo es preciso que el niño tenga adquiridas unas competencias intelectuales tales como, la discriminación de las personas conocidas de las desconocidas y el concepto de permanencia del objeto (Schaffer, 1971). La formación del vínculo surge, de los 7 a los 9 meses, coincidiendo

con el momento en que los niños entran en el cuarto subestadio sensoriomotor, siguiendo la teoría cognitiva de Piaget (1896-1980).

Por último hablamos de una disciplina, **la etología**, considerada como una teoría “biológica” que estudia las bases evolutivas del comportamiento y la contribución de éste a la supervivencia y desarrollo de la especie (Archer, 1992). Esta teoría etológica es otra de las perspectivas que ha ofrecido la explicación sobre los vínculos afectivos más influyente a partir de los hallazgos encontrados en sus investigaciones sobre el comportamiento animal. Desde esta perspectiva el apego se construye a partir de la tendencia innata a estar en proximidad y contacto con los congéneres una tendencia que, sin duda, favorece la supervivencia.

En concreto, los etólogos describieron el fenómeno de la impronta, (Heinroth, 1910, citado en López y col., 2000), a la madre o progenitores como una conducta interespecífica. Lorenz (1937, 1981), discípulo de Heinroth, describió este fenómeno en anserinos recién nacidos que seguían cualquier objeto que se moviese, conducta que denominó *troquelado*. Shaffer (2002) destaca que Lorenz observó que: “(1) el troquelado es automático, no hay que enseñar a la cría a seguir el objeto; (2) se produce en un período crítico estrechamente delimitado, después de que el ave haya salido del cascarón; y (3) es irreversible; cuando el ave comienza a seguir un objeto concreto, permanece apegado a él.”

Lorenz consideró esta conducta de troquelado una respuesta adaptativa de origen innato debido a su aparición tan temprana. Respecto a la irreversibilidad de la impronta actualmente, y respecto a los seres humanos, los etólogos prefieren hablar de períodos sensibles del desarrollo. Hess (1964) afirma que esos períodos críticos o sensibles se extienden poco más allá de las primeras horas tras el nacimiento y que la fuerza de la impronta depende de la cantidad de esfuerzo que tengan que hacer los anserinos recién nacidos para conseguir el objeto madre.

Es conveniente mencionar, de nuevo a Harlow (1958) y su trabajo etológico sobre las crías de monos rhesus con madres “sustitutas” y sus resultados, los cuales parecían rechazar la hipótesis de que la alimentación origina el vínculo de apego. Posteriormente, Harlow & Harlow (1965) señalaron que no creían que la investigación

con animales ofreciera una comprensión completa de la conducta humana. El mismo Bowlby (1969) clarificó su punto de vista al respecto. En este sentido, Bowlby (1969) destaca que la estructura básica de los sistemas conductuales humanos se parece a la de las especies infrahumanas aunque, a lo largo de la evolución, el ser humano ha sufrido modificaciones que le han permitido obtener el mismo resultado a través de una mayor variedad de medios o vías.

Todas estas teorías, con planteamientos tan diferentes entre sí, han contribuido a constituir la teoría actual del apego. Respecto al psicoanálisis, Freud concretamente, concedió especial importancia a la interacción madre-hijo, para conocer cómo se establecen los vínculos afectivos; la teoría cognitiva resaltó que la relación de apego se establece cuando el niño adquiere un nivel de desarrollo cognitivo concreto; los teóricos del aprendizaje concedieron gran importancia a las respuestas de los cuidadores, a fin de que el niño pueda verles como personas que le dan lo que precisa, en cada momento y, finalmente, los etólogos que dieron protagonismo al niño al considerarle sujeto activo en el proceso de la vinculación por estar dotado, de forma innata, de conductas que la favorecen.

Y fue Bowlby (1969) quién recogiendo y aplicando todas las teorías del momento, formula por primera vez y de forma sistemática, su teoría del apego, especialmente las ideas derivadas de la etología. Bowlby habla del vínculo madre-hijo como el más importante durante los primeros años de vida del ser humano. Este investigador defiende que el apego entre madre-hijo es un impulso primario y no secundario a las satisfacciones de las necesidades básicas, como defendía el psicoanálisis.

De esta forma se resalta la necesidad del ser humano por establecer lazos emocionales íntimos, para alcanzar el desarrollo pleno de la personalidad.

Así, la teoría del apego de Bowlby se convierte en el modelo explicativo que, en la actualidad, asumen la mayor parte de los estudios e investigaciones sobre el apego.

Junto con Bowlby, Ainsworth llevó al ámbito de la investigación, los supuestos teóricos de Bowlby al diseñar un procedimiento para evaluar el apego en la infancia;

dicho procedimiento, fue denominado “Situación Extraña” (Ainsworth, 1964; Ainsworth & Wittig, 1969; Ainsworth et al., 1978). Ainsworth basándose en el comportamiento que mostraban bebés africanos y norteamericanos, en los trabajos de Arsenian (1943) y Harlow (1961), indicó los criterios que se deberían escoger para determinar la calidad de la relación afectiva; destacó, como relevantes, variables como el malestar mostrado por el niño durante las separaciones de su madre, los niveles de exploración del ambiente cuando la madre está presente y cuando no lo está, la forma en la que el niño recibe a su madre cuando ésta regresa después de una ausencia y las diferencias de comportamiento mostradas ante la madre y ante una persona desconocida. Este método somete al niño a diferentes situaciones solo o acompañado de su madre o de una extraña y es conocido como “Situación Extraña” (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990).

Desde el enfoque de Bowlby y Ainsworth, el apego podría definirse como un vínculo afectivo duradero que se establece entre dos personas gracias a la proximidad y el contacto físico, y que constituye la base de seguridad a partir de la cual, el niño, explora su entorno inmediato y encuentra apoyo en las situaciones de tristeza, ansiedad y de peligro real o percibido (Ainsworth & Bell, 1974; López et al., 2000).

Las funciones básicas del apego, según López y Ortiz (2000), son las siguientes:

- 1.- Favorecer la supervivencia.
- 2.- Buscar seguridad en la presencia y contacto con las figuras de apego.
- 3.- Explorar el entorno teniendo a la figura de apego como base segura.
- 4.- Controlar la cantidad y calidad de estimulación e intercambio con el entorno que necesita el niño.
- 5.- Favorecer la conducta prosocial ayudando a desarrollar la empatía, el conocimiento social, a interiorizar modelos sociales de referencia, etc.
- 6.- Constituir una interacción lúdica.

Para que el apego cumpla con todas las funciones que acabamos de mencionar Bowlby (1998) tomó prestado de la etología el concepto de sistema comportamental como un conjunto de conductas propios de cada especie, guiados por una motivación interna, que se van coordinando progresivamente y evolucionando hasta formas más complejas, dirigidos y corregidos de acuerdo con la meta adaptativa perseguida, la de mejorar la capacidad reproductiva y la supervivencia.

Bowlby compara el funcionamiento del sistema de apego con el de un termostato. Cuando la habitación está demasiado fría el termostato se activa para caldearla, cuando se alcanza la temperatura deseada, éste se apaga. Bowlby describe la necesidad de los niños de mantener cierta proximidad a las madres. Cuando la separación es valorada como demasiado grande en términos de tiempo o distancia, el sistema de apego se activa y cuando se obtiene la deseada proximidad, se desactiva. Pero Bowlby siguiendo a Bretherton (1980) posteriormente hace una diferencia entre el sistema del apego y el funcionamiento del termostato. Así como un termostato, cuando no está funcionando, se apaga totalmente, el sistema del apego, siempre está activado, en mayor o menor grado. La meta de un niño no es un objeto (la madre o figura de apego), sino un estado emocional, un sentimiento de seguridad, para lo que es necesario mantener la distancia deseada de la madre, dependiendo de las circunstancias.

Dos son los factores del contexto del niño que favorecen la activación mayor o menor del sistema conductual del apego y ambos indican peligro o estrés. Uno relativo a las condiciones del niño (enfermedad, fatiga, hambre, dolor, frío o cansancio) y el otro a las características del entorno (presencia de estímulos amenazadores); particularmente importante es la localización y comportamiento de la madre (ausencia, retirada o carencia de sensibilidad hacia el niño). En cuanto a la desactivación del sistema esta tiene lugar ante la presencia del estímulo que precisamente provocó la activación de éste (Bowlby 1969/1982).

Bowlby (1969) clasifica las conductas de apego en dos grandes categorías: por un lado, *las conductas de “señales”* entre las que se incluyen el llanto, la sonrisa y el balbuceo y que tienen como efecto conducir a la madre hacia su hijo, y por otro, *las conductas de acercamiento*, que incluye la búsqueda de la madre y su seguimiento mediante algún modo de locomoción, y el aferramiento, cuya consecuencia inmediata es

llevar al niño cerca de su madre. El comportamiento elegido en un contexto particular es el que el niño encuentre más útil en ese momento, para alcanzar la proximidad con su figura de apego. Con el desarrollo, el niño adquirirá más formas de lograr esa proximidad aprendiendo cual es la más efectiva, en cada circunstancia. Así mientras que un niño que no camina recurrirá al llanto o a otra conducta de señalización, otro con mayor movilidad conseguirá el mismo objetivo arrastrándose, gateando o caminando.

Pero no hay que olvidar que estamos ante un sistema organizado y así como el niño puede utilizar distintas conductas para un mismo fin también puede modificar las metas concretas que le lleven a dicho fin. Un ejemplo que ilustra esta flexibilidad del sistema sería el de un bebé que puede gatear en dirección a la silla de la madre, cuando ésta se encuentra sentada en ella, pero también podría cambiar la dirección de su desplazamiento si la madre se levanta y se dirige a otro lugar de la casa. La primera de las metas que tiene el bebé de nuestro ejemplo es la silla de la madre mientras que la segunda es el otro lugar. En ambos casos se sirve de la misma conducta de apego (gatear), pero lo que se “corrigen” son sus metas específicas, con el fin de salvaguardar el objetivo último: la cercanía y la proximidad de la madre (Martínez- Fuentes, 1996).

El sistema de apego, sin embargo, al igual que otros sistemas conductuales, no está constituido únicamente por una agrupación de conductas destinadas a un fin sino que también se caracteriza por la formación de modelos internos activos de desarrollo o representaciones mentales que permiten al niño tener una representación de la figura de apego, un modelo interno que pueda evocar.

Bowlby (1969/1982) defendió que la organización del sistema de comportamiento del apego implica componentes cognitivos, específicamente representaciones mentales de la figura de apego, de sí mismo y del entorno, todos ampliamente basados en experiencias. Estas representaciones mentales no solo se conforman de componentes cognitivos sino también afectivos (Bretherton, 1985).

Actualmente los modelos mentales se conciben también como “una serie de redes nerviosas asociadas, que puede cambiar sutilmente o dramáticamente dependiendo del contexto y de las experiencias recientes” (Mikulincer & Shaver, 2007).

Se trata de un modelo que permite al niño predecir lo que va a suceder en una situación familiar, ejerciendo un papel determinante en la evaluación de la misma y en la organización del comportamiento, ya que el niño sabe de antemano si puede o no contar con la ayuda y disponibilidad de la figura de apego (López & Ortíz, 2000).

El niño a partir de las interacciones diádicas, con su principal figura de apego y de las interpretaciones que hace de éstas, desde el nacimiento en adelante va conociendo aspectos de sí mismo, de las figuras de apego y de su relación con ellas, al mismo tiempo que va aprendiendo qué estrategias de conducta son más útiles para lograr ver satisfechas sus propias necesidades de apego (Delius, Bovenschen & Spangler, 2008).

Como afirmaba Bretherton (1985) los niños son cada vez más precisos al evaluar las intenciones y motivos de sus figuras de apego, disponen de capacidades de afrontamiento más complejas, y aprenden a obtener información más exacta acerca de lo que es o no peligroso, las conductas de apego se presentan cada vez con menor intensidad.

Una vez en este punto es necesario resaltar que el modelo interno expuesto va a ofrecer la posibilidad de explicar las diferencias individuales en la seguridad del apego y por tanto, de este modelo mental, va a depender la calidad del apego. Y esto, porque el concepto que el sujeto construye de sí mismo, como se ha indicado anteriormente, dentro de su modelo interno de representación, será siempre complementario del concepto de su figura de apego. Un niño cuya figura de apego es indiferente o manifiesta rechazo tendrá el concepto de sí mismo como ser que no se merece ser querido, carente de valía e incompetente. Si por el contrario su figura de apego se muestra sensible a sus necesidades tendrá una imagen de sí mismo como competente y merecedor de cariño.

Los modelos mentales repercuten en la calidad del apego, *a nivel emocional*, respecto a los sentimientos generales que experimenta el niño. Si este modelo es positivo los sentimientos serán de seguridad y bienestar. Si el modelo es negativo los sentimientos serán de inseguridad, ansiedad, desconfianza, etc (Adam, Gunnar & Tanaka, 2004; Magai, 1999). Un modelo mental positivo, además, predispone a una expresión emocional más adaptativa (Smith, Calkins & Keane, 2006), más moderada,

con mayor capacidad de autorregulación, no defensiva a las emociones (de Oliveira, Moran & Pederson, 2005). A *nivel comportamental*, el modelo mental influye en la intensidad de las conductas de apego y en el tipo de conductas, planes y estrategias que van a ir manifestándose. Las conductas de apego adaptativas o no se activarán, y desactivarán, en situaciones apropiadas o inapropiadas y con la intensidad adecuada o inadecuada en función de si el modelo mental es positivo o no, respectivamente. En el *nivel cognitivo*, los modelos una vez contruidos y organizados, operan de forma inconsciente e influyen sobre el procesamiento de la información, funcionan como “filtros interpretativos” (Goodvin, 2008). Cuando el modelo es negativo, se crean sesgos en la codificación y recuperación del recuerdo y afecta a los procesos de explicación de la realidad. Como además se trata de un procesamiento automático no consciente puede resultar inflexible y, por tanto, resistirse a un cambio o modificación tendiendo a rechazar nueva información dando una interpretación sesgada de la realidad. Bowlby (1969/1982) hablaba de exclusión defensiva, represión: “puede fundarse en similares mecanismos, se excluye selectivamente información disponible (hechos, identidad, necesidades propias), pero con el objetivo de desviar percepciones, sentimientos y pensamientos que de otro modo nos causarían una ansiedad y un sufrimiento psicológico insoportable”. Tres son las situaciones, descritas por Bowlby (1969/1982), que dan lugar a la exclusión defensiva:

a.- Cuando el niño activa intensamente la conducta de apego y no encuentra respuesta adecuada por parte de su figura de apego o ésta le castiga o ridiculiza.

b.- Cuando la figura de apego quiere que el niño ignore algo que él conoce dándole una versión distinta de los hechos, prohibiéndole que lo comparta con alguien o incluso castigándole.

c.- Cuando el niño ha hecho o pensado algo que le hace sentir culpable o avergonzado o le impiden expresar sus sentimientos.

Ahora bien, hasta ahora, hablamos de un modelo prominente, en el que es a la madre a la que corresponde la máxima jerarquía como figura de apego, ya que es la que generalmente desempeña el rol de cuidador principal aunque cada niño posee un sistema de apego único adaptado a cada una de sus relaciones significativas o vínculos de apego (padre, abuelos, familiares, compañeros de colegio, etc).

De hecho, a este respecto, López (1993) recuerda que la posibilidad de establecer vínculos de apego con distintas figuras es muy positivo para el niño, desde el punto de vista adaptativo, puesto que garantiza su seguridad en caso de que a la figura de apego principal le suceda algún fatal percance.

Schneider (2006, p. 27) defiende que:

“Los modelos internos de trabajo estén organizados jerárquicamente como una familia de modelos, con diferentes modelos de trabajo para diferentes relaciones operando simultáneamente bajo el paraguas común de un estilo de apego global general”.

En cuanto a la estabilidad de los modelos internos de funcionamiento construidos, en estos primeros apegos, las conclusiones empíricas apoyan una relativa continuidad a los largo de los años preescolares y escolares (Main & Cassidy, 1988). Al respecto, Main y Cassidy (1988) analizaron la estabilidad de las clasificaciones de apego durante períodos de tiempo prolongados y encontraron que el 84% de los sujetos estudiados mantenían las clasificaciones de apego estables desde los doce meses hasta los seis años. Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik y Suess (1994), para una muestra de niños europeos, encontraron que el 82.1% de los niños mantenían sus clasificaciones en el mismo rango de edad estudiado por Main y Cassidy. Esta idea ya aparece reflejada en el siguiente párrafo:

“La pauta con la que la conducta del apego del niño está ya organizada tiene tendencia a persistir cuando éste se hace mayor; a modificarse menos y menos fácilmente, y menos y menos completamente, en el curso de sus experiencias” (Bowlby, 1998, p. 479).

Thompson (1999) cita tres fuentes básicas de continuidad: *la adaptación ontogenética*, o la tendencia del patrón de apego a seleccionar el entorno que mejor se adapta a sus creencias sobre sí mismo y los demás, un entorno que tiende a confirmar las expectativas que ha desarrollado hasta ese momento; *los rasgos de personalidad*, que contribuyen a perfilar la personalidad emergente (sociabilidad, autoestima, confianza en sí mismo, etc.) y ejerce una influencia en el funcionamiento psicosocial y *el modelo mental de relaciones*, que una vez construido, como se ha indicado

anteriormente, ofrece más resistencia determinando las conductas comportamentales, cognitivas y afectivas hacia los demás. No obstante, además de estas fuentes básicas mencionadas, pueden citarse otros factores que influyen en la estabilidad. La tendencia a la continuidad del trato dentro de la relación parento-filial y dentro de otras relaciones diádicas, la satisfacción o insatisfacción que proporciona la relación, y las expectativas recíprocas (Lafuente, 2010).

Estos datos, si bien avalan la idea de una relativa estabilidad de los modelos mentales, no deben interpretarse desde una concepción determinista. Como se ha indicado, Bowlby (1969/1982) definía los modelos internos como activos porque, aunque tendentes a la estabilidad, son susceptibles de modificación si la experiencia con los padres o con otras figuras de apego da lugar a una revisión. La teoría del apego no propone que la primera vinculación de apego que se establezca determine inevitablemente el desarrollo socioafectivo posterior, sino que esta inicial relación predice probabilísticamente el desarrollo social ya que afecta a las expectativas sobre los otros, las relaciones y los sentimientos en contextos muy diversos (Sroufe, 1988).

Así, a pesar de su resistencia al cambio y su influencia en la estabilidad del apego, el establecimiento del estilo de apego tiene lugar en un extenso período de tiempo en el que las variables de continuidad en el trato parental, por disfunciones familiares y personales tempranas, importantes transiciones evolutivas (entrada en la escuela, pérdida de figuras de apego, matrimonio o separaciones matrimoniales, llegada de un nuevo hermano, etc.), cambios en el entorno personal (una enfermedad grave, un accidente o enfermedad mental, puede variar haciendo que el modelo mental consolidado no funcione.

Con todo, no estamos en condiciones de establecer con seguridad las variables que pueden influir en la estabilidad/inestabilidad de la seguridad del vínculo de apego, debiendo permanecer la discusión abierta y siendo necesaria la realización de investigaciones longitudinales.

Durante los primeros años de vida el sistema de apego se relaciona con otros cuatro sistemas biológicos, así que el sistema de comportamiento del apego puede ser entendido solo en términos de su compleja interacción con éstos. Bowlby (1969/1982)

resalta dos de estos como particularmente cercanos al sistema de apego en niños pequeños: el sistema exploratorio y el sistema de miedo. La activación de estos sistemas afecta a la activación del sistema de apego. Estos dos sistemas de comportamiento, más el afiliativo y el de cuidados se presentan en este punto:

A.- Sistema Exploratorio

Este sistema promueve el interés del niño por el entorno y los objetos que hay en él, por tanto aparta al niño de su madre constituyendo la antítesis misma de la conducta de apego. La conducta exploratoria es una conducta perfectamente definida e independiente, que debe ser concebida como una serie de sistemas desarrollados con la función especial de obtener información del ambiente (Bowlby, 1998).

La conducta exploratoria, en general es inducida por estímulos nuevos y/o complejos. Al cabo de un tiempo, disminuye el interés, se produce una habituación del estímulo y por tanto, una bajada del nivel de exploración hasta que aparece un nuevo estímulo.

Según Bowlby (1998) la conducta exploratoria adopta tres formas principales: en primer lugar la sensorial, los sentidos se orientan hacia el objeto-estímulo y dan la señal al resto del organismo para entrar en acción; en segundo lugar la motora que permite a los órganos sensoriales obtener más y mejor información del objeto-estímulo y la tercera la manipulativa al investigar y experimental con el objeto-estímulo.

La realidad que mejor define la relación entre el sistema de apego y el exploratorio es cuando el niño utiliza a su figura de apego como “base segura desde la que explorar” (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969/1982, 1988). Ainsworth, durante sus observaciones en el primer año de vida del niño, hablaba de un equilibrio entre el sistema de apego y el exploratorio (Ainsworth, Bell & Stayton, 1984). La mayoría de los niños sopesan estos dos sistemas de comportamiento, respondiendo con flexibilidad a una situación concreta, después de considerar las características del entorno y la disponibilidad del cuidador. Por ejemplo, cuando un niño valora el entorno como peligroso es poco probable que active el sistema de exploración. Aún lo hará con menor probabilidad si el sistema de apego se activa por la separación de la figura de apego,

enfermedad, fatiga o la presencia de extraños en su entorno. En este caso la exploración del niño y su juego disminuyen. Por el contrario, cuando el sistema de apego no se activa, pues el niño está sano, descansado, con una figura de apego cercana, la exploración y el juego aumentan. El apego lejos de interferir en la exploración, la incentiva. Bowlby (1973) describió como importante, no solo la presencia física de una figura de apego, sino también la creencia del niño de que la figura de apego estará disponible, si la necesita. Esta afirmación se ha visto respaldada posteriormente por otros autores (Sorce & Emde, 1981; Vaughn, Coppola, Verissimo et al., 2007; Posada, Kaloustian, Richmond & Moreno, 2007).

B.- Sistema de miedo.

Tras el inicio del establecimiento del apego hacia una figura específica aparecen, en torno los 8 meses y hasta el primer año de vida, reacciones intensas de inquietud, rechazo y evitación o temor intensos ante el alejamiento o ausencia de la figura de apego. Al haber ya un vínculo específico con una figura concreta, las conductas exploratorias aumentan en frecuencia e intensidad ante estas figuras apareciendo el temor a los estímulos desconocidos; siendo este mayor cuando se reduce la distancia entre el niño y la figura de apego.

El sistema de miedo tiene la misma función biológica que el sistema de apego, la protección. Sin este sistema se reduciría la supervivencia de la especie. Cuando el niño aún no puede valorar qué personas o estímulos pueden ser peligrosos para él, busca protección en la cercanía de su figura de apego (Marvin & Britner, 1999).

Bowlby (1973) habla de una serie de estímulos que, aunque en sí mismos no son peligrosos, hacen aumentar en el niño la sensación de peligro como son la oscuridad, ruidos intensos, soledad, movimientos repentinos, etc, señales de peligro innatas o culturalmente aprendidas, que hacen que tanto el sistema de miedo como el de apego se activen aumentando las conductas del niño de búsqueda de la figura de apego.

La presencia o ausencia de la figura de apego juega un papel muy importante, en la activación del sistema de miedo del niño ya que una figura de apego accesible y disponible hace que el niño tenga una mayor capacidad de regular la intensidad de esta emoción (Passman & Weisberg, 1975; Passman & Erck, 1977; Sorce & Emde, 1981; Cassidy, 2008).

C.- Sistema afiliativo.

El término “afiliación” fue introducido por Murray en 1938. Este concepto engloba todas las manifestaciones de amistad y de deseo de hacer cosas en compañía de otros. Como indica Bowlby (1989), “Como tal, se trata de un concepto mucho más amplio que el de apego, y no pretende cubrir la conducta dirigida hacia una o algunas pocas figuras en particular, característica central de la conducta de apego” (p. 310).

Este sistema, al igual que los anteriores, favorece la supervivencia, pues las otras personas pueden proporcionarnos protección y aumentan nuestras posibilidades reproductivas. Harlow (1965, 1969, 1999) llevó a cabo experimentos con primates criados con sus madres, pero sin contacto con iguales, demostrando falta de habilidad social de los mismos e ineficacia para emparejarse.

Mason (2008) llevó a cabo experimentos con dos grupos de primates, el primero formado por monos criados en una jaula y rodeados de iguales a los que podían ver y escuchar pero no tocar y el segundo formado por primates criados en libertad. Los resultados de este experimento arrojaron una mayor dificultad en las interacciones sociales, con menor estabilidad en éstas, mayor número de peleas entre ellos, con deficiencias en la forma y el proceder de su conducta sexual y conductas dirigidas hacia sí mismos que aparecían en los monos criados en jaulas pero no en los primates criados en libertad.

Existen claras diferencias entre el sistema de apego y el afiliativo o social en lo que respecta a lo que los activa, determina y organiza. Es más probable que el sistema social se active cuando el de apego no esté activado y viceversa. El niño busca a su figura de apego cuando está cansado, hambriento, enfermo, tiene miedo o tiene a su figura de apego lejos de él tratando, en todo momento, de permanecer cerca de ésta. Sin

embargo, cuando el niño se encuentra bien y seguro de que su figura de apego se encuentra disponible, querrá estar con un igual en juegos interactivos.

Posteriormente se han ido incorporando nuevas teorías y con ellas nuevos conocimientos que contribuyen a que la teoría del apego se desarrolle. Destacamos:

La teoría de los sistemas epigenéticos, a partir del concepto de epigenética que se define, según Holliday (2005), como el estudio de los cambios en la función de los genes que son heredables por mitosis y/o meiosis, que no entrañan una modificación en la secuencia del ADN y que pueden ser reversibles. Los cambios epigenéticos presentan dos características fundamentales: 1.- dependen del ambiente y 2.- pueden transmitirse a la descendencia, son heredables. (Zhang & Meaney, 2010; Daxinger & Whitelaw, 2012). Así, esta teoría defiende que cada bebé nace con una predisposición genética a desarrollar determinados rasgos que afectan al desarrollo emocional, el temperamento. Pero el cambio es posible, pues los genes permiten una adaptación selectiva al ambiente ya que toda persona se desarrolla en un contexto social y biológico concreto (representado, entre otros aspectos, por la disponibilidad y el tipo de alimento, la intensidad y duración de los períodos de luz, los cambios en la temperatura, la calidad de los vínculos tempranos y los cuidados maternos o la exposición a los llamados “eventos vitales” sean éstos de carácter positivo o negativo) que cambia de manera mutuamente adaptativa, a través del tiempo. La asociación de eventos en el período post natal precoz con patologías y comportamientos en la vida adulta a la luz de los trabajos de Meaney y Gluckman (1997, 2000, 2001, 2008), también son evidentes. Un vínculo débil o deficiente puede dar lugar a enfermedades crónicas como respuestas alteradas al estrés, se reconoce una asociación entre la pobreza y el desarrollo emocional y cognitivo de los niños, así como entre depresión, estados ansiosos de la madre y desarrollo emocional y cognitivo de los hijos. En definitiva para el niño que se desarrolla en condiciones adversas, el fortalecimiento de vínculos saludables puede constituirse en una forma de superar los problemas de salud, resultado de la influencia de determinantes genéticos y sociales, ya que al igual que los efectos de los acontecimientos negativos pueden ser heredables, ya que también los eventos positivos contribuyen a transmitir un ambiente favorable.

La Neurociencia, como conjunto de disciplinas que estudian la estructura, función, desarrollo, química, farmacología y patología del Sistema nervioso. De especial interés para nuestro trabajo es la neurociencia del desarrollo infantil que estudia cómo evoluciona el cerebro del niño. El período de mayor plasticidad neurológica se extiende desde la gestación hasta los 4 años. Con el nacimiento el niño presenta 10 veces menos conexiones. En los primeros meses de vida el cerebro llega a crear dos billones de neuronas, con la adecuada estimulación cognitiva, afectiva y con el acceso a distintas experiencias. A los 3 años las conexiones neuronales se multiplican por 20 y a los 4 años está constituido el 90% del que será el cerebro adulto del niño y se habrá habido un gran desarrollo de la mielinización. Se considera que el período comprendido, desde el nacimiento a los 4 años, es un período crítico para la maduración del hemisferio derecho del cerebro encargado del procesamiento de la información (sobre todo expresiones faciales, gestos, entonaciones, etc, que constituyen la información implícita temprana y de la autorregulación socioemocional (recuerdos emocionales, esquema de sí mismo) (Schoore, 2002, 2003, 2004).

La interacción del niño con su cuidador produce cambios duraderos en el cerebro, afectando al desarrollo de los estilos de apego y a los patrones de regulación del afecto (Field, Diego, & Hernández-Reif, 2010; Ginot, 2007; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter & Rockliff, 2008).

1.2. Fases de formación del apego. Tipos de apego

El niño, nace con una serie de capacidades que le permiten orientarse y dirigir sus señales a sus congéneres; entre ellas destaca el llanto, la succión, la conducta de aprehensión, la sonrisa y el balbuceo. Desde los primeros meses son las conductas de proximidad, de la madre las que aseguran y mantienen la proximidad del adulto con el niño, hasta que éste sea capaz de manifestar un repertorio conductual más eficiente que le pueda llevar a mantener su proximidad con ella y ciertas figuras en particular. Se trata de un proceso largo que transcurre, básicamente, en el primer año de vida (Marvin & Britner, 2008).

Bowlby describió 4 fases en el desarrollo y formación de este sistema de apego. Las tres primeras fases tienen lugar a lo largo del primer año de vida y la cuarta surge en torno a los 3 años de vida. Desde que comienza un sistema de interacciones regulado biológicamente (por lo que al niño se refiere) hasta la vinculación afectiva específica se exigen dos condiciones fundamentales: unos patrones estables de interacción en los que los adultos deben aprender a interpretar las señales del niño y a responder adecuadamente a ellas y el desarrollo de determinados procesos mentales y afectivos, en el niño (López & Ortíz, 2000).

La primera fase, de orientación y señales con una discriminación limitada de la figura, comprende desde el nacimiento hasta el tercer mes de vida, aproximadamente. Durante este período, la actividad del niño está regulada, fundamentalmente, por ritmos biológicos a los que los adultos se deben adaptar y a los que el niño responde.

En esta etapa, el niño manifiesta predilección por los miembros de la propia especie (Fantz, 1961, 1966; Berlyne, 1958; Shaffer, 1979), sin que se puedan apreciar preferencias específicas. No establece diferencias entre quienes interactúan con él. El niño es incapaz de diferenciarse de los otros, pues los modelos de trabajo internos son bastante primitivos (Riviere & Coll, 1985). Es cierto que puede identificar, muy pronto, la voz y el olor de la persona que le cuida, pero esto no quiere decir que identifique y discrimine visualmente de manera global antes de los tres o cuatro meses (Kaye & Wells, 1980; Palacios & Mora, 1990).

De todas las conductas que aparecen en los primeros meses de vida, Bowlby (1969), indica que las que se pueden poner al servicio del sistema conductual del apego son: alcance, prensión, aferramiento, movimientos de cabeza y succión, sonrisa, balbuceo y llanto. Este autor afirma, apoyándose en estudios de otros investigadores (Walters & Parke, 1965; Fantz, 1965/66), que los bebés prefieren mirar a las figuras humanas antes que a otras figuras, precisamente por las razones que hemos señalado más arriba; defiende que la succión es una de las primeras conductas que permitirá al bebé experimentar los primeros contactos físicos con el adulto durante intervalos de tiempo más duraderos; con respecto a la sonrisa y el balbuceo, señala que tienen la misión de promover, en el adulto, respuestas positivas y de mantener la interacción con él; y por último, el llanto tendrá la función de lograr la proximidad del adulto y de suscitar en él

toda una serie de conductas encaminadas a procurar bienestar y tranquilidad al bebé. Cada uno de estos sistemas tiene sus propias condiciones de activación e interrupción, pero aún no hay conexión “interna” entre ellos. Por ejemplo, escuchar una voz humana aún no activa el comportamiento visual de búsqueda o la visión de un objeto no activa la conducta de dirigir la mano hacia dicho objeto.

Durante esta fase, el desarrollo de la conducta de apego, en el niño, no puede ser plenamente comprendida, si no tenemos en cuenta las modificaciones en el comportamiento de los cuidadores. Al principio es el cuidador, en gran medida, el que mantiene la proximidad y la protección del niño, a pesar de que el recién nacido está equipado para ser sensible a las otras personas y provocar el cuidado y el afecto de éstas.

La segunda fase, de orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas, tiene lugar hasta los seis meses de vida y se caracteriza por la capacidad que tiene el bebé de reconocer a un número reducido de adultos que suelen ser aquellos que habitualmente le cuidan. Aunque, en esta fase, el adulto sigue dirigiendo y dominando la relación, el niño ha desarrollado una mayor capacidad de integrar las percepciones de la cara, el olor, la voz y otras características de las personas que le cuidan. Las interacciones con adultos se hacen más flexibles y el bebé comienza a jugar un papel más activo, con una sonrisa diferencial hacia los que le cuidan, vocaliza con mayor frecuencia, el llanto se vuelve más diferencial al aparecer cuando las figuras que le cuidan desaparecen de su campo visual y desaparecer cuando estas figuras le atienden (López & Ortíz, 2000). Bowlby identificó trece patrones de comportamiento, relativamente complejos, de los que siete se desarrollan en esta fase: terminación del llanto; llanto cuando el cuidador desaparece; sonrisa; vocalización; coordinación óculo-motriz; saludo y trepar y explorar. Muchos de los avances sensoriomotrices, de los tres a los seis meses de edad, hacen posible un mayor control del niño sobre su propia conducta, en el sentido de la activación y terminación, al comenzar a haber una conexión “interna” que, como se reflejó anteriormente, no existía en la fase primera. Sin embargo, y pese al papel cada vez más activo que el niño tiene en sus transacciones con el adulto, no por ello podemos considerar que la conducta de éste sea intencionada, es decir, en ningún momento el bebé planifica su conducta en función del objeto predeterminado (Riviére & Coll, 1985)

Un ejemplo, de esto, nos lo ofrece Spitz (1984) cuando habla de la aparición de la sonrisa:

“En el tercer mes de vida, el bebé responde al rostro del adulto sonriendo, si se cumplen ciertas condiciones: que el rostro se muestre de frente, de modo que el infante pueda ver los dos ojos y que el semblante tenga movilidad”.

Estas preferencias estimulares del bebé favorecen la interacción cara a cara, ya iniciada en la fase anterior, así como la sincronía interactiva. Los adultos atribuyen intencionalidad a cada una de las conductas manifestadas por su hijo, dando muestras, una vez más, de la preparación que tienen para la crianza del bebé (Riviére & Coll, 1985).

Según Stern (1977, citado en López & Ortiz, 2000) estas interacciones sintonizadas son uno de los elementos que más contribuyen a la formación del apego recíproco.

En esta fase, no obstante, aunque el bebé reconozca a sus cuidadores, aún no presenta angustia de separación si éstos no están presentes, no hay un vínculo de apego establecido y tampoco hay un rechazo evidente, a los desconocidos. Aunque, parece que ya existe una tendencia, cada vez mayor, a iniciar las interacciones, de apego y sociales, con el cuidador principal encaminándose a lo que, posteriormente, serán diferencias individuales en los patrones de apego. Hay evidencias claras de que estas diferencias comienzan en el primer cuarto del primer año de vida. Ainsworth et al. (1978) expresaban que padres de niños que, más tarde, tendrán un apego evitativo ya tienden a atenderlos y cogerlos, cuando lloran, menos frecuentemente, de tal forma que se deja al niño en una situación emocionalmente vulnerable, por más tiempo dando lugar a que éste desarrolle una cadena de conductas determinadas, para que finalice su estrés o ansiedad.

La tercera fase, de mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada, por medio de la locomoción y de señales, se puede retrasar hasta después del primer año y, probablemente, se prolongue hasta el segundo y tercer año de la vida (Bowlby, 1969).

El mayor desarrollo emocional y de habilidades comunicativas, junto con el cúmulo de experiencias cosechadas va dando lugar al establecimiento del lazo afectivo, del apego, con una figura específica. Esto se observa, claramente, en el repertorio de reacciones nuevas del niño: la “ansiedad de separación” (protesta, llanto, seguimiento de la figura de apego, agitación motora, etc), ante la ausencia breve de la figura de apego, el saludo y aferramiento a esta figura, cuando regresa, y el uso de la figura de apego como base segura, a partir de la cual poder explorar el mundo físico y social. Un mayor desarrollo del lenguaje no verbal y de los prerrequisitos de éste como una mayor vocalización, contacto visual, forma de prelenguaje, etc le aportan nuevas herramientas para atraer o mantener la atención de los otros o (Bruner, 1981) establecer/mantener la atención conjunta con el propósito de compartir una experiencia.

El desarrollo motor, que conlleva la independencia en los desplazamientos (gateo, reptación, marcha) es un avance importante, en la búsqueda del contacto y la proximidad a la figura de apego lo que, a su vez, repercutirá en otros sistemas como el exploratorio, el afiliativo y el de ataque. No obstante, al aumentar sus horizontes y vías de exploración también aumentan las situaciones de peligro para sí mismo.

En este momento vital, adquisiciones cognitivas tales como la capacidad de representación, permanencia de la persona y la memoria (Ortíz, Fuentes & López, 1991) son importantes y, fundamentalmente, van a permitir entender al niño que las personas siguen existiendo, aun cuando no estén en su campo perceptivo y evocar a la figura de apego, gracias a la construcción de una representación de ésta. Para Bowlby (1969) esta representación interna, sugiere que, el niño puede operar internamente, tener un plan u objetivo marcado, que, en cada momento, le permita seleccionar los comportamientos con los que pueda lograrlos (por ejemplo, gatear hacia la madre). En cuanto al modelo de trabajo interno del niño, en esta fase dado el creciente desarrollo de las habilidades cognitivas, éste es más sofisticado que el de la fase segunda, pero el niño aún no entiende que la figura de apego tiene sus propias metas y que éstas pueden diferir de las suyas.

Todas estas nuevas habilidades de comunicación, cognitivas, motóricas, a su vez, facilitan un incremento en la capacidad para organizar la exploración, es decir, se produce una maduración del sistema de exploración de manera que el niño puede

aprender e interactuar con el medio físico y social de una forma más enriquecedora y compleja.

Poco después de establecerse el apego específico se modifica, también durante esta fase, el comportamiento ante los extraños, reaccionando ante ellos, con miedo y angustia. Spitz (1965) analizó este tipo de respuesta, a la que denominó angustia del octavo mes: “Entre el sexto y el octavo mes se produce un cambio decisivo en la conducta del niño hacia los otros [...]”. Este autor consideraba que esta reacción del niño, ante una persona extraña, era debido a la ausencia de la figura de apego más que a la presencia de un desconocido. Así, exponía: “La angustia que manifiesta no es en respuesta al recuerdo de una experiencia desagradable con el desconocido; es en respuesta de su percepción de que el rostro del desconocido no coincide con las huellas mnémicas del rostro de la madre” (Spitz, 1965).

Bowlby (1969), hizo una crítica a la posición defendida por Spitz: “El examen de la postura de Spitz revela que su fallo central es el supuesto de que, al enfrentarse con un extraño, el bebé no puede tener un “miedo realista”, supuesto basado en la creencia de que tal “miedo realista” sólo es provocado por personas y objetos a los que el niño asocia “con una anterior experiencia desagradable” (Bowlby, 1969)

Estos déficits encontrados, en los planteamientos de Spitz, se resuelven desde la perspectiva etológica que considera al miedo como a un sistema conductual encaminado a la supervivencia del sujeto. Una vez establecido el vínculo, con una figura de apego, aumenta el temor a los extraños fundamentalmente, en situaciones que el niño vivencia como peligrosas o amenazantes. Entonces, éste comienza a manifestar un repertorio de conductas encaminadas a la búsqueda y acercamiento a su figura de apego inhibiéndose, consecuentemente, los sistemas afiliativo y exploratorio. Aunque, la función del miedo no es limitar o impedir la manifestación de estos sistemas, sino garantizar la seguridad del niño hasta que esté preparado para alcanzar una mayor independencia tras el estrecho vínculo que, en un principio, establece con su figura de apego (López & Ortiz, 2000).

Parece ser que la mayor incidencia e intensidad de esta reacción a los desconocidos tiene lugar hacia finales del primer año disminuyendo paulatinamente a

partir de los 18-24 meses y es importante, primero, porque los niños aún no pueden predecir qué individuos son peligrosos por lo que resulta adaptativo que la reacción inicial sea de inhibición y cautela y, segundo, porque para la consolidación del apego, en un principio, es necesario la disminución del número de individuos que activen y finalicen su comportamiento de apego (Bowlby, 1969/1982). En este punto se habla de “períodos sensibles” (Bateson, 1976).

La cuarta fase, de formación de una pareja con corrección de objetivos, añadida por Bowlby (1969) y Ainsworth et al. (1978) empieza en torno a la mitad del tercer año. En esta etapa el niño continúa manifestando conductas de apego, aunque cada vez lo hace con menor frecuencia e intensidad. Así mismo, como señala Bowlby (1969/82), poco a poco empieza a sentirse más seguro en presencia de cuidadores alternativos. Y todo esto es posible, fundamentalmente, por el mayor control y desarrollo de sus capacidades cognitivas, lingüísticas y motoras que le permiten, por una parte, depender menos de la proximidad física para sentirse seguro y cómodo en una situación, en la que su figura de apego esté ausente. En concreto, las nuevas capacidades cognitivas le permitirán construir modelos o representaciones mentales internas de la figura de apego a la que puede evocar las capacidades lingüísticas le llevaran a poder mantener una mayor comunicación e interacción con adultos e iguales pudiendo hacer saber a los otros sus planes y deseos así como, conocer los de los otros, en conjunto, estas nuevas capacidades le conducirán a localizar mejor a su figura de apego y explorar su entorno social y físico con mayor seguridad. A esta edad ya se retienen, en la memoria a largo plazo, las representaciones de sucesos que componen los recuerdos generales y específicos de las experiencias relacionadas con el apego (Lafuente, 2010). No obstante, en torno a los tres años las separaciones de la figura de apego no terminan de estar bajo el control del niño continúan trastornando o desequilibrando el objetivo fijado y, por ello, es preciso controlar la cercanía de la figura de apego.

A partir de los 4 años el niño es capaz de compartir los planes, pensamientos y motivos de su figura de apego, sus modelos de trabajo internos están más desarrollados y son capaces de darse cuenta de que la figura de apego tiene una relación continuada con él, tanto si está como si no está físicamente con él. Esto le hará disfrutar de otras relaciones, profesores, iguales, sin miedos ni angustias de perder su figura de apego principal.

En torno a los 4 años, hay un cambio importante en la organización de la conducta de apego, gracias a la aparición de las siguientes habilidades (Marvin, 1977):

- Capacidad para reconocer que la figura de apego posee elementos internos que le son propios (pensamientos, objetivos, planes y sentimientos).
- Habilidad para distinguir entre el punto de vista del cuidador y el propio punto de vista, sobre todo cuando éstos difieren.
- Capacidad para inferir, desde la lógica y/o experiencia, los factores que controlan los planes y metas del cuidador.
- Habilidad para valorar el grado de coordinación entre los respectivos puntos de vista.
- Capacidad para influir en los objetivos y planes del cuidador de forma consensuada.
- Los cambios cognitivos experimentados facilitan un mayor conocimiento sobre sus propias estrategias en las relaciones de apego y la comprensión de la conducta de otras personas. Estas representaciones internas más complejas permitirán al niño extrapolar las representaciones a situaciones nuevas (Delius et al., 2008).

Poco a poco, y hasta la edad de los seis años, el niño incrementará la habilidad para inhibir su comportamiento en curso y ajustar, así, sus planes y metas con los de su figura de apego.

El procedimiento observacional de laboratorio de “Situación Extraña” elaborado por Ainsworth y colaboradores (Ainsworth & Witting, 1969; Ainsworth et al., 1978) permitió clasificar las relaciones de apego en los niños, de los tres grupos siguientes etiquetados tal y como lo hizo la investigadora: el “apego seguro” (B) y dos grupos de “apego inseguro”: el “apego inseguro- evitativo” (A) y el “apego inseguro-resistente o ambivalente” (C), según si el niño manifieste, en el primer caso, conductas positivas hacia la madre con conductas de resistencia y oposición o, en el segundo caso, con conductas evitativas, en los episodios de reunión.

Posteriormente, Main y Solomon (1900) describieron un cuarto patrón de apego al que denominaron “apego ansioso-desorganizado” (D), pues algunos niños eran difíciles de clasificar, en una de las tres categorías presentadas por Ainsworth et al. (1978).

A continuación describiremos brevemente las características comportamentales más relevantes de los distintos tipos de apego.

El **apego seguro (tipo B)** es el patrón más frecuente y se define como aquel en el que los niños emplean a la figura de apego como base segura de exploración, y como fuente a la que acudir cuando se encuentran molestos o en situación de peligro. En los episodios de separación, el reencuentro con la figura de apego se caracteriza por una búsqueda de contacto y proximidad, y facilidad para ser reconfortados por ella. Posteriormente, el niño será capaz de reanudar sus actividades exploratorias. Respecto al extraño, suelen presentar recelo ante su presencia, en los primeros momentos para, después, de forma paulatina ir aceptándolo e incluso dejándose consolar por éste cuando su figura de apego o cuidador no está presente.

Ainsworth et al. (1978) plantean la existencia de cuatro subtipos de apego seguro, para describir las diferentes maneras en las que los niños expresan seguridad en una relación. Estos subgrupos se diferencian entre sí en la forma de recuperar la seguridad, el B₃ y el B₄ tienden a buscar el contacto físico y la proximidad con el cuidador mientras que el B₁ y B₂ les basta con la interacción a distancia (sonrisas, saludos, etc).

El **apego inseguro-evitativo (tipo A)**, se presenta entre un 15-20% de la población infantil, se define como aquel, en el que los niños se muestran muy activos en la exploración del ambiente pero al margen de la presencia o ausencia de la figura de apego, sin involucrarla en sus juegos en el caso de que ésta se encuentre presente. El niño apenas reacciona ni muestra ansiedad, ante el alejamiento de su figura de apego, y cuando se produce el reencuentro ignora a la figura de apego e incluso manifiesta claramente su deseo de continuar solo. En el segundo reencuentro, de la Situación Extraña, la evitación es especialmente intensa. Así mismo, expresa gran dificultad para ser consolado por la figura de apego.

Respecto al desconocido, suele mostrarse mas amistoso con la figura extraña, tanto delante como en ausencia de la figura de apego, expresando, escaso recelo hacia el desconocido.

Los subgrupos de este patrón A son los denominados A_1 y A_2 .

El **apego inseguro-resistente o ambivalente (tipo C)**, agrupa a un porcentaje menor de niños (10-15%) que fluctúan entre buscar la proximidad y el contacto con la figura de apego y oponerse al contacto y a la interacción con ella. Se caracterizan por presentar una conducta exploratoria mínima o nula, en presencia de la figura de apego, tienen dificultades para utilizarla como base segura. Así mismo, la ansiedad de separación es muy intensa y tienen comportamientos ambivalentes en el reencuentro ya que, por una parte parecen buscar la proximidad y el contacto con la figura de apego pero, por otra, sobre todo cuando es la figura de apego la que inicia el contacto, muestran una gran dificultad para ser consolados por ésta.

Respecto a las interacciones con un extraño, son muy parecidas a las de los niños evitativos, son escasas o nulas, tanto en presencia como en ausencia de la figura de apego.

Dentro de la categoría de apego inseguro-resistente se encuentran dos subgrupos: C_1 y C_2 .

Por último, se definirá el cuarto tipo de apego que, como ya hemos señalado anteriormente, fue descrito por Main y Solomon (1990). El **apego ansioso-desorganizado (tipo D)** suele ser más frecuente en poblaciones de alto riesgo como las que han sufrido alguna forma de maltrato (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989, citados en Martínez Fuentes, 2004) o las que están formadas por madres gravemente afectadas de depresión, alcohólicas y en familias en las que se dan problemas de pareja (DeMulder & Radke-Yarrow, 1991; O'Connor, Sigman & Brill, 1987; Teti, Gelfand, Messinger & Isabelle, 1995, citados en Martínez-Fuentes, 2004).

Los niños que se identifican con este tipo de apego, presentan tendencias conductuales conflictivas y contradictorias: movimientos y expresiones incompletas o

no dirigidas, paralización y conductas estereotipadas (Main & Solomon, 1990). Los niños se muestran desorientados y muestran conductas contradictorias por ejemplo, buscan la proximidad y el contacto con la figura de apego para, de pronto, huir de ella y rechazarla o juegan placenteramente seguido rápidamente de malestar y de enfado.

1.3. Variables que contribuyen a la formación de los vínculos afectivos

El establecimiento de apego seguro depende, en gran medida, de la actuación del cuidador principal, pero no por ello deben ignorarse muchas variables que sobre él ejercen una notable influencia. El grado de sensibilidad del apego ha sido uno de los factores más estudiado (Cassidy, Woodhouse, Cooper, Hoffman, Powell & Rodenberg, 2005) a la hora de explicar la seguridad del apego infantil. No obstante, en la literatura existente, y como resultado de querer conocer con detalle los determinantes de la seguridad de la vinculación, se han analizado otras dimensiones, unas que tienen que ver con las condiciones y/o estatus del niño otras, con las del contexto y, aún otras que se centran en otros aspectos de la conducta parental.

A continuación se examinarán algunas de estas variables.

1.3.1. Las características del niño.

Dos aspectos básicos se mencionarán en este apartado, el temperamento del niño y el nacimiento prematuro y/o la presencia de alguna discapacidad física o psíquica. Respecto *al temperamento*, son muy diversas las definiciones dadas de este término que Bates (1989, p. 49) recogió en una sola definiendo el temperamento como el concepto que se refiere a “las diferencias individuales que aparecen en las tendencias de conducta, constituídas biológicamente, que se presentan de forma temprana en la vida y que son relativamente estables en distintas situaciones y a lo largo de la vida (Bates, 1987; Goldsmith et al., 1986; Kohnstamm, 1986)”, señalando que los componentes que forman parte de este constructo son “...(a) las respuestas emocionales positivas versus negativas respuestas emocionales a estímulos novedosos en general, las respuestas emocionales a personas familiares y desconocidas en particular, y la expresión emocional en respuesta a estados internos como el hambre y el aburrimiento, (b) los patrones de orientación de la atención, tales como la facilidad para tranquilizarse

cuando se encuentra malhumorado y la distractibilidad de la atención, y (c) el vigor de la actividad motora y la frecuencia y autorregulación apropiada de la actividad”.

Los investigadores Thomas y Chess (1977) creen que el temperamento está establecido a los dos o tres meses de edad. Para ellos, aunque una tercera parte de los niños pequeños no pueden ser clasificados, la mayoría de los bebés pueden ser agrupados en uno de estos tres tipos: Fáciles (40%), Dificiles (10%) y de Reacción lenta (15%).

Los niños difíciles son irregulares, intensos, les perturban los ruidos, infelices y cuesta distraerlos por un lapso de tiempo prolongado. Los bebés lentos son reacios a adaptarse a las nuevas experiencias, pero con el tiempo lo logran. Los niños fáciles son lo contrario de los difíciles.

Para muchos investigadores, el propio término de temperamento implica una base biológica de las diferencias individuales de conducta, base que tiene influencia genética y que es estable a lo largo del tiempo (Buss & Plomin, 1984; DiLalla, Kagan & Reznick, 1994). Los genetistas de la conducta han buscado influencias hereditarias en estudios con hermanos gemelos o mellizos en los que se encontraron índices de concordancia bastante consistentes. Ward, Vaughn y Robb (1988) encontraron una correspondencia significativa entre hermanos, en la medida de la seguridad del apego en el intervalo de edad de 1 a 4 ½ años. Teti y Ablard (1989) encontraron una evidente convergencia entre hermanos midiendo el apego mediante la Situación Extraña en los hermanos más pequeños y con la Q-sort para los mayores. IJzendoorn et al. (2000) en una amplia muestra de 138 hermanos encontraron un índice de concordancia consistente.

De diversos estudios con hermanos dicigóticos (Bokhorst et al., 2003; O’Connor & Croft, 2001; Finkel, Wille & Matheny, 1998) parece derivarse una considerable menor concordancia en los resultados de hermanos dicigóticos respecto a la que se encontró en los estudios de hermanos monocigóticos.

Los estudios de genética molecular que defienden una asociación entre el apego desorganizado y un polimorfismo del receptor DRD4 de la Dopamina (Exon III, 48-bp,

vntr) han ido más allá de los presupuestos hereditarios (Lakatos et al., 2000, 2002; Gervai et al., 2005). Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer (2005) en una muestra independiente de hermanos replicaron los estudios anteriores de genética molecular. Rutter (2006), sugiere que no hay una variable genética que influya de manera significativa en el establecimiento del estilo de apego.

A través de las investigaciones de estos últimos años se llega a la conclusión de que el temperamento no parece influir directamente sobre la calidad del apego que desarrolla el niño, sino que su influencia parece ser indirecta a través del efecto que ejerce sobre el cuidador (Cantero & Cerezo, 2001) y el tipo de seguridad o inseguridad que desarrolle (Belsky & Rovine, 1987; Kochanska, 1998; Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001).

La calidad del ajuste entre el cuidador y el niño será lo que permita que el niño se desarrolle adecuadamente, siendo la interacción fluida entre éstos el factor crítico y no ninguno por separado.

Para un niño lento, fácil o difícil los padres tendrán que ajustar su conducta de forma que el primero tenga el tiempo suficiente para adaptarse a situaciones nuevas, asegurarse de que el segundo no se hará daño mientras explora su entorno y guiar con paciencia al tercero, para intentar establecer una interacción positiva con él (Berger, 2004).

Así las disposiciones biológicas del temperamento positivo (niño atento, sociable, moderadamente activo y con tono emocional positivo) favorecen la sensibilidad del cuidador y, por tanto, el establecimiento de un estilo de apego seguro. Por el contrario las disposiciones de un temperamento difícil (niño irritable, evitativo, nervioso) favorecen el desconcierto en el cuidador, dificultades para interpretar las necesidades del niño y por tanto dar una respuesta coherente. Las posibilidades de establecer un estilo de apego seguro son mucho menores (Martínez-Fuentes, Brito de la Nuez & Pérez-López, 2000).

Por último, como dicen Belsky y Pasco (2008), en los últimos 25 años el temperamento ha sido visto como una cualidad invariable y fija. Aún no hay evidencia

de que el temperamento sea variable (Rothbart & Bates, 1998) pero las características de la familia, la calidad de los cuidados parentales contribuyen a cambios en el temperamento (Belsky, Fish & Isabella, 1991). La mayor implicación de esta constatación es que, aun cuando el temperamento, medido especialmente al final del primer año (o después), se relaciona con la seguridad del apego no puede suponerse, que tal resultado refleje el efecto del temperamento sobre el apego en vez de un reflejo del cuidado parental sobre ambos, el temperamento y el apego.

Además del temperamento, como hemos comentado al inicio de este apartado, otra característica del niño que puede influir en las relaciones con su cuidador es la presencia de *riesgo biológico y/o de alguna discapacidad física o psíquica* establecida.

En un niño con riesgo biológico o discapacidad establecida puede estar dificultada su vinculación con la madre o cuidador principal (Cox & Lambros, 1992). Ese mayor escollo en la formación de vínculos se debe a la presencia, en los primeros meses de vida, de un retraso o dificultad en las principales conductas mediadoras e intervinientes en el establecimiento de este primer vínculo afectivo, como consecuencia de la discapacidad física y/o psíquica o riesgo biológico que el niño presenta.

Respecto a los niños *con riesgo biológico*, entre los que cabe resaltar a los *prematuros* por el aumento de su incidencia en los últimos años, una serie de investigaciones coinciden al señalar que existen diferencias en los estilos comunicativos durante el período neonatal entre estos niños prematuros y sus madres y los niños a término y sus madres. En estos estudios los resultados señalan que los niños prematuros tienden a estar menos alerta, a responder menos y a tener más dificultades para comunicar sus necesidades, más irritables, tienen un llanto más aversivo y son más difíciles de calmar (Goldberg & DiVitto, 1995; Sobotková, Dittrichová & Mandys, 1996; Chapiesky & Evankovich, 1997; Hille, den Ouden & Saigal, 2001; Landry, Miller-Loncar & Smith, 2002).

Del mismo modo en los niños con alguna discapacidad establecida, sobre todo si ésta es de carácter intelectual, se observa de manera especial una mayor probabilidad de presentar problemas en su desarrollo en general y en su vinculación afectiva, en particular. Como afirmaban Cicchetti y Sroufe (1976), hay una estrecha relación entre el

desarrollo cognitivo y afectivo del niño. Algunas de las conductas mediadoras que mencionamos antes y que pueden encontrarse alteradas en los niños con discapacidad intelectual son las siguientes:

- *Alteraciones del ritmo del sueño-vigilia y del llanto:* el llanto es una poderosa señal que atrae a las figuras de apego para detenerlo y es decisivo para la supervivencia del niño. Además hay distintas formas de llanto según la necesidad que tenga el niño. Llanto de dolor, hambre, frío o incomodidad, soledad, que las madres son capaces en seguida de identificar en su hijo. En niños con alguna discapacidad psíquica el llanto puede ser más breve y menos rico en elementos vocálicos dando lugar a una menor estimulación materna y, por tanto, a menos experiencias de interacción con su madre.

- *El contacto y la mirada referencial:* entre todos los objetos de su entorno, el rostro humano es el estímulo visual que más interesa al recién nacido. El contacto ocular suele aparecer durante el primer mes, aumentando progresivamente su frecuencia y uso hasta alcanzar los tres-cuatro meses, cuando el niño comienza a buscar otras personas y objetos. Los niños con discapacidad pueden ver retrasado ese primer contacto visual y una vez que aparece, aparecer con menos frecuencia y ser menos sostenido.

- *La sonrisa social:* En las primeras semanas aparece una cierta expresión de sonrisa que en torno al tercer mes de vida constituye una clara sonrisa. La sonrisa infantil promueve las respuestas sociales por parte de los adultos haciendo que se prolongue la interacción y aumenten las conductas de interacción y cuidado del niño, por parte de sus cuidadores. El posible retraso en la aparición de la sonrisa y su menor duración dificulta el ajuste de la interacción niño-figura de apego.

- *Dificultades en el inicio de interacciones:* Los niños con discapacidad intelectual pueden mostrarse menos espontáneos a la

hora de iniciar la comunicación social (Fischer, 1987) debido a, una mayor pasividad, un descenso de su estado de vigilia y una mayor pasividad.

- *La toma de turnos*: Se trata de un patrón alternante en el que primero la figura de apego y luego el niño, desempeñan el papel de actor principal, mientras el otro permanece pasivo. Este patrón se ve alterado ya que, por una parte, la discapacidad intelectual que el niño presenta da lugar a una latencia de respuesta retrasada debido a que los mensajes tardan más en ser codificados y, por otra, la posible respuesta inadecuada por parte del cuidador principal que puede no darse cuenta de esta situación y no espere el tiempo necesario de reacción que su hijo precisa.

Como se deduce de lo indicado hasta ahora, un factor que contribuye de manera importante al desarrollo de los apegos emocionales son las rutinas sincronizadas de las que hablaban Stern (1977) y Tronick (1989). Las rutinas sincronizadas son interacciones armoniosas entre dos personas, en las que una y otra ajustan su conducta a las acciones de la otra. Estas interacciones armoniosas tienen más probabilidad de desarrollarse, sobre todo en el caso de niños de riesgo biológico o discapacidad establecida, si la figura de apego está pendiente a las necesidades y características del niño.

En definitiva, se trata de un juego en el que participan dos. A medida que el bebé interactúa con el cuidador, aprende cómo es éste y de qué manera puede atraer su atención. Así mismo, la figura de apego deberá ser sensible a las señales del bebé y aprender a ajustar su conducta a la del niño. Si este juego se produce, de esta manera, dará lugar a un fuerte apego recíproco (Isabella & Belsky, 1991; Isabella, 1993).

1.3.2. Las características de los padres.

Belsky (1997) afirma que Ainsworth (1973) nunca defendió que la relación entre madre-hijo dependa totalmente de la conducta materna. No obstante, estaba convencida

de que esta relación vincular tampoco estaba determinada, de forma equitativa, por los dos individuos involucrados. Reconociendo su mayor madurez y, por tanto, el mayor poder para decidir atribuyó una mayor responsabilidad en esta relación a la figura del adulto.

Dos son los aspectos respecto a la actuación de los padres, que debemos tener en cuenta, el comportamiento de éstos como predictores de las diferencias cualitativas del apego y los factores que pueden determinar este comportamiento de los cuidadores principales.

Respecto al **comportamiento** Crittenden (1990) destacó varios aspectos **de la conducta de la figura de apego** que influyen en la seguridad infantil:

- a) *Aceptación-rechazo*: expresa la aceptación (o rechazo, en caso contrario) de la madre para prestar los adecuados cuidados y atención oportuna a su hijo. También implica la aceptación de las características definitorias de su hijo (sexo, aspecto físico, capacidades e incluso de sus propias discapacidades, en caso de que así sucediese).
- b) *Disponibilidad-desentendimiento*: expresa la atención a las señales de reclamo del niño, incluso cuando pueda estar ejerciendo el resto de sus actividades.
- c) *Cooperación-interferencia*: define el grado en el que la figura de apego ejerce su iniciativa, respetando la autonomía del niño y evitando interferencias innecesarias en las actividades de éste.
- d) *Sensibilidad-insensibilidad*: la sensibilidad presupone todas las conductas anteriores pero pone el énfasis en la cuestión básica de que el cuidador principal ha de percibir las demandas del niño, ha de ser capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebé, interpretando adecuadamente las señales de éste y ha de responder, apropiada y puntualmente, a las necesidades de éste. Este aspecto constituye el

elemento central en la formación del apego seguro y, por tanto, el mejor predictor de un óptimo desarrollo cognitivo, emocional y social del niño.

Respecto a los **factores que pueden condicionar la conducta de la figura de apego**, son dos los aspectos que se han relacionado con la calidad de los vínculos que establece la figura de apego:

a) *Historia del apego.*

Tal como reflejó Bowlby (1998, p. 447):

“(…), también las características de la madre pueden influir en las reacciones del bebé hacia ella. Sin embargo, lo que la madre aporta a la situación es mucho más complejo: no sólo tiene que ver con su equipo congénito, sino también con una historia larga de relaciones interpersonales en su familia de origen (y, quizá, también con otras familias), así como con la influencia, durante mucho tiempo, de los valores y las prácticas de su cultura”.

Para constatar esta asociación entre la representación mental o historia del apego de las madres y la seguridad del apego del niño, George, Kaplan y Main, (1985) elaboraron una entrevista clínica semiestructurada, la “Adult Attachment Interview” (AAI) que consiste en una serie de cuestiones y pruebas diseñadas para recoger la historia de las experiencias del apego infantil de las madres, evaluando los efectos de tales experiencias sobre las actuaciones respecto de sus hijos. Según el modo en que esas experiencias son expresadas, se clasifica dentro de una u otra categoría la representación mental actual que tenga el adulto acerca del apego. Las clasificaciones (Distantes o evitativas (D); Preocupadas (E) o Autónomas (F) tienen una asociación sistemática con las clasificaciones del procedimiento de la Situación Extraña., que evalúa los modelos de apego del niño y que has sido definidos en un anterior apartado de este capítulo.

Un estudio longitudinal llevado a cabo por Benoit y Parker (1994) sobre la estabilidad y transmisión del apego a través de tres generaciones (niño, madre, abuela) proporciona una evidencia clara a la manifestación de Bowlby (1998). La investigación contaba con una muestra de 77 triadas (niño-madre-abuela). Se utilizó, en su evaluación, la “entrevista de apego adulto” (George et al., 1985) y el apego del niño mediante la Situación Extraña (Ainsworth et al., 1978) cuando éste contaba con 11 meses de edad. Según los resultados de este estudio, había una correspondencia en la clasificación de apego en el 65% de las triadas.

b) Personalidad de la figura de apego.

Aunque los resultados de las investigaciones avalan la propuesta teórica de Ainsworth (1973, 1978) sobre la importancia del comportamiento materno y especialmente su sensibilidad en el desarrollo de la seguridad del apego, estos datos también reflejan el hecho de que la calidad del cuidado materno no juega un rol exclusivo a la hora de determinar si un niño desarrolla un apego seguro o inseguro (Goldsmith & Alansky, 1987; Mangelsdorf, 1990; Dewolff & van Ijzendoorn, 1997).

Respecto a los rasgos de personalidad parece que determinados rasgos de la figura de apego tales como la autoestima (Ricks & Noyes 1984, citado en Ricks, 1985), la adaptabilidad, la empatía, la extroversión, el estado de humor (Lamb & Easterbrooks, 1981), pueden influir en el desarrollo del apego seguro del niño.

No obstante, en diversas investigaciones, en torno a los rasgos de personalidad de las madres y su relación con la seguridad del apego de sus hijos, se ha encontrado que las diferencias que mostraban las madres en los rasgos de ansiedad, extroversión, socialización e independencia no guardan relación con la seguridad del apego de sus bebés (Mangelsdorf, Gonnar, Kestenbaum, Lang & Andreas, 1990; Martínez-Fuentes, Brito de la Nuez & Pérez-López, 2000). En estos trabajos se concluye que los rasgos de personalidad por sí solos no son los suficientemente fuertes como para dar lugar a diferencias individuales en la seguridad del apego. Quizá sería más conveniente plantearse el hecho de que no

existe ninguna evidencia que afirme que los padres de niños seguros sean, psicológicamente, más sanos que otros padres (Belsky, 1999).

La depresión, en sus varias manifestaciones (fundamentalmente unipolar y bipolar) es el desorden clínico más estudiado en relación con la seguridad del apego (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynsky & Chapman, 1985; Lyons-Ruth, 1990; Rubin, Both, Zahn-Waxler & Cummings, 1991).

Teti, Gelfand, Messinger e Isabella (1995) investigaron la relación entre depresión materna e inseguridad del apego en 104 familias (61 madres depresivas y 43 no depresivas) con hijos menores de 21 meses. Los datos finales arrojaron una asociación entre la depresión materna y la seguridad del apego de los hijos. El 80% de los niños de madres depresivas tenían estilos de apego inseguros. Parecía haber una relación entre la depresión y el estrés asociado a la crianza de los niños.

En general los resultados de las investigaciones, en torno a las madres con depresión y sus hijos, sugieren que las experiencias de cuidado del niño experimentadas por estas madres son factores críticos en su competencia conductual por lo que, es de suma importancia, valorar la severidad y cronicidad de la depresión como determinantes del apego inseguro.

1.3.3. Características contextuales.

Actualmente ningún teórico del apego duda que el primer vínculo afectivo sea vital para la especie humana y que los bebés, para su supervivencia y bienestar, estén dispuestos a usar a sus cuidadores principales como base segura.

En cualquier *contexto social* los niños responden de forma similar a las separaciones de sus figuras de apego y el deseo de estar cerca de éstas, es una necesidad humana en cualquier cultura (Bowlby, 1973 y Ainsworth, 1979). El apego ha sido medido en muchos contextos sociales y siempre casi la mitad o dos tercios de los niños fueron clasificados como de apego seguro, cuando se

tenían en cuenta las diferencias culturales. (Posada, Gao, Wu, Posada, Tascon, Schoelmerich et al., 1995; McMahan True, Pisani & Oumar, 2001; van IJzendoorn, Marinus & Kroonenberg, 1988). En diversas investigaciones las comparaciones entre culturas dan lugar a una variación amplia respecto de los niños que se clasifican como seguros o inseguros. También, según estas investigaciones, esta distribución diversa de los tipos de apego parece parcialmente atribuible a variaciones culturales en la crianza de los niños.

Por ejemplo, los padres del norte de Alemania fomentan que sus hijos sean autónomos y evitan un contacto muy estrecho, encontrándose un mayor número de bebés alemanes con estilos de apego evitativo (Grossmann, Grossmann, Splanger, Suess & Unzner, 1985). La ansiedad intensa ante una separación (apego resistente) es más común en las culturas japonesa e israelí, en la que no se fomenta separaciones tempranas de los cuidadores a sus niños, en el primer caso y en el segundo en el que sus niños duermen en casas cuna sin que los padres estén con ellos (Sagi, van IJzendoorn, Aviezer, Donnell & Maysel, 1994).

Posada, Carbonell, Alzate y Plata (2004) llevaron a cabo una investigación sobre los modelos de comportamiento parental en 30 familias colombianas. Los datos fueron recogidos con medidas estandarizadas de sensibilidad materna (usando el procedimiento Q-sort) y transcripciones etnográficas del comportamiento. La seguridad del apego infantil también fue medida mediante el Q-sort. Éstos encontraron una alta correspondencia entre el comportamiento parental, identificado a través del análisis etnográfico, y el desarrollo definido por Ainsworth. Resultados similares fueron obtenidos por Zevalkink, Riksen-Walraven y van Lieshout (1999), con una muestra Sudanesa-indonesa y por Peterson, Drotar, Olness, Guay y Kizire-Mayengo (2001), con población de Uganda.

Carlson y Harwood (2003) encontraron, por ejemplo, que las madres puertorriqueñas empleaban con bastante frecuencia el control físico, en el cuidado de sus hijos, que las madres europeo-americanas y que este mayor control físico en la crianza estaba asociado con el apego seguro, en la cultura

puertorriqueña, pero no en las madres europeo-americanas, para las que se asociaba con el apego evitativo.

La conducta del niño, en la Situación Extraña, puede tener significados diversos, en función del contexto cultural concreto para la que se utilice. No hay que dejar de tener en cuenta las diferencias en pautas y estilos de crianza de las diversas culturas, a la hora de realizar las clasificaciones de los estilos de apego. Al utilizar los mismos métodos, sin tener en cuenta este aspecto diferencial, puede provocar que se estén estudiando cosas diferentes, en cada cultura.

Otro aspecto importante es el *apoyo social* con el que cuenta una familia. Aquellas familias que viven en condiciones de pobreza y no pueden acceder a servicios comunitarios de este tipo, por falta de ellos en sus comunidades inmediatas y/o por carecer de medios económicos para poder acceder a ellos, presentan menos posibilidades de establecer con sus hijos apegos seguros y tienden a desarrollar estilos de crianza insensibles (Belsky, 1984; Dunst, Trivette & Cross, 1986; Parker, Greer & Zuckerman, 1988; Huston, McLoyd & García Coll, 1994; Vondra, Hommerding & Shaw, 1996, citados en Solomon & George, 2000). Estas familias cuando contaban con una buena red de apoyo o recibían la ayuda de amigos y familiares solían ser más sensibles en las interacciones con sus hijos y/o aumentaban el contacto físico con éstos (Feiring, Fox, Jaskir & Lewis, 1987; Burchinal, Follmer & Bryand, 1996).

Las relaciones de pareja también parecen influir en la calidad del apego. Diversas investigaciones indican que las madres que valoran no tener suficiente apoyo de sus parejas pueden establecer, con mayor probabilidad, relaciones de apego inseguras con sus hijos (Belsky & Isabella, 1988; Jacobson & Frye, 1991; Owen & Cox, 1997).

Egeland y Farber (1984) hallaron que las madres que tenían pareja durante los 12 primeros meses de vida de sus bebés tenían más posibilidades de establecer un apego seguro, con éstos, que aquellas que vivían solas. En los resultados de su investigación, Durrett, Otaki y Richards (1984), observaron que las madres de los niños con apego evitativo se quejaban de un menor apoyo de

sus parejas que las que tenían relaciones de apego seguro y resistente, con sus hijos.

Los innumerables problemas interpersonales que se encuentran en muchas familias de alto riesgo, a menudo agravado por el abuso de drogas o alcohol, la transmisión intergeneracional de patrones parentales inadecuados y la convivencia diaria en un ambiente hostil dan lugar a circunstancias en las que los patrones de interacción familiar son altamente resistentes al cambio. La intensidad y cronicidad de cada situación será muy importante a la hora de ir marcando los estilos de apego, pero el resultado de todas estas investigaciones da lugar a una conclusión importante, ya comentada con anterioridad, y es que la seguridad del apego no depende de un solo factor sino de la confluencia de varios de ellos, ya sean correspondientes a las características del niño, los padres o el contexto más inmediato.

1.4. Sistemas de medida del apego en la infancia

En los apartados anteriores comprobamos como la aparición del vínculo de apego no es algo casual y repentino sino que es la consecuencia de un largo proceso que transcurre, al menos, durante los primeros doce meses de vida del niño. Sin embargo, en todos los bebés, en condiciones normales, se aprecian notables diferencias en la calidad del mismo (Ainsworth et al., 1978).

El interés que ha llevado a la mayoría de investigadores a estudiar la calidad de esta relación se centra, sobre todo, en la relevancia y en las implicaciones que tiene sobre el desarrollo posterior de la personalidad del individuo (Bowlby, 1969; Spitz, 1965; Ainsworth, 1964).

Como cualquier otro constructo, el de “Seguridad” no puede ser observado directamente, pero si podría ser inferido a partir de la conducta observable. Además como dice (Nunnally 1978, citado en Solomon & George, 2008), un constructo es “evidenciado en una variedad de formas de comportamiento y, no lo es, perfectamente en ninguno de ellos”.

Como hemos señalado, en apartados anteriores, las conductas de apego son aquellas que incrementan la proximidad o mantienen el contacto con una figura de apego específica. Así, una de las formas de valorar el grado de seguridad del apego depende del grado en que se active el sistema de apego.

Solomon y George (2008) proponen que la validez de una medida particular de la seguridad debería ser valorada teniendo en cuenta, al menos, algunas de las relaciones entre la Seguridad y otras variables, sin perder de vista los conceptos del apego introducidos por Bowlby y Ainsworth. Estos autores proponen las siguientes:

- La medida de la Seguridad del Apego debería mostrar adecuadamente, la accesibilidad de los cuidadores y la respuesta de éstos hacia el niño. Esta predicción está implícita en la misma definición de la Seguridad del Apego. Importante en este punto sería la predicción de que la Seguridad del Apego, con un cuidador, debería de ser independiente respecto a la de otro.
- La Seguridad del Apego, la relación particular cuidador-niño tendería a permanecer estable a lo largo del tiempo. Aunque Bowlby (1973, 1980) era consciente de la influencia desestabilizadora, sobre el apego cuidador-niño, que tienen algunas situaciones como las separaciones frecuentes, vida estresante, etc apartó su teoría de las limitaciones impuestas por el concepto de período crítico del desarrollo y propuso que la calidad del apego debería llegar a ser lo suficientemente estable y resistente como para poder adaptarse en un mutuo patrón interactivo de relación.
- La Seguridad del Apego debería predecir otros aspectos importantes del desarrollo. Bowlby (1973) hablaba del desarrollo de psicopatologías. Sroufe (1979) lo hacía de las competencias sociales y de la autonomía, entre otros.
- La Seguridad del Apego puede se medida utilizando medidas interculturales similares o paralelas, en diferentes culturas y a través de otras figuras de apego (madre, padre, otros cuidadores).

Apoyándose en la teoría del apego de Bowlby, Ainsworth y Wittig (1969) diseñaron la Situación Extraña, uno de los primeros procedimientos observacionales, para evaluar la calidad del apego en la infancia. Así mismo, en la década de los 80, Waters y su equipo (p.ej. Waters & Deane, 1985), aportaron otro procedimiento, basado en metodología Q, que permitía valorar la calidad del apego en la infancia, a través de la observación del comportamiento de la díada en el hogar por observadores entrenados.

1.4.1. Situación Extraña: un procedimiento observacional.

Ainsworth (Ainsworth, 1964; Ainsworth & Witting, 1969; Ainsworth et al., 1978), basándose en el comportamiento que mostraban bebés africanos y norteamericanos, en los trabajos de Arsenian (1943) y Harlow (1961) y en las formulaciones teóricas descritas con anterioridad, describió algunos de los criterios que se deberían escoger para determinar la calidad de la relación afectiva; destacó variables como el malestar mostrado por el niño durante las separaciones de su madre, los niveles de exploración del ambiente cuando la madre está presente y cuando no lo está, la forma en la que el niño recibe a su madre cuando ésta regresa después de una ausencia y las diferencias de comportamiento mostradas ante la madre y ante una persona desconocida, crearon, un procedimiento observacional estandarizado de laboratorio denominado Situación Extraña (Ainsworth & Witting, 1969; Ainsworth et al., 1978).

El procedimiento consta de ocho episodios que incluyen al niño, a su madre y a una extraña. La prueba transcurre en una habitación desconocida para el niño. De estos ocho episodios, dos son de separación (en el primero de ellos el niño se queda con la extraña en la sala y en el otro permanece completamente sólo) y dos de reunión (en los que la madre regresa junto a su hijo). En la tabla 1 se describen estos ocho episodios.

Tabla 1. Episodios de la Situación Extraña de Ainsworth.

Episodio	Personas Presentes	Duración	Breve descripción de la Acción
1	Madre, bebé y observador	30 seg.	El observador introduce a la madre y al bebé en la sala experimental y sale.
2	Madre Bebé	3 min.	La madre no participa mientras el bebé explora; si resulta necesario se estimula el juego después de 2 min.
3	Extraña, madre y bebé	3 min.	La extraña entra. 1º minuto: la extraña está callada. 2º minuto: la extraña habla con la madre. 3º minuto: la extraña se acerca al bebé. Transcurridos los tres minutos la madre sale silenciosamente.
4	Extraña Bebé.	3min.o menos ^a	Primer episodio de separación. La conducta de la extraña está determinada por la del bebé.
5	Madre Bebé.	3 min. o más ^b	Primer episodio de reunión. La madre saluda y/o conforta al bebé, luego trata de que vuelva a jugar. A continuación sale diciendo “adiós”.
6	Bebé sólo.	3min.o menos ^a	Segundo episodio de separación.
7	Extraña Bebé.	3min.o menos ^a	Continuación de la segunda separación. La extraña entra y adapta su conducta a la del bebé.
8	Madre Bebé.	3 min.	Segundo episodio de reunión. La madre entra, saluda al bebé y luego lo coge. Entre tanto, la extraña sale discretamente.

^a El episodio se reduce si el bebé está excesivamente afectado.

^b El episodio se prolonga si se requiere más tiempo para que el bebé vuelva a introducirse en el juego.

Tomado de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978, p.37.

Lo que se considera esencial, para determinar el modo en que se organiza el apego del niño con su madre, son los episodios de reencuentro con ésta (Kochanska & Coy, 2002).

El análisis detallado del comportamiento del niño en la situación extraña operativizado, mediante las variables que mencionamos anteriormente, permite clasificar a los sujetos en función de su patrón de apego (Lecannelier, Kimelman, González, Nuñez & Hoffman, 2008) Como se mencionó en el apartado 1.2 se puede distinguir entre niños con “apego seguro”, que demandan el reencuentro en los períodos de separación y manifiestan conductas positivas hacia la madre, cuando ésta vuelve, consolándose con facilidad y niños con “apego inseguro”, que no muestran signos abiertos de disgusto cuando la madre abandona la habitación y cuyas manifestaciones conductuales hacia ésta suelen estar marcadas bien por conductas positivas mezcladas con conductas de resistencia y oposición (inseguros- ambivalentes) o por conductas evitativas, durante los episodios de reunión (inseguros-evitativos).

1.4.2. Metodología Q-sort: un procedimiento alternativo a la Situación Extraña.

El instrumento empleado, como alternativa a la “Situación extraña”, para evaluar la seguridad del apego fue el AQS de Waters y Deane (1985, versión 3.0). Este instrumento es en un procedimiento de evaluación cuya metodología se basa en un sistema de clasificación que evalúa la calidad de la conducta de base segura, en el hogar, entre las edades de 1 a 5 años. En la metodología Q-sort la *conducta de base segura* se define como la organización fluida de un equilibrio entre la búsqueda de la proximidad de la figura de apego y la exploración (Posada, Waters, Crowell & Lay, 1995).

El Q-sort fue desarrollado por tres razones (Waters, 1989):

1.- Disponer de una metodología económica que fomentase el examen de la relación entre el comportamiento de base segura en el hogar y la clasificación de la situación extraña (Clements & Barnett, 2002; van IJzendoorn, Vreerijken, Bakermans-Kranenburg & Riksen-Walraven, 2004; Posada et al., 2014).

2.- Definir, con mayor exactitud, el concepto de base segura (Waters & Rodrigues-Doolabh, 2001; Waters & Waters, 2006).

3.- Estimular el interés por la conducta de base segura y las diferencias individuales en la seguridad del apego, más allá de la infancia (Waters, Hamilton & Weinfield, 2000; Clark & Symons, 2000; Pinquart et al., 2013; Groh et al., 2014).

El instrumento, en su primera versión, estaba compuesto por un total de 100 ítems de los cuáles 21 recogen información sobre el sistema conductual de apego (equilibrio exploración/apego y sensibilidad diferenciada a los padres), 19 sobre afectividad, 18 sobre interacción social, 14 sobre la calidad de la manipulación de los objetos, 14 sobre dependencia/independencia, 8 sobre percepción social y 6 sobre invulnerabilidad o resistencia.

La versión más reciente de este instrumento (Waters, 1989, versión 4.0) está constituida por 90 ítems que recogen información sobre el sistema conductual de apego, la emocionalidad, la interacción social, la calidad de manipulación de los objetos, la dependencia/independencia, la percepción social y la vulnerabilidad/resistencia. Estos ítems pueden ser clasificados por observadores independientes o por los padres, en función del comportamiento observado más frecuente en el niño. El procedimiento a seguir consiste en que el observador sitúe los ítems que describen el comportamiento más típico del niño en un extremo y los menos en el extremo opuesto; los ítems que describen comportamientos que no son típicos ni atípicos, se colocan en el centro. Las clasificaciones obtenidas para un sujeto particular se contrastan con las puntuaciones criterio que fueron elaboradas por psicólogos expertos en psicología del desarrollo y en la teoría del apego, a los que se le pidió que clasificaran los 90 ítems atendiendo al comportamiento que hipotéticamente se debería encontrar en un sujeto muy seguro,

dependiente o sociable, lo que ha dado lugar a los tres constructos definidos teóricamente que pueden deducirse de esas cualidades: *Seguridad*, *Dependencia* y *Sociabilidad*. Las comparaciones entre el criterio y las clasificaciones del individuo, realizadas a través de correlaciones de Pearson, nos dan información sobre la situación del sujeto en cada uno de los constructos.

Las puntuaciones en Seguridad, obtenidas a través de este instrumento, sirven para diferenciar a niños entre 12 y 18 meses que fueron clasificados como seguros o inseguros en la Situación Extraña (Belsky & Rovine, 1990; Vaughn & Waters, 1990; Mangelsdorf et al., 1996; Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000; Tarabulsky et al., 2009).

1.5 Consecuencias de la seguridad/inseguridad del apego sobre el desarrollo del niño.

Desde sus comienzos la teoría del apego ha estado ligada al desarrollo evolutivo normal y a la psicopatología, cuando se habla de estilos de apego inseguro. Guiadas por una expectativa general de que la seguridad del apego predice mejor el desarrollo posterior, las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo han explorado la asociación entre la seguridad del apego y las relaciones posteriores con los padres, iguales, amigos y otras relaciones sociales, así como con el autoconcepto, la competencia en las escuelas infantiles, el desarrollo de la inteligencia social, de la personalidad, de trastornos conductuales e indicadores de la posible aparición de psicopatología. También se ha investigado de qué modo la seguridad del apego predice el desarrollo cognitivo y del lenguaje posteriores, la exploración y el juego, el ego, la resiliencia del yo, etc. En este sentido, Belsky y Cassidy (1994) se preguntaban si realmente hay algún área del desarrollo que no esté asociado a la seguridad del apego.

Así cualquier persona que se interese por las emociones humanas pronto se ve enfrentada con los vínculos afectivos, su desarrollo, su finalidad, etc. Ya Bowlby (1958) se interesó en estudiar cómo la privación de los cuidados parentales podía desembocar en psicopatología.

Como afirman Sroufe, Carlson, Levy y Egeland (1999) la teoría del apego no es sólo una teoría de los efectos de la disfuncionalidad temprana, sino también del proceso

evolutivo de una persona y de los factores que se van sucediendo en su vida, dando lugar a que su desarrollo sea óptimo o patológico. Como también indica Sroufe (1996), los vínculos de apego constituyen los cimientos. La forma en la que se edifique encima de éstos, el complejo proceso por el que una persona llega a su madurez, requiere aún de más investigaciones.

Thompson (2015) considera varias explicaciones teóricas respecto al cómo y al porqué, la seguridad del apego temprano debería estar asociado, con el desarrollo posterior del niño:

a) **Los modelos internos** constituyen el puente entre la experiencia infantil del cuidado sensible o insensible y el desarrollo de creencias y expectativas que afectan a las posteriores relaciones íntimas. Así mismo mediante estos modelos se internalizan conceptos de sí mismo como base para el autoconcepto u otras creencias autorreferenciales. Uno de los aspectos fundamentales de la teoría del apego es el crecimiento del desarrollo psicológico de los niños mediante las representaciones mentales o “modelos internos de trabajo”. En su interpretación, de este constructo, la teoría de Bowlby es imprecisa, sin llegar a constituir una definición adecuada de éste, por lo que asume una amplitud explicativa de resultados de estudios sobre el desarrollo (propensión al estrés, teoría de la mente y los valores ideológicas, etc) que han llevado a la cuestión de si estos modelos internos conforman una explicación "ad-hoc", con la que se asocia cualquier aspecto del desarrollo del niño, al estilo de apego (Belsky & Cassidy, 1994). Pero las representaciones mentales evolucionan constantemente con el crecimiento del niño. Los modelos de trabajo internos muy probablemente cambien en respuesta a las nuevas experiencias que el niño tiene, durante las diversas etapas de madurez cognitiva como, por ejemplo, el paso de la etapa de representación simbólica a la del pensamiento abstracto, en la adolescencia (Thompson, 2000, 2006). La seguridad o inseguridad del apego, junto a las representaciones mentales, también puede tener gran influencia sobre las capacidades sociales y de personalidad, sobre todo en los períodos en los que estas capacidades maduran significativamente. Y, por último, las representaciones mentales, están mediatizadas, sobre todo en la niñez temprana, por el lenguaje, particularmente por la conversación padre-hijo, que repercute en la memoria autobiográfica, en la representación de los sucesos, en la teoría de la mente, etc. (Thompson, 2006).

b) **La perspectiva organizacional de la mente**, (Sroufe, 2005; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005; Cichetti, 2006) presenta el crecimiento de la personalidad como una sucesión de cambios en el desarrollo de cada etapa alrededor de la cual, se organizan aspectos críticos de ésta. Durante el primer año, el apego temprano es de vital importancia, pues con él comienzan los procesos emergentes de la personalidad que maduran y llegan a consolidarse ejerciendo una continua influencia en el crecimiento posterior de la personalidad. El establecimiento de un apego seguro influye en cuestiones tan relevantes como la autonomía del niño, la adquisición de efectivas relaciones con los iguales en preescolar, la amistad con los grupos de compañeros hacia la mitad de la infancia y la identidad y la autoreflexión en la adolescencia (Sroufe et al., 2005). No obstante, desde esta perspectiva, los procesos que afectan al desarrollo del apego temprano varían dependiendo de los cambios de cada estadio del desarrollo por el que pasa un niño, en su proceso de madurez.

c) **Consistencia y cambio en las relaciones padre-hijo**. En la infancia y juventud, las relaciones padre-hijo son descritas como seguras o inseguras. En la edad adulta la seguridad se considera una característica de la persona. De esta manera, la teoría del apego intenta explicar cómo las características de las relaciones llegan a convertirse en características definitorias de la personalidad. En el contexto de la variedad de miniteorías que explican la asociación entre el primer apego y el comportamiento posterior, a menudo existe dificultad para determinar si las asociaciones empíricas son, o no, confirmadas y si tienen, o no, relevancia teórica. Este punto conforma uno de los fundamentales cambios en la teoría del apego, en las próximas décadas de la investigación (Thompson & Raikes, 2003). El estudio más extenso sobre el apego temprano y las consecuencias de éste en el desarrollo posterior del niño es el Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood de Sroufe et al. (2005). Se trata de un estudio longitudinal, en el que los niños fueron observados, mediante la Situación Extraña, a los 12 y 18 meses de edad y posteriormente, hasta los 28 años, fueron evaluados, regularmente, a través de observaciones comportamentales, entrevistas, valoraciones del observador, autovaloraciones e instrumentos semi-proyectivos. Los resultados finales arrojaron correlaciones significativas entre la seguridad del apego temprano y las características

de personalidad a través de la niñez y adolescencia. Concluyeron estos investigadores que la asociación entre seguridad del apego y la personalidad emergente se debía, principalmente, a la continuidad en la calidad del apego. En años posteriores, los efectos de la seguridad del apego eran, probablemente, más indirectos y mediados por las influencias de posteriores relaciones. La personalidad está multideterminada y la seguridad del apego sería una más junto a la historia de desarrollo y las experiencias del momento.

Con un abanico tan amplio de investigaciones acerca del modo en que las relaciones de apego pueden predecir el desarrollo posterior, alimentadas por los significativos avances en el comportamiento ecológico y en la evolución de la biología (fundamentalmente de la genética y neurociencias), es lógico que se pretenda armonizar estos nuevos estudios y explicaciones conceptuales con la teoría fundada por Bowlby. Estos resultados indican que los niños con una historia de apego seguro son capaces de desarrollar y mantener más éxito en sus relaciones íntimas (Kerns, Klepac & Cole, 1996; Raikes, Virmani, Thompson & Hatton, 2013) especialmente con sus padres e iguales, que los niños inseguros, ellos desarrollan cualidades de personalidad atractivas en la niñez y la adolescencia; probablemente exhiben más formas constructivas de autorregulación de la emotividad y la emoción (Cassidy, 1994; Contreras, Kerns, Weimer, Gentzler et al., 2000; Gillion, Shaw, Beck, Schonberg & Lukon, 2002; Thompson & Meyer, 2007) muestran una autoconsideración más positiva en ambas medidas, implícita y explícita, del autoconcepto (Clark & Simons, 2000; Doyle, Markiewicz, Brendgen, Lieberman & Voss, 2000; Colman & Thompson, 2002; Cassidy, Ziv, Menta & Feeney, 2003). Además los niños apegados de forma segura muestran una mayor comprensión de las emociones de los otros (Laible, 2004), más habilidades de competencia social para resolver los problemas (Denham, Blair, Schmidt & DeMulder, 2002; Cassidy, Kirsh, Scolton & Parke, 1996), tienen ventajas respecto a la memoria especialmente de los sucesos relacionados con el apego (Belsky, Spritz & Cmic, 1996; Kirsh & Cassidy, 1997); son menos solitarios que los niños inseguros, etc.

Respecto a los apegos inseguros, como se ha indicado en algunos momentos de este trabajo, aun no siendo considerados como patológicos, podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de patologías, en caso de que el niño pueda estar pasando por

una experiencia estresante. Desde la teoría del apego se afirma que un apego inseguro, en la infancia temprana, contribuye a la depresión infantil. Burnette, Davis, Green, Worthington y Bradfield (2009) investigaron sobre las causas que condujeran desde el apego inseguro a la depresión. Concluyeron que la incapacidad para perdonar de las personas inseguras, es una de las causas por las que podrían desarrollar síntomas depresivos. Por otra parte, Takeuchi, Miyaoka, Tomoda, Suzuki, Liu y Kitamuro (2010) hallaron que el contacto físico de los padres con sus hijos, durante la infancia, disminuye la probabilidad de que desarrollen una depresión durante la adolescencia o la edad adulta. Torres (1993) pone de manifiesto, en sus investigaciones, que las relaciones de apego temprano pueden tener importancia en la aparición y mantenimiento de la depresión en las etapas de la adolescencia y la edad adulta.

Existen trabajos que relacionan la presencia de trastornos afectivos en los padres con una mayor incidencia de apego inseguro en su descendencia (Spieker & Booth, 1988; Zahn-Waxler, Chapman & Cummings, 1984). En otros trabajos se encuentra que los niños con un apego desorganizado muestran mayor tendencia a la depresión, incoherencia en su comportamiento, signos de irracionalidad en el pensamiento y a menudo se tornan más hostiles y agresivos en la infancia tardía (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Lyons-Ruth, 1996, 1999).

Bowlby (1999) habla de los efectos, a corto plazo, de la ruptura de vínculos: el desapego emocional y la incesante exigencia de estar muy próximo a la figura de apego, cuando el niño se reúne con ésta. Señala Bowlby que aunque es difícil la demostración empírica de una relación inequívoca entre los primeros vínculos y los posteriores trastornos de personalidad, es útil postular que los trastornos del adulto representan, en muchas ocasiones, patrones negativos de conducta vinculante, a través de los años.

Así volvemos a insistir, como dice Sroufe (1999) y vienen demostrando las investigaciones mencionadas, que en ningún momento Bowlby afirmó de forma taxativa que la inseguridad del apego diese lugar siempre a algún tipo de patología, a lo largo del ciclo vital. La inseguridad del apego da lugar a una vulnerabilidad pero, de ningún modo, parece tener un valor determinante. La aparición o no de un trastorno mental es algo mucho más complejo que depende de múltiples factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales a lo largo del proceso evolutivo de la persona. Cicchetti y

colaboradores (1986) consideran las múltiples transacciones entre diversos factores genéticos, ambientales y las características del niño y de la figura de apego como influyentes en el desarrollo evolutivo y de la personalidad del niño en cuestión.

Es importante mencionar aquí el concepto de Resiliencia o de Elactancia como Marrone (2001, p. 316) prefiere acuñar. Este autor define este concepto de la siguiente manera:

“El concepto de elactancia se refiere a la capacidad que tiene un individuo de mantener sus capacidades adaptativas y utilizar recursos internos de manera competente ante (1) los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital y (2) las adversidades en la vida. El desarrollo de la capacidad de elactancia depende fundamentalmente de la seguridad de apego en los años de infancia y adolescencia. En cada momento de la vida del sujeto, la capacidad de funcionar óptimamente a niveles psicológico, psicosomático y psicosocial depende de la interacción entre la capacidad de elactancia del individuo y los factores protectores o desestabilizantes del medio socio-ambiental actual.”

De cara a la prevención de futuros síntomas patológicos de nuevo nombrar a Marrone (2001) cuando hace referencia a la importancia de promover, por tanto, la seguridad del apego y cómo, para hacerlo, es importante romper la cadena intergeneracional en la transmisión de apegos inseguros.

2. SÍNDROME DE DOWN



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2. SÍNDROME DE DOWN

2.1. Introducción

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que se manifiestan, desde el momento de la concepción y a lo largo de todo el proceso evolutivo de la persona. Algunos de estos síntomas o signos se presentan en todos los casos, otros, por el contrario, podrían no estar presentes.

El primer informe documentado de un niño con Síndrome de Down se atribuye a Étienne Esquirol en 1838, denominándose en sus inicios "cretinismo" o "idiocia furfurácea". Martin Duncan en 1886 describió textualmente a "una niña de cabeza pequeña, redondeada, con ojos achinados, que dejaba colgar la lengua y apenas pronunciaba unas pocas palabras".

En ese mismo año, Langdom Down, médico inglés, describió el fenotipo de un grupo característico al que denominaba "mongólicos" (en expresión del propio Dr. Down, por las similitudes faciales de estos individuos con las razas nómadas del centro de Mongolia). Sin embargo, este reconocimiento de las características físicas y su descripción como entidad independiente, no determinaban su causa.

Así, aunque De Wahanderburg, en 1932, dio a entender que el Síndrome de Down (SD) podría estar causado por una anomalía cromosómica, no fue hasta 1959 cuando los genetistas franceses Lejeune, Gautrier y Turpin y, de forma simultánea, Jacobs, en el Reino Unido, asociaron el síndrome de Down con la presencia de tres cromosomas 21 en las células: trisomía 21. Desde pocos años antes, gracias a las nuevas técnicas de la citogenética se desarrollaron dos descubrimientos independientes sobre citogenética (1956) de los científicos Tjio y Levan, por un lado, y Ford y Harrenton, por otro. Ambos confirmaron, por su cuenta, que la dotación cromosómica humana es de 46 cromosomas, XX en mujeres y XY en hombres (44 autosomas y dos cromosomas sexuales).

No fue hasta 1961 cuando un grupo de científicos propuso el cambio de denominación al actual "Síndrome de Down", ya que los términos "mongol" o "mongolismo" podían resultar ofensivos. De esta forma, en 1965 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo efectivo el cambio de nomenclatura, tras una petición formal del Delegado de Mongolia. El propio Lejeune propuso la denominación alternativa de "trisomía 21" cuando, poco después de su descubrimiento, se detectó en qué par de cromosomas se encontraba el exceso de material genético.

La frecuencia de nacimientos de personas con “trisomía 21” o “Síndrome de Down”, términos más empleados desde 1965, vienen reflejadas en el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas es un programa de investigación clínica y epidemiológica sobre los defectos congénitos humanos organizado por la Doctora Martínez- Frías, en 1976, y que, desde entonces, controla más de un millón quinientos mil nacimientos, en un centenar de hospitales españoles.

Según los resultados reflejados en el Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España, sobre los datos registrados por el ECEMC, en el período 1980-2011 se diagnosticó SD a aproximadamente 4.84 de cada 10.000 nacidos, en nuestro país. A pesar de que este síndrome constituye la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común, en los últimos años se aprecia una disminución de la incidencia del SD, “especialmente notable es el descenso registrado en el grupo de madres de más de 34 años, en el que cada año han nacido un promedio de 22,7 casos menos de síndrome de Down por cada 100.000 nacimientos” (2012, p. 99)

Tabla 1
Incidencia del Síndrome de Down, durante el período 1980-2011

Período	Por 10.000 recién nacidos
1980-1985	14,78
1986-2010	9,93
Año 2011	4,84

Fuente: Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas 1980-2011.

Esta tendencia decreciente, estadísticamente significativa, se observa en todas las comunidades autónomas. En la siguiente tabla se ofrecen estos datos referentes a la Comunidad Autónoma de Andalucía, dado que es la Comunidad en la que se desarrolla este trabajo.

Tabla 2

Incidencia del Síndrome de Down en la Comunidad Andaluza (1980-2011)

Período	Por 10.000 recién nacidos
1980-1985	15,37
1986-2010	12,19
Año 2011	8,72

Fuente: Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas 1980-2011.

La explicación que este estudio ofrece respecto a la intensidad de este descenso es la siguiente:

"Estos marcados descensos son resultado de la implantación de planes de detección del síndrome de Down específicamente dirigidos al estrato de madres añosas, en el que es ampliamente conocido que es mayor el riesgo de tener un hijo con el síndrome, pero también a la utilización de determinados marcadores ecográficos propios del mismo, que facilita la detección de los casos en todos los estratos de edad materna." (2012, p.99).

Asimismo también se confirma que el porcentaje de ambos sexos en los nacidos con SD es aproximadamente el mismo. Así mismo, la esperanza de vida de las personas con SD ha aumentado de tal forma que el 10,8% supera los 45 años pudiendo llegar, en muchos casos, hasta los 60 años de edad (Bermejo, Cuevas & Mendioroz, 2008; Stotko, 2009).

En los últimos años, el enorme progreso en el campo de la ciencia y la tecnología, han dado lugar a la aplicación de programas de atención temprana, salud y educación que han mejorado radicalmente las perspectivas de calidad de vida de estas personas, así como su esperanza de vida.

El SD no es una enfermedad y, por tanto, no requiere ningún tratamiento médico en cuanto tal. La salud de los niños con SD no tiene por qué diferenciarse en nada a la de cualquier otro niño, sin embargo, estos niños pueden tener mayores problemas de salud y más frecuentes, que la población que no tiene SD (déficit en el sistema inmunitario, cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar, problemas auditivos y/o visuales, anomalías endocrinas, neurológicas, intestinales que requieren cuidados específicos). Aunque, muchos niños no presenten estas patologías, se excluyen las alteraciones en el cerebro que son prácticamente constantes.

2.2. Definición y tipos de alteraciones cromosómicas.

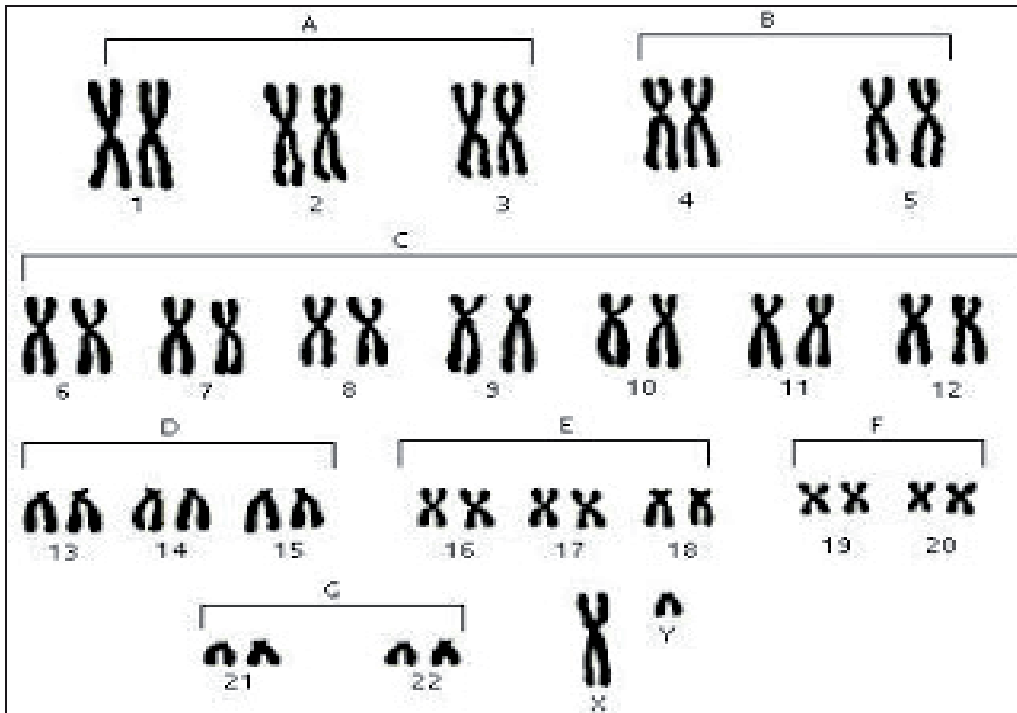
Tras la breve introducción pasamos a definir este síndrome, así como sus diferentes formas, según el tipo de alteración cromosómica, en la que se presenta.

2.2.1. Definición.

Se define el SD como una “alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra (el cromosoma es la estructura que contiene el ADN) o una parte de él [...]. Las personas con síndrome de Down tienen 3 cromosomas en el par 21 en lugar de las dos que existen habitualmente, por ello este síndrome también se conoce como trisomía 21” (Down España, 2015).

Cada una de las células germinales o gametos-óvulo y espermatozoide aportan 23 cromosomas a la primera célula, que es la resultante de su unión. Estos cromosomas contienen los genes que son la base de la información que rige el desarrollo y constitución del organismo, y que se transmite de padres a hijos. La primera célula, por tanto, estará formada por 46 cromosomas (23 pares de la 1 a la 22, más la pareja de cromosomas sexuales: X-X para la mujer, X-Y para el varón). A partir de esta célula se inicia una serie continuada de divisiones de forma que, de la primera célula salen 2, después 4, 8, 16, etc., todas las células del organismo tienen 23 pares de cromosomas.

Imagen 1. Esquema distribución cromosómica 46 cromosomas



En algunas ocasiones, por causas desconocidas, durante la división celular la separación de los pares cromosómicos o la duplicación en la célula cigótica se altera dando lugar a las cromosomopatías. Una de las más frecuentes es la trisomía 21 llamada así porque en el par 21 existen tres cromosomas en vez de dos.

De esta manera, las características que se observan, en una persona con SD son el resultado de la sobre-expresión de múltiples genes localizados en el cromosoma 21.

“Actualmente, el SD es la causa identificable más frecuente que se conoce de retraso mental” (Miller, Leddy & Leavitt, 2001, p.1). La causa última de la presencia de este cromosoma de más aún no se conoce de forma definitiva. El único factor de riesgo demostrado que parece relacionarse con la trisomía 21 es la edad materna; en este sentido Shuttleworth (1909) aludió, por primera vez, a la edad materna avanzada como un factor de riesgo para la aparición del síndrome, la probabilidad de tener un hijo con SD aumenta, de forma exponencial, a partir de los 35 años; pero una madre puede engendrar un hijo, con SD, a cualquier edad. Parece que también puedan estar implicados factores ambientales como radiaciones (rayos X), virus, agentes químicos,

etc, en personas que puedan estar expuestas a estos factores, por períodos prolongados o antes de la concepción.

Las personas con SD presentan rasgos comunes propios del SD, pero con una clara diferencia determinada por la herencia y el ambiente de cada sujeto. Los rasgos comunes del fenotipo son: cara redonda y perfil plano, ojos con epicantus interno, cuello corto y ancho, cabello frágil y liso, pies pequeños, anchos y con separación ancha entre el primero y el segundo dedo, orejas pequeñas y redondeadas, manos anchas con dedos pequeños y cortos, un pliegue transversal en la palma de la mano, cráneo tipo braquicéfalo, lengua escrotal, grande; bajo crecimiento ponderal, hipotonía muscular generalizada, discapacidad intelectual, crecimiento retardado y envejecimiento prematuro, etc.

Además, en algunos casos pueden presentar (Fundación Catalana de Síndrome de Down, 2004): trastornos oftalmológicos, alteraciones auditivas debidas a alto riesgo de otitis serosa y/o a malformaciones, disfunción tiroidea, cardiopatía congénita, infecciones del aparato respiratorio, insuficiencia del sistema inmunológico, etc.

Cuando se establece el diagnóstico de SD suele ser definitivo. A pesar de ello se encuentran variaciones en los trastornos que aparecen asociados al síndrome, así como en la capacidad intelectual, las cuales dependen, tanto de factores genéticos como de factores ambientales.

2.2.2. Alteraciones cromosómicas en el Síndrome de Down.

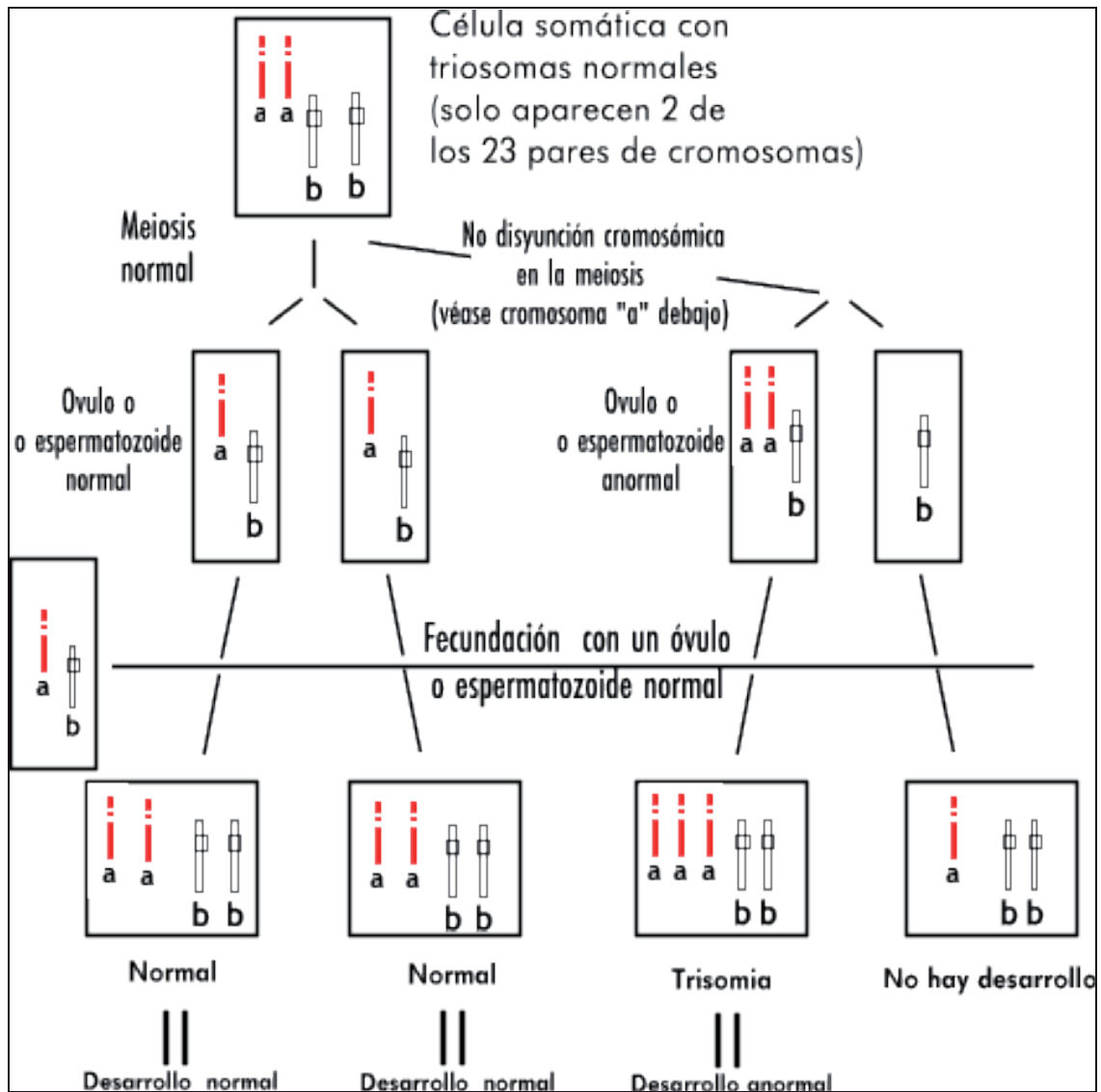
Existen tres tipos de alteraciones cromosómicas en el SD:

- *Trisomía libre o regular.*

El tipo más común de SD es el denominado trisomía 21 constituye entre el 90 y el 95% de los casos.

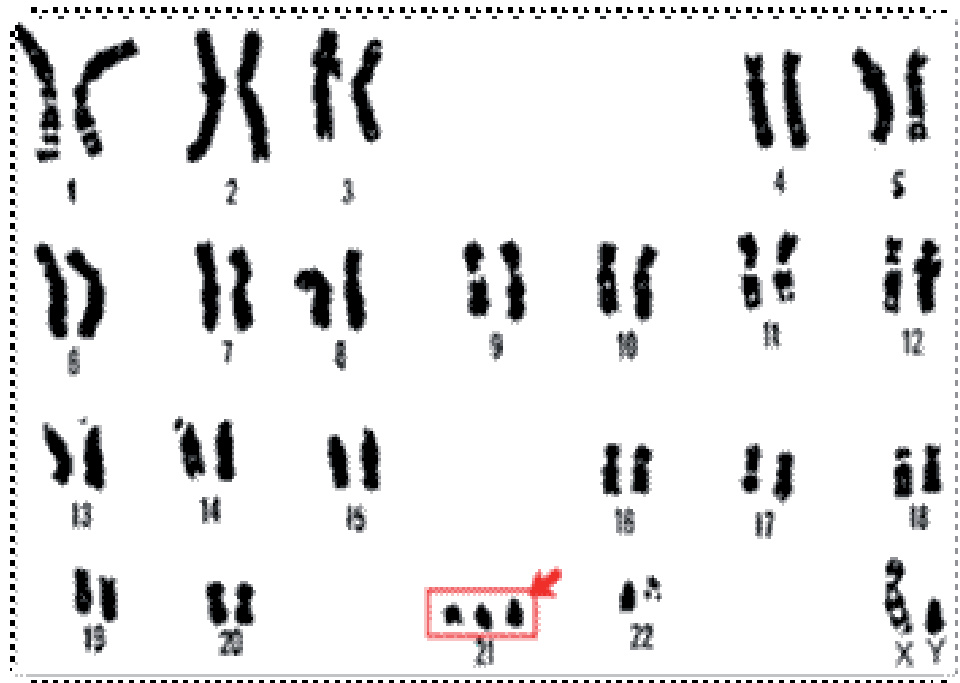
Se trata de un error genético que tiene lugar muy pronto en el proceso de reproducción celular, antes de la fertilización o en el primer momento de la división celular. Tiene su origen en la no separación o disyunción del par cromosómico 21 del óvulo o del espermatozoide, cuando se forma el gameto masculino o femenino o, en la primera división celular posterior a la fecundación. Así, alguno de los gametos contiene 24 cromosomas en lugar de 23 dando lugar a un cigoto con 47 cromosomas. El cigoto, al reproducirse por mitosis para ir formando el feto, da lugar a células iguales a sí mismas, es decir, con 47 cromosomas.

Imagen 2. Esquema trisomía libre o regular.



Fuente: Federación Española del Síndrome de Down.

Imagen 3. Cariotipo trisomía libre o regular.



- *Translocación cromosómica.*

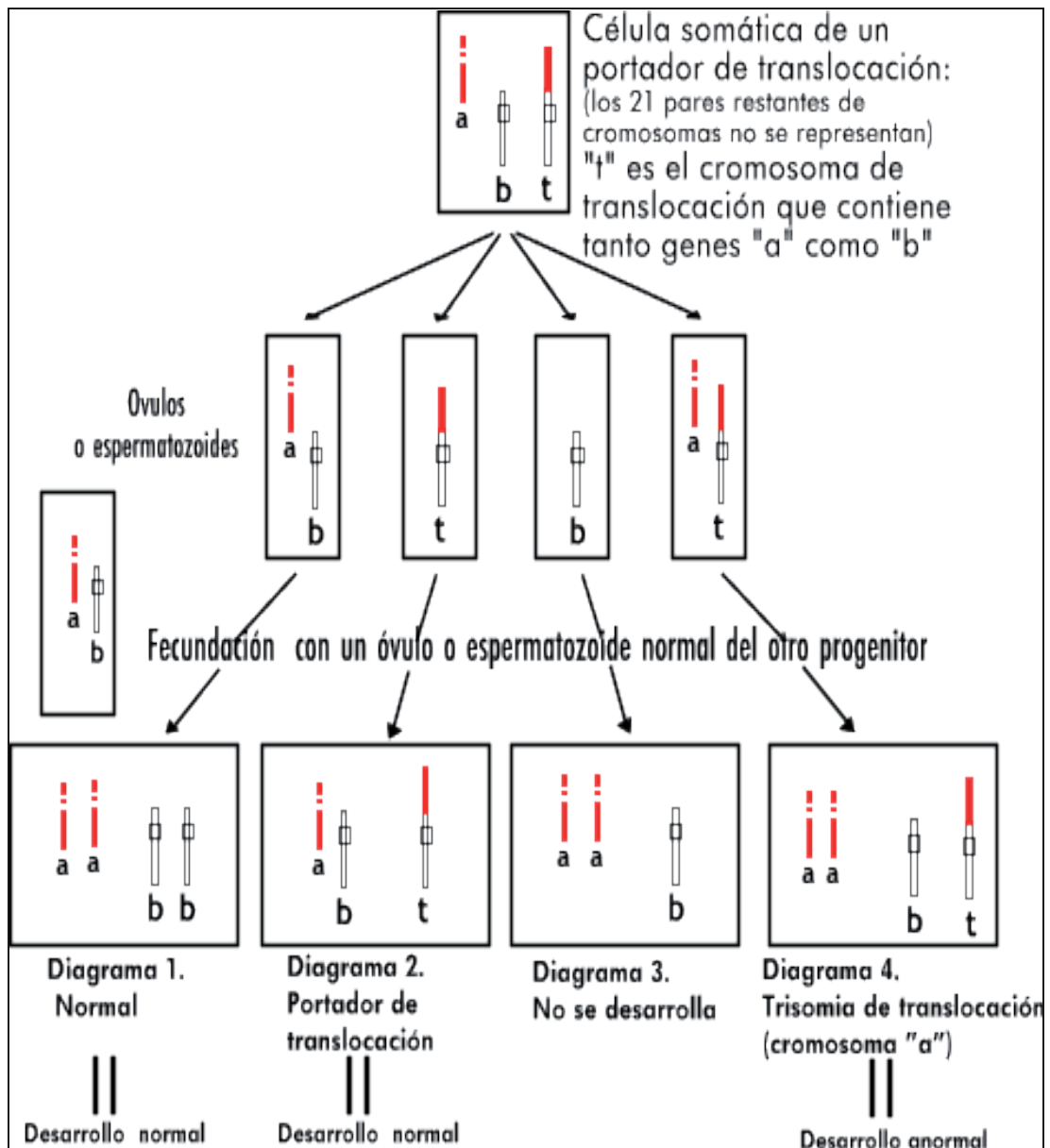
En raras ocasiones, entre un 3 y un 5%, ocurre que, durante el proceso de meiosis, el cromosoma 21 extra, o parte de él, se adhiere a otro cromosoma, generalmente al 14. Es decir, además del par cromosómico 21, la pareja 14 tiene una carga genética extra del cromosoma 21.

Los nuevos cromosomas, reordenados, se denominan cromosomas de translocación, de ahí el nombre de este tipo de SD.

Es importante determinar este tipo de trisomía, ya que hay cierto riesgo de aparición en embarazos posteriores, pues en una tercera parte de los casos de translocación, uno de los padres es portador de la anomalía, pero como eso no comporta la presencia de material genético de más, no presenta el síndrome.

También es posible que, sin que aparezca, los progenitores transmitan esta anomalía cromosómica, equilibrada a su descendencia. Por ello, en este caso es aconsejable que los progenitores, en caso de querer tener más descendencia, y los que tengan un hermano con SD, por este tipo de alteración, tengan un consejo genético antes de procrear.

Imagen 4. Esquema de la translocación.

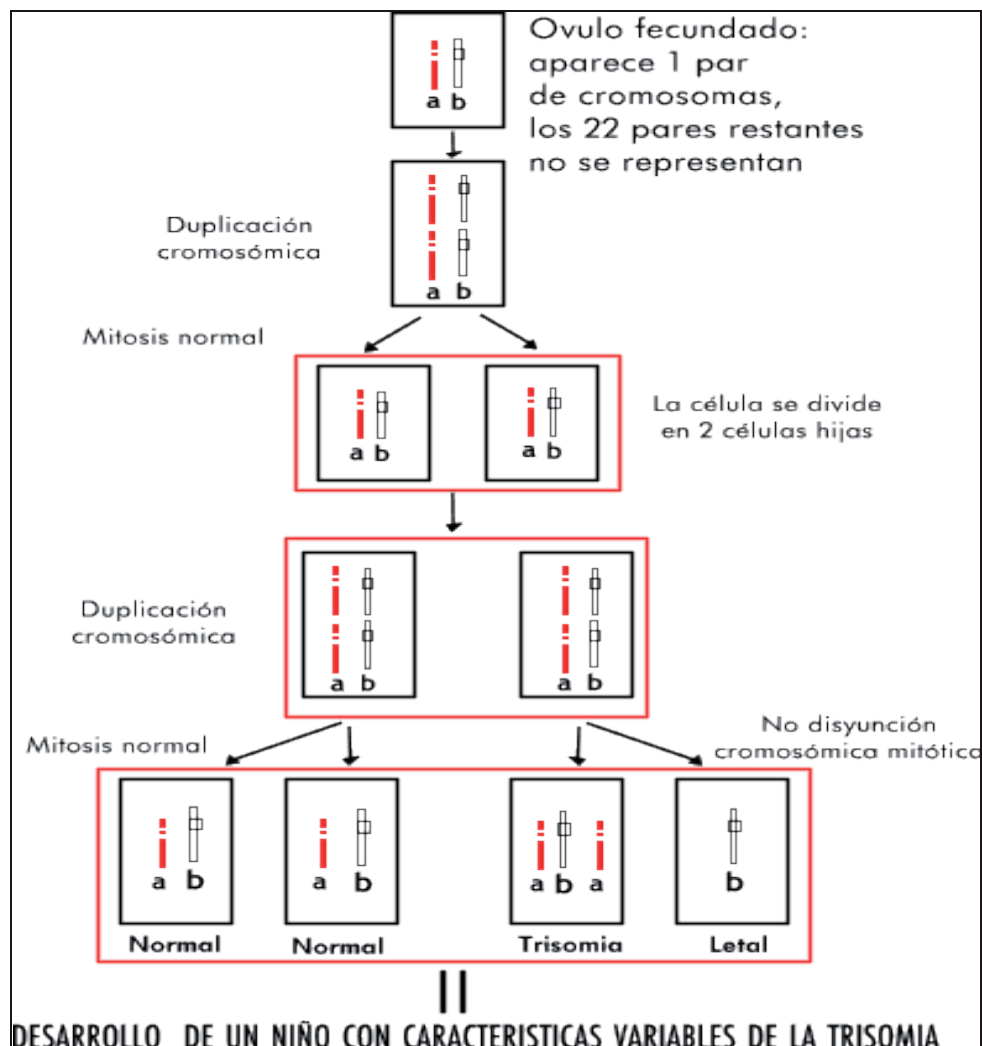


Fuente: Federación Española del Síndrome de Down.

- *Mosaicismo o trisomía en mosaico.*

El error, en la división cromosómica, aparece en la segunda o tercera célula, en tan solo un 1% de los casos. Se le llama en mosaico porque las personas con este tipo de alteración presentan, en su cuerpo, células de tipos cromosómicos distintas de tal forma que coexisten células normales, junto las trisómicas. El grado de afectación dependerá del momento en el que se produzca la anomalía, cuánto antes tenga lugar mayor será la afectación. Aunque no se puede afirmar con certeza, parece que tienen mayor nivel intelectual y los rasgos fenotípicos más suavizados.

Imagen 4. Esquema del mosaicismo



Fuente: Federación Española del Síndrome de Down.

Insistimos, "no hay trisómico poco, mucho o medianamente afectado. Es la ley de todo o nada: se es trisómico o no. Esto no significa que los trisómicos sean idénticos ni que estén afectados por el mismo déficit. El curso evolutivo de cada sujeto depende no sólo de los efectos del material genético, sino también de la influencia mediadora del material genético restante y de los factores ambientales" (Cajide, 2004, p. 24).

2.3. Características físicas y médicas.

2.3.1. Características físicas.

Es importante, al comienzo de este apartado, advertir que la mayoría de los niños con SD tendrán solo algunas de las características del fenotipo que se describen y no sufrirán todos los problemas médicos que se mencionen (quizá, no lleguen a padecer ninguno).

Asimismo habría que resaltar que, más allá de las características que definen al síndrome, cada niño con SD, hereda también las de sus padres que emergerán y se expresarán, en el fenotipo de cada niño, con el desarrollo. Por tanto, no existen dos niños con SD iguales.

Desde que Langdon Down describió el síndrome se han ido reseñando distintas características físicas propias del síndrome, en las que se daba mucha importancia a rasgos menores asociados con el síndrome. Antes de 1956 cuando se demostró que el número diploide normal de cromosomas era 46, no se disponía de ninguna prueba que estableciese, de forma definitiva, si un niño era o no SD y algunos de los rasgos fenotípicos considerados característicos de este síndrome se estudiaban minuciosamente. Igualmente el avance de la medicina (como los rayos X) ha ido permitiendo conocer algunas características propias de estas personas que, antes de estos avances médicos y tecnológicos, se desconocían.

Los rasgos físicos que a continuación se especifican son aquellos que se presentan por lo menos en el 50% de los casos y normalmente en un 60 u 80%, teniendo en cuenta que el análisis cromosómico será la prueba definitiva de la existencia del síndrome en un niño (Pueschel, 1990; Selikowitz, 1993; Delgado & Galán, 1998; Cajide, 2004; Artigas, 2005; Bull, 2011).

a) *La cabeza* del niño es algo más pequeña, ligeramente achatada por la parte posterior. Hay un acortamiento del diámetro anteroposterior y un aplanamiento del occipucio y la protuberancia occipital está reducida o ausente. Las partes blandas (fontanelas) son normalmente más grandes que en la mayoría de los niños y tardan más en cerrar que en los niños, sin SD, a veces pueden seguir abiertas hasta los 2/3 años. La sutura metópica se prolonga a menudo hacia la frente. Es frecuente encontrarse una zona blanda adicional en la línea media donde confluyen los huesos del cráneo denominada falsa fontanela.

b) *Los ojos* de casi todos los niños están ligeramente inclinados hacia arriba. A menudo se encuentra un pequeño pliegue de piel que se extiende verticalmente entre la comisura interior del ojo y el puente de la nariz, el pliegue epicántico o epicanto.

Los ojos pueden tener unas manchas pequeñas de color blanco o amarillo claro, en la periferia del iris, denominadas manchas de Brushfield. Al igual que los pliegues epicánticos, estas manchas no interfieren en absoluto con la visión.

La hendidura palpebral es a menudo estrecha y corta (fisura palpebral oblicua).

c) *La nariz*. El puente nasal suele ser más bajo, estar más deprimido, la nariz suele ser más pequeña y los huesos faciales están menos desarrollados, lo que le da al rostro un aspecto más aplanado.

d) Respecto a *la boca y la lengua*, la primera suele describirse como pequeña, con paladar alto y estrecho y maxilar superior subdesarrollado. Algunos autores han descrito una lengua más grande de lo habitual, pero es difícil comprobarlo, debido a que, en el espacio reducido de la boca, la lengua tiende a salir fuera (protusión de la

lengua) y con frecuencia es hipotónica. Si esto sucede puede dar lugar a que los labios, humedecidos constantemente por la saliva, se puedan volver secos y agrietados. Los músculos de la mandíbula y la lengua suelen ser más débiles.

e) *Las orejas* suelen ser pequeñas y de implantación baja. A veces la parte superior de la oreja puede estar plegada y el lóbulo ser pequeño e incluso, a veces, estar ausente. A menudo también nos encontramos con una prominencia del antehélix y orejas salientes.

f) El cuello, tanto en niños como en adultos, suele ser más corto y ancho y, en el recién nacido, podemos observar frecuentemente unos pliegues epiteliales blandos a ambos lados de la cara posterior del cuello que a medida que van creciendo se van reabsorbiendo haciéndose menos evidentes pudiendo llegar a desaparecer del todo.

g) *En el corazón*, aproximadamente un 50% de los niños con SD presentan cardiopatía congénita. La alteración más común son los defectos completos del canal auriculoventricular que consiste en un defecto de formación de los tabiques que separan las aurículas y los ventrículos. El segundo problema más frecuente es el tabique ventricular defectuoso o comunicación interventricular aislada, por el hecho de que en la pared existe un agujero que comunica ambos ventrículos. Pueden venir otras afecciones cardíacas, como el conducto arterioso y la tetralogía de Fallot. Es importante tener en cuenta que puede haber defectos graves que no se aprecien clínicamente ni por exploración, en los primeros días de vida.

h) *Las manos*, tienden a ser pequeñas y regordetas, los huesos metacarpianos y las falanges están acortadas y el meñique está a menudo ligeramente curvado hacia los otros dedos (Clinodactilia). Cerca de la mitad de los niños tienen un pliegue transversal (línea simiesca), en la palma de una o ambas manos. La diferencia más frecuente de las manos es el acortamiento o deformidad en la cuña de la falange media del 5º dedo.

Las huellas dactilares a menudo tienen una configuración distinta.

i) *Los pies*, al igual que las manos, son cortos y anchos y tienen una amplia separación, entre los dos primeros dedos, con un corto pliegue en la planta que empieza en esta separación y se extiende hacia atrás un par de centímetros.

j) *Proporciones y tono muscular*. En general, el niño recién nacido suele pesar menos que el promedio de los niños, en el momento del nacimiento (cerca de 3 kg, no muy lejos de lo común), y tiene una menor estatura que la población sin SD, aunque durante el primer año de vida el crecimiento lineal se acerca al promedio general. Las extremidades suelen ser más cortas respecto a la longitud del tronco.

Aunque no siempre es así, la mayoría de los casos nacen con hipotonía o bajo tono muscular. De todas formas este menor tono muscular siempre es más bajo durante los primeros años de la niñez y mejora a medida que el niño crece, de tal forma que, el tono muscular no es ninguna limitación en los adolescentes o adultos con SD.

2.3.2. Características médicas.

En este apartado se hará referencia al Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down (2011), una guía sociosanitaria editada por Down España que tiene como objetivo informar y apoyar a las familias, unificar las actuaciones de los profesionales de la sanidad a la hora de tratar la salud de las personas con SD, realizando los mismos controles sanitarios y estableciendo un calendario mínimo de revisiones médicas periódicas. La única intención de esta guía es la de mejorar la atención médica y la calidad de vida de las personas con SD de todas las edades, mediante la prevención y la detección precoz de cualquier alteración o enfermedad.

Alteraciones patológicas y enfermedades aparecen en todos los seres humanos, así ocurre también en las personas con SD que como tales, se insiste, no están enfermas, en el sentido más común del término, y por tanto, no requieren ningún tratamiento médico. Pero es cierta la alteración cromosómica que entraña el SD. Por tanto parece adecuado que aludamos a los aspectos que acabamos de mencionar:

“1.- Los problemas que pueden presentar no son distintos de los de las demás personas, pero sí aparecen con mayor frecuencia.

2.- La mayoría de las personas con SD son sanas, no presentan problemas de salud, excepto las alteraciones en el cerebro que son prácticamente constantes.

3.- No todos los problemas médicos aparecen en todas las personas con SD. Existe una gran variedad entre todos los individuos.

4.- Los avances médicos han conseguido que la inmensa mayoría de los problemas de salud puedan ser tratados convenientemente” (Programa Español de Salud para las personas con SD, 2011, p.17).

Las áreas de exploración básicas son las siguientes:

a) *El corazón* ya que, como se ha indicado anteriormente, el 50% de los niños con SD presentan una cardiopatía congénita que obliga a una cirugía reparadora a la edad recomendada según previo diagnóstico precoz e individual. Con estas intervenciones quirúrgicas cardíacas la supervivencia está entre el 80 y el 90 por ciento, resultado similar al de la población general.

b) *Audición, nariz y oído.* La disminución de audición en la infancia puede dar lugar a retraso en el lenguaje y alteraciones de conducta. La hipoacusia puede ser de origen neurológico, conductivo (por conductos auditivos tortuosos y estrechos), o de ambos tipos. Las complicaciones más frecuentes, por conducción, son la formación de tapón de cerumen y la otitis media seromucosa (derrame en el oído medio).

En un 5-6% de los casos puede aparecer la oclusión congénita del conducto lacrimonasal de los lactantes cuyo síntoma es el lagrimeo y la secreción constantes.

c) *Vías respiratorias.* En los niños y adultos con SD son frecuentes los problemas obstructivos de las vías respiratorias, por sus características físicas (cuello corto, hipotonía de la lengua, retrognatia, hipertrofia de adenoide). El asma, el ronquido y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) son problemas frecuentes.

d) *Ojos y visión.* Los problemas oculares más frecuentes son la refracción, miopía o hipermetropía y/o el estrabismo, que pueden presentarse desde muy temprano. Las cataratas y el glaucoma pueden estar presentes en el nacimiento o desarrollarse a lo largo de la vida. Hasta un 10% de la población presenta nistagmus.

e) *Patología osteoarticular.* Las complicaciones más frecuentes son las luxaciones o subluxaciones rotulianas, la inestabilidad de las caderas, los pies planos y la escoliosis. En menor medida se encuentra la inestabilidad atlanto-axial, debida a la laxitud de los ligamentos que fijan la primera y la segunda vértebra cervical y que provocan la compresión medular por una vértebra. Menos frecuente, pero con una intervención parecida, es la inestabilidad atlanto-occipital.

f) *Neurología.* La disminución en la proliferación celular y generación de células progenitoras de neuronas debido a alteraciones en la expresión de genes; alteraciones de la migración de las neuronas que una vez nacidas tienen que moverse para llegar a los sitios donde deben madurar funcionalmente, por el nacimiento de neuronas anómalas, por dificultades en la expresión de genes, o porque hay trastornos en los mecanismos migratorios y/o en las señales que las guían y, por último, problemas en el establecimiento de conexiones neuronales (sinapsis) que, en las personas con SD, están alteradas.

Así, el cerebro fetal del SD se caracteriza por una reducción del grosor y una laminación alterada de la neocorteza y del hipocampo, y disminuciones de los índices proliferativos con consecuencias en la celularidad y la densidad sináptica

g) *Función endocrina.* En las personas de cualquier edad está aumentada la incidencia de las alteraciones tiroideas, por lo que es importante detectarlas teniendo en cuenta que los signos de hipotiroidismo pueden ser muy tenues, en estas personas. En muchas ocasiones aparece una elevación de TSH con niveles normales de T4. Esta situación denominada hipotiroidismo subclínico es muy frecuente en las personas con SD y no siempre finaliza en un hipotiroidismo real. Pueden presentarse casos de hipertiroidismo que también deben ser remitidos al especialista.

h) *Trastornos odontoestomatológicos*. La incidencia de caries es baja y son de mayor frecuencia la boca entreabierta debido al tono muscular, el retraso de la erupción dentaria y cuadros como la gingivitis, periodontitis, bruxismo y maloclusión.

i) *Función digestiva*. Dentro de las malformaciones congénitas es más frecuente la presencia de estenosis o atresias digestivas (12%), así como la enfermedad de Hirschsprung o megacolon congénito (< 1%). Estas alteraciones requieren tratamiento quirúrgico.

También son frecuentes los trastornos en la función de la masticación debido a, la erupción dental retrasada, hipoplasia del macizo facial asociado a una maloclusión dental, hipotonía de la lengua y, con frecuencia la macroglosia relativa, todo ello contribuye de forma importante, en la actividad masticatoria de muchos niños con SD.

Los trastornos en la deglución debido a un retraso variable en la adquisición del reflejo faríngeo de la deglución, que origina frecuentemente atragantamientos y aspiración de alimentos o líquidos, vienen a sumarse a lo dicho anteriormente.

El estreñimiento es muy común en las personas con trisomía. Hay que descartar la presencia de alguna enfermedad (intolerancia a proteínas vacunas, celiaquía o alergia alimentaria, malformación congénita, etc.), pero normalmente se trata de una dificultad funcional relacionada con la hipotonía muscular abdominal, motilidad intestinal disminuida y escasez de fibra en la alimentación.

Por último mencionar la celiaquía, enfermedad inmune que es más frecuente en la población que nos atañe que en la población general.

j) *Piel*. Los problemas cutáneos que afectan, en mayor medida a esta población son los siguientes: la xerosis, la queilitis comisural, la alopecia areata, dentro de las alteraciones inmunes, y la piodermitis y forunculosis especialmente a partir de la pubertad.

k) *Inmunidad e infecciones*. En las personas con SD existe mayor riesgo de infecciones sobre todo de vías respiratorias. Esta mayor incidencia se debe más a la conformación anatómica del macizo facial que a un problema del sistema inmune. Eventualmente, en caso de infecciones en otras zonas del cuerpo, se hará un estudio básico de la inmunidad.

l) *Hematología y oncología*. Dentro de las disfunciones hematológicas cabe mencionar el 10% de recién nacidos con trisomía que puede presentar el Síndrome mieloproliferativo transitorio que tiene como característica especial su transitoriedad, tanto es así que suele desaparecer, en pocas semanas. Sin embargo, aproximadamente un 30% de los niños que presentan el síndrome pueden desarrollar, en los tres años siguientes, una Leucemia Mieloblástica Aguda, dentro de las alteraciones hematológicas, es importante tener en cuenta la Macroцитosis, se trata de un hallazgo constitucional que se debe tener en cuenta a la hora de diagnosticar una Anemia ferropénica.

La incidencia de cáncer en las personas con SD es menor. En niños, la leucemia presenta una mayor frecuencia, casi hasta 30 veces mayor a la de la población general, de su misma edad. La Leucemia mieloblástica aguda tiene mayor incidencia en niños menores de tres años, mientras que en la Leucemia linfoblástica aguda sucede así, en edades posteriores. Sí es cierto que, en el caso de la Leucemia mieloblástica, suelen presentar el subtipo M7 que tiene, en ellos, mejor pronóstico que en la población general, dada su buena respuesta a la quimioterapia. No sucede así con la Leucemia Linfoblástica, para la que las tasas de curación son semejantes a las de la población general.

En función de los problemas médicos señalados como más comunes, en la población infantil con SD, se presentan unas recomendaciones específicas para todas las personas con síndrome de Down. Para nuestro estudio concreto sólo hacemos referencia a aquellas que abarcan, desde el nacimiento hasta los 5 años:

Tabla 3. En el nacimiento (antes del alta hospitalaria)

Exploraciones clínicas complementarias, con especial referencia a:

- Confirmación del diagnóstico del SD.
 - Estudio cromosómico mediante cariotipo, y en caso de duda, hibridación "in situ" por fluorescencia (FISH).
 - Pruebas de metabopatías (cribado metabólico): Hipotiroidismo y Fenilcetonuria.
 - Exploración general del recién nacido, prestando una especial atención a los siguientes puntos:
 - * Posibles malformaciones congénitas externas e internas.
 - * Exploración neurológica con especial referencia al tono muscular.
 - * Estudio cardiológico clínico mediante ecocardiografía y otros métodos.
 - * Exploración oftalmológica. Detección precoz de cataratas congénitas.
-

Fuente: Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down.

Tabla 4. Desde el nacimiento hasta los 6 meses

Exploraciones clínicas complementarias, con especial referencia a:

- Analítica con hemograma y bioquímica general.
- Resultado de estudio cromosómico y determinación del tipo de trisomía: regular, en mosaico o por translocación.
- Consejo genético familiar si procede.
- Crecimiento, peso y perímetro craneal de acuerdo con las tablas específicas para el SD.
- Exploración del aparato auditivo. Detección precoz de hipoacusia.

Recuerde que es importante:

- Coordinación con los servicios de atención temprana, asociaciones e instituciones de apoyo y otros profesionales.
 - Durante los primeros seis meses se deben realizar, además, los controles y vacunaciones habituales para cualquier niño de esta edad.
 - Educación para la salud (según este programa).
-

Fuente: Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down.

Tabla 5. Entre 6 y 12 meses

Exploraciones clínicas complementarias, con especial referencia a:

- Exploración y valoración del estado general y nutricional.
- Crecimiento, peso y perímetro craneal de acuerdo con las tablas específicas para el SD.
- Valoración del desarrollo psicomotor.
- Órganos genitales: comprobar el descenso de los testículos.
- Exploración oftalmológica.
- Exploración odontológica.
- Determinación del nivel de hormonas tiroideas.

Recuerde que es importante:

- Coordinación con los servicios de atención temprana.
- Seguimiento de cualquier patología detectada.
- Durante este período se deben realizar las exploraciones generales y controles habituales para cualquier niño de esta edad, incluyendo el calendario de vacunación.
- Educación para la salud.

Fuente: Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down.

Tabla 6. Entre el año y los 5 años

Exploraciones clínicas complementarias, con especial referencia a:

- Exploración y valoración del estado general y nutricional.
- Crecimiento, peso de acuerdo con las tablas específicas para el SD. Especial atención a la obesidad.
- Exploración oftalmológica cada dos años.
- Control odontológico anual.
- Vigilancia clínica, cada dos años, de la patología osteo-articular habitual.
- Valoración general, cada dos años, de la audición.
- Análisis con hemograma y bioquímica general.
- Determinación anual del nivel de hormonas tiroideas.
- Diagnóstico de celiaquía a los 6-7 años.
- Valoración cardiológica; ecocardiograma a los 10-12 años.

Recuerde que es importante:

- Control de hábitos higiénicos y de salud.
- Evaluación de los trastornos del sueño.
- Coordinación con los servicios de apoyo a la escolarización.
- Durante este periodo se deben realizar las exploraciones generales y controles habituales para cualquier niño de esta edad, incluyendo el calendario de vacunación.
- Valoración del desarrollo psicomotor: marcha, desarrollo del lenguaje...
- Educación para la salud.

Fuente: Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down.

2.4. Características evolutivas.

Existe bastante evidencia que sugiere que los desórdenes genéticos están asociados con perfiles de conducta específicos o fenotipos conductuales. Algunos autores consideraban que ciertos síndromes comparten similares desarrollos del comportamiento por lo que, a menudo, no especificaban el síndrome particular al que se refieren (Dykens, 1995; Hodapp & Fidler; 1999). En algunas anomalías genéticas, con discapacidad intelectual, (Pj. Síndrome de X frágil, Síndrome de Williams) muchos niños presentan hiperactividad o dificultades de atención (Hodapp, 1997; Fidler, Hodapp & Dykens, 2002; Abbeduto, Murphy, Richmond, Amman, Beth, Weissman, Kim, Cawthon & Karadottir, 2006; Jarrold, Baddeley & Phillips, 2007). Una línea de investigación destacada estudia cómo niños con desórdenes diferentes muestran perfiles conductuales distintos, de hecho, muchos desórdenes asociados con discapacidad intelectual manifiestan competencias individuales de desarrollo muy diversas (Rosner, Hodapp, Fidler, Sagun & Dykens, 2004; Vicari, Bellucci & Carlesimo, 2005). Esta relación entre la condición genética y el perfil del comportamiento puede cambiar la concepción en la intervención con niños con discapacidades en el desarrollo (Nadel, 1996; Fidler, Lawson & Hodapp, 2003; Korbel, Tirosh- Wagner et al., 2009).

En los niños con SD la adquisición de los diferentes hitos evolutivos se produce de la misma forma, aunque de manera más lenta, que en los niños sin SD. No obstante, este desarrollo avanzará más deprisa en unas áreas que en otras (por ejemplo, el aspecto social en general, tiene un mejor desarrollo que el motor o del lenguaje), incluso, dentro de cada área de desarrollo, se encontraran, de nuevo, puntos débiles y fuertes (por ejemplo, en el área del lenguaje, el nivel comprensivo es un punto fuerte respecto al nivel expresivo). El conocimiento de los puntos fuertes y débiles, en estos niños, resulta muy útil a la hora de establecer los métodos más eficaces de enseñanza e intervención, a fin de ayudarles en su progreso integral. Las personas con SD tienen una serie de alteraciones sobre todo, estructurales y funcionales, en el SNC propias de su trisomía, que se reflejan en la conducta y en el aprendizaje y que iremos desgranando en los siguientes apartados. El fenotipo conductual en niños con SD, que se expresa en cada individuo de una forma altamente variable cualitativa y cuantitativamente, ha sido descrito, fundamentalmente, en las principales áreas del desarrollo.

2.4.1. Características del desarrollo motor.

Aunque la evolución motora de los niños con SD es bastante similar a la de los niños sin SD, conseguir los distintos hitos del desarrollo motor les va a tomar más tiempo, pues su desarrollo va a estar marcado, fundamentalmente, por varias peculiaridades fundamentales:

- Hipotonía muscular que puede ser desde severa hasta leve, lo que repercutirá tanto en el movimiento como en la postura. El tono muscular mejora con la edad, especialmente durante el primer año.
- Laxitud articular.
- Cardiopatías.

Este bajo tono muscular y la laxitud en las articulaciones les va a dificultar, como se ha indicado anteriormente, conseguir las adquisiciones de mayor relevancia de esta área, tanto en la actividad motora gruesa (control cefálico, sedestación, bipedestación, caminar con independencia, etc) como en la fina (prensión voluntaria, uso del dedo índice y la pinza digital, etc.). Así mismo, se observará mayor lentitud en

la aparición y disolución de reflejos y modelos automáticos de movimiento (Block, 1991; Palisano, Walter, Russell, Rosenbaum, Gemus & Galuppi, 2001; Dmitriev, 2001; Vicari, 2006)

La presencia de cardiopatía limitará, de forma notable, su estimulación y evolución. En una investigación con niños con SD cardiopatas, Miller (1999) encontró que éstos pasaban más tiempo en el hospital y tenían una ejecución más baja en algunas subescalas cognitivas, a los 3 y 5 años de edad. No obstante se sabe poco acerca del desarrollo de estos niños a pesar de que, aproximadamente uno de cada dos niños con SD nace con una cardiopatía.

La reducción de la fuerza y la cortedad de los brazos y las piernas influirán también en el desarrollo de la motricidad gruesa.

Tabla 7. Desarrollo motor de niños con Síndrome de Down

Conducta	Edad media de adquisición (meses)	Intervalo
Control cefálico en prono	2.7	1-9
Control cefálico en posición vertical	4.4	3-14
Volteos	8	4-13
Reacción de apoyo lateral	8.2	4-13
Sedestación sin apoyo	9.7	7-17
Rastreo	13.6	7-24
Gateo	17.7	9-36
Marcha autónoma	24.1	16-39

Fuente: Póo, P. y Gassió, R. (2000)

2.4.2. Características del desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

Uno de los interrogantes principales respecto a la evolución del lenguaje, en niños con SD, gira en torno a conocer las razones por las que la mayoría presenta un nivel de desarrollo por debajo de lo que cabría esperar, si tenemos en cuenta su desarrollo cognitivo (Miller, 2000; Rogers & Arvedson, 2005). Las investigaciones indican que estos niños manifiestan mayor dificultad en la adquisición del lenguaje expresivo que en el del comprensivo (Johnston & Stansfield, 1997; Miller, 1999; Stoel-Gammon, 2001; Laws & Bishop, 2004). Las lenguas, en su adquisición, presentan varios niveles (sonidos, palabras, morfemas, sintaxis, semántica y pragmática) y cada uno de estos niveles se va haciendo más complejo al relacionarse, más estrechamente, con otras áreas y capacidades cognitivas generales. Esta complejidad, en la adquisición del lenguaje, podría verse modificada como consecuencia de las alteraciones del control motor (Alcock & Gordon, 2002) que tienen estos niños (mecánicas, sensoriales y motoras) y que afectarían a la producción lingüística (cavidad bucal demasiado pequeña, salida de la lengua, laringe en posición demasiado alta, labios anchos con irregularidades, hipotonía en los músculos que intervienen en la fonación, anomalías en el paladar etc), las frecuentes infecciones en el oído medio y pérdidas auditiva (Roberts, Price & Malkin, 2007), las alteraciones neurofisiológicas en las áreas del cerebro asociadas con el aprendizaje del lenguaje (Bishop, 2002) y, por último, con la posible escasez de estimulación ambiental. En conjunto, estos factores podrían ser algunas de las causas que condicionen el desarrollo del lenguaje. No obstante, como destacan Rondal, Perera y Nadel (2000), la evolución del lenguaje en los niños con SD sigue los mismos patrones y presenta las mismas estructuras mentales concretas que en las personas sin retraso en esta área.

Las características generales del lenguaje, en estos niños, son las siguientes: maduración lenta, mayor dificultad en el lenguaje expresivo que en el comprensivo, tendencia al uso de la mímica y los gestos, como forma de expresarse, léxico reducido, limitación importante en el uso gramatical de la lengua, hipotonía de los músculos del aparato bucofonador, problemas de articulación, producción de voz ronca, inteligibilidad del habla, bloqueos, temblores, o espasmos vocales, falta de fluidez, etc.

El retraso en el desarrollo del lenguaje se refleja especialmente al año de vida cuando el resto de la población empieza a emitir sus primeras palabras. No obstante, ya en los primeros meses de vida se manifiesta una diferencia en las conductas prelingüísticas, tales como llantos, balbuceos, contacto ocular, etc (Mahoney & Robenalt, 1986; Fischer, 1987; Landry, Garner, Pirie & Swank, 1994)

Tabla 8. Desarrollo de la comunicación (audición y lenguaje)

Habilidades	Niños con S. Down		Población general (otros niños)	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Balbucea...Pa.. Pa .. Ma ..Ma...	11m	7-18m	8m	5-14m
Responde a palabras familiares	13m	10-18m	8m	5-14m
Dice las primeras palabras con significado	18m	13-36m	14m	10-23m
Manifiesta sus necesidades con gestos	22m	14-30m	14,5m	11-19m
Hace frases de dos palabras	30m	18-60m	24m	15-32m

Fuente: Elaborado por el Programa Español de Salud-Síndrome de Down a partir de: DSMIG 2000.

En relación con el desarrollo del lenguaje en población SD se han realizado diferentes estudios que analizan la interacción madre-hijo asumiendo que la calidad de la estimulación lingüística que reciben estos niños podría ser además una de las razones por las cuales se observan desfases, en el proceso de adquisición del lenguaje. En concreto, los hallazgos de estas investigaciones (Kogan, Wimberger & Bobbitt, 1969; Marshall et al., 1973; Buium et al., 1974; Tannock, 1988) apuntan que:

- Las madres de estos niños se dirigen a sus hijos con un lenguaje más sencillo tanto semántica como sintácticamente que el que suelen emplear las madres de niños sin SD.
- Las madres de niños con SD utilizan un lenguaje centrado en el control directo del niño (mayor uso del imperativo)
- Estas madres ofrecen a sus hijos menos oportunidades de tomar la iniciativa, en el intercambio verbal.

Buckholt et al. (1978) encontraron diferencias significativas en la interacción verbal entre ambas madres, las de niños con SD y las de niños sin SD, no detectando diferencias en la interacción no verbal.

Dunst (1980) observó la existencia de una relación inversa entre la capacidad cognitiva y comunicativa de los niños, tanto con SD como sin el síndrome, y el estilo de interacción de las madres. Los cambios en las interacciones de las madres se relacionaban con el nivel de desarrollo de sus hijos y no con su edad cronológica. Por tanto, llega a la conclusión de que el entorno lingüístico materno de los niños con SD está generalmente adaptado al nivel de adquisición y desarrollo del lenguaje de estos niños.

Otras investigaciones también se refieren a cómo las madres con niños con SD, acomodan su estilo de interacción a sus hijos. Los niños con mayor desarrollo reciben más directrices orales de sus madres que los niños con menor desarrollo. “Estas madres pueden adaptar intuitivamente sus estrategias de comunicación y llegar a ser particularmente directivas en un esfuerzo por mejorar la participación de sus hijos” (Roach, Barratt & Leavitt, 2001, p.111).

De esta manera, las madres, dentro de un contexto de atención conjunta, facilitan el desarrollo de la comunicación en los niños manteniendo relaciones comunicativas efectivas con sus hijos con SD.

2.4.3. Características del desarrollo cognitivo.

Aun cuando los bebés con SD progresan de modo muy parecido a los niños sin SD (Dunst, 1990, 1998), lo hacen de una forma más lenta (Koo, Blaser, Harwood-Nash, Becker & Murphy, 1992; Chapman & Hesketh, 2000) al respecto Wishart (2002) sugiere que el desarrollo de los niños con SD tiene sus peculiaridades, tanto en su naturaleza como en su curso, razón por la que la intervención, con estos niños debe adecuarse a estas características específicas.

Siguiendo la teoría psicogenética de Jean Piaget, el desarrollo cognitivo tiene lugar a partir de la exploración del entorno, interviniendo de un lado la información que llega a nuestros órganos sensoriales y de otro las acciones concretas que se realizan sobre el entorno.

En los niños con SD se podría ver alterada su capacidad exploratoria bien a que el ritmo del desarrollo motor es más lento y/o a la aparición de limitaciones de tipo sensorial. A medida que las tareas a las que se enfrentan aumentan en dificultad van presentando menos estrategias de resolución de problemas. Tienden a no poder ver las posibilidades que un objeto o situación les brinda por lo que se inclinan a repetir la misma respuesta, una y otra vez, precisando ayuda para poder ver otra solución o alternativa, y de ese modo ir haciendo nuevos aprendizajes. En estudios de Fidler, Hepburn y Rogers (2006) se observa que los puntos fuertes y débiles del fenotipo asociado al SD emergen en los primeros 3 años, con diferencias intergrupales en sociabilidad, y sin resultados claros que puedan pronosticar los puntos débiles y fuertes en personas con SD de mayor edad.

Una de las limitaciones observadas en esta población en cuanto a las funciones cognitivas tiene que ver, en primer lugar, con **la capacidad perceptiva**. En estos niños se detectan déficits en la intercomunicación de las estructuras nerviosas que afecta a las áreas corticales de asociación, mostrando una mejor decodificación visual y una mayor dificultad en la percepción de la información presentada de forma auditiva, razón por la que, en los programas educativos, se aconsejan métodos de aprendizaje basados en la técnica del modelado, resaltando los estímulos visuales (Pueschel, 1988; Dunst, 1990, 1998; Miller, Stoel-Gammon, Leddy, Lynch & Miolo, 1992; Candel & Carranza, 1993; Wisniewski, Kida & Brown, 1996; Florez, Troncoso & Dierssen, 1997; Grácia & Del Río, 2000).

Respecto a la **capacidad de atención** y debido a las alteraciones en el hipocampo, las transmisiones y comunicación con muchos de los sistemas neuronales implicados en el proceso atencional se encuentran limitadas en los niños con SD; esto da lugar a dificultades en la atención, asociada a la lentitud del procesamiento de la información y de la exploración del ambiente (Cunningham, 1995; Pennington, Moon

Edgin & Nadel, 2003). Estas personas requieren más tiempo para crear el hábito de dirigir la atención a la tarea y tienen mayor dificultad en movilizar su atención de un aspecto a otro del estímulo; esto ocasiona una labilidad atencional, por lo que es preciso una gran motivación en el estímulo, o tarea concreta, para mantener su interés. Así mismo, presentan problemas para inhibir o retener su respuesta hasta después de haberse tomado el tiempo en examinar con detalle los aspectos más útiles de los estímulos, lo que influye en la menor calidad de sus respuestas y su mayor frecuencia de error (Furby, 1974). No obstante, en distintos estudios (Legerstee, Bowman & Fels, 1992; Candel & Carranza, 1993; Wishart, 1997, 2002), se enfatiza que más que un déficit atencional general parece que, en estos niños, la organización de la atención se encuentra más dirigida a los aspectos sociales. Prefieren la interacción social y la mayor activación que poseen los estímulos sociales, a la exploración de los objetos.

A este respecto Linn, Goodman y Lender (2000) muestran que los niños con SD, con una media de edad de desarrollo entre 20 y 40 meses, pasaban más tiempo en conducta pasiva y cambiaban del juego a la pasividad con mayor frecuencia que los niños sin SD. No hubo diferencias, entre estos dos grupos, cuando el tiempo se dedicaba a actividades sociales, aunque los niños con SD manifestaban una mayor frecuencia de actividad social.

Respecto a la *memoria*, en el SD parece que está comprometida tanto la memoria a corto plazo como la memoria a largo plazo (Pennington et al., 2003; Contestabile, Fila, Ceccarelli, Bonasoni, Bonapace, Santini, Bartesaghi & Ciani, 2007).

Los resultados de los estudios sobre la memoria a largo plazo, son muy diversos, incluso contradictorios, de tal forma que hay autores que defienden que este tipo de memoria no está afectada, en estos niños (Laws, 1995; Buckley, 2000) y otros que señalan que la memoria a largo plazo (MLP) está alterada, al igual que la memoria a corto plazo (MCP) (Flórez, 1995; Carlesimo, Marota & Vicari, 1997).

Dentro de la MLP, parece que la memoria implícita, que se refiere a aquellos aprendizajes que automatizamos (de habilidades y hábitos) una vez que son aprendidos, no está afectada pero si la memoria explícita, la que almacena hechos, experiencias y conceptos (Ohr & Fagen, 1991; Vicari, Belluci & Carlesimo, 2000).

En la MCP, la velocidad del procesamiento de la información auditiva de los niños con SD es más lenta que en niños sin SD (Gathercole, 2006; Brock & Jarrold, 2004). Lo cual puede revelar déficits tanto en el procesamiento y almacenamiento a corto plazo como en la recuperación posterior. La memoria a corto plazo de la información visual suele ser buena, sobre todo en las tareas de reconocimiento (Jarrold, Purser & Brock, 2006).

En general se puede establecer que los niños con SD tienen dificultades en la adquisición y consolidación de un aprendizaje (memoria a corto plazo: captar y memorizar imágenes de objetos, listados de palabras, números y frases) pero una vez adquirido lo mantienen bien (memoria a largo plazo). Estas dificultades suelen aparecer en la etapa infantil, llegando a ser más importantes al final de la niñez y en la adolescencia.

De manera general el *Desarrollo cognitivo* de los niños con SD se caracteriza por una lentitud en sus reacciones y su manera de adquirir y procesar la información, así como en la dificultad de interpretar dicha información. Esto es debido a las alteraciones neurológicas que se han mencionado en apartados anteriores. Todo esto se traduce en lo que se denomina una discapacidad intelectual la condición que, de forma más persistente, se asocia al SD (Buckley, 2000; Dierssen, Herault & Estivill, 2009).

En este sentido, la Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR, 2002) define la discapacidad intelectual como un concepto que se caracteriza por:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa o capacidad de adaptación.
- Una edad de aparición anterior a los 18 años.

Según Luckansson, Borthwick-Duffy, Buntix, Coulter, Craig y Reeve (2002), la inteligencia comprende las funciones de razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje con rapidez y aprendizaje a partir de la experiencia. Se trata de un funcionamiento global que va más allá del rendimiento académico o de respuesta a tests; se trata de la capacidad para comprender el entorno e interactuar con él.

La evaluación del funcionamiento intelectual se realiza mediante tests estandarizados obteniendo, así, la medida del Cociente Intelectual (CI) considerada, aún con sus limitaciones y el abuso que se ha hecho de ella, como la mejor representación de lo que se define como funcionamiento intelectual de una persona (Wishart & Duffy, 1990). Según el DSM-V (APA, 2013) la clasificación de Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI) es la siguiente:

A.- Discapacidad Intelectual.

- DI Leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- DI Moderada: CI entre 35-40 y 50-55.
- DI Grave: CI entre 20-25 y 35-40.
- DI Profunda: CI inferior a 20 o 25.

De cualquier forma el criterio para diagnosticar discapacidad intelectual es el de “dos desviaciones típicas o estándar por debajo de la media”.

La mayoría de las personas con SD presentan un funcionamiento intelectual de grado ligero o moderado.

Es importante, a la hora de obtener el CI en personas con SD, seleccionar de forma adecuada las pruebas estandarizadas que se utilicen pues la mayoría de ellas no son muy fiables antes de los siete años, además, se apoyan mucho en el lenguaje, aspecto en el que estos niños presentan mayor dificultad, por lo que los resultados obtenidos podrían no ser muy fiables (Ruíz, 2001).

B.- Retraso Global del Desarrollo.

En niños menores de 5 años que presentan un nivel de gravedad clínica que impide una valoración fiable o en niños, que por su edad cronológica, no pueden colaborar en las pruebas estandarizadas.

C.- Discapacidad Intelectual no especificada.

Cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora, presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental.

Una vez realizada la función del diagnóstico de discapacidad intelectual, la AAMR establece dos funciones más, en el proceso de evaluación de la discapacidad intelectual:

1- La *Clasificación y descripción* de las habilidades y carencias, identificando los puntos fuertes y débiles de cada individuo en las dimensiones o áreas siguientes:

- Las capacidades más estrictamente intelectuales
- La conducta adaptativa, tanto en el campo intelectual como en el contexto social o en las habilidades cotidianas.
- La participación, la interacción con los demás y los papeles sociales que la persona desempeña.
- La salud física y mental.
- El entorno ambiental y cultural en el que la persona vive.

Para que la evaluación sea válida, además, debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística y las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.

2- Y la segunda y última función, de esta exhaustiva evaluación, es la de *proporcionar los apoyos necesarios*, en cada una de las dimensiones en las que la persona se desarrolla, en función de los resultados de esta valoración, la edad y las expectativas futuras.

2.4.4. Características del desarrollo socio-afectivo. El apego

Cuando se aborda este aspecto del desarrollo, en las personas con SD, en general se habla de dos formas acerca de cómo tiene lugar el desarrollo socio-afectivo. En primer lugar, quizá la postura más tradicional, defiende que el desarrollo de los niños con SD es igual al de cualquier otro niño sin este síndrome, en cuanto a las fases y etapas por las que ha de pasar, pero siguiendo un curso más lento (Beeghly & Cicchetti, 1987; Perera, 1995).

En muchos estudios se refleja esta mayor lentitud en la aparición de determinadas conductas de acercamiento como son la sonrisa social, el contacto ocular, la mirada referencial, el reconocimiento de los padres, etc. La segunda postura afirma que las etapas y fases, es decir, el proceso evolutivo del desarrollo socio-afectivo, en estos niños, es diferente. Esta versión postula que los niños con SD dirigen su atención, respecto a los niños sin SD, en mayor medida a las personas que a los objetos, tienen una mayor frecuencia de expresiones de afecto, etc. (Kasari, Mundy, Yirmiya & Sigman, 1990; Kasari, Freeman, Mundy & Sigman, 1995). Asimismo, se destaca que los niños SD suelen mantener adecuadas interacciones sociales: utilizan estas habilidades sociales para compensar otras áreas en las que puedan tener más dificultad (Freeman & Kasari, 2002). También manifiestan mayor empatía que otros niños con discapacidad intelectual mostrando más respuestas prosociales en situaciones de estrés (Kasari, Freeman & Bass, 2003). Diversas investigaciones hablan de la habilidad para comunicar las emociones positivas, a través del incremento de la conducta de la sonrisa (Kasari, Mundy, Yirmiya & Sigman, 1990; Kneips, Walden & Baxter, 1994; Fidler, Barret & Most, 2005).

Por otro lado, hay trabajos como el de Cicchetti y colaboradores (Cicchetti & Pogge-Hesse, 1982; Cicchetti & Sroufe, 1978), que pretendiendo constatar la existencia de relación entre el desarrollo cognitivo y el afectivo, llegan a la conclusión de que entre estas dos áreas del desarrollo existe una conexión muy estrecha al igual que sucedía en la población de niños sin SD. Las reacciones emocionales dan lugar a emociones positivas, reacciones de defensa ante algún estímulo, diferentes estilos de apego, interrelaciones entre los diversos sistemas de filiación, apego, etc y su relación con los niveles de desarrollo cognitivo son similares en secuencia, organización y relación, respecto a los niños sin SD.

Mans, Cicchetti y Sroufe (1978), observaron que el desarrollo del autoconcepto, en los niños con SD, también se encuentra relacionado con el nivel cognitivo, del mismo modo que en la población de niños sin SD.

No obstante, a pesar de las similitudes en el desarrollo de los niños con y sin SD, hay un número de características de los niños con SD, que parecen diferenciarse de las de los niños sin SD. Parece, respecto al juego simbólico, que los niños con SD no están tan orientados socialmente en el uso de los materiales como la población sin SD, presentan dificultades a la hora de iniciar interacciones, tienen un repertorio de juegos más limitado sobre todo en aquellos que requieren la toma de turnos, presentan más conductas repetitivas y estereotipadas durante el juego, etc. (Krakow & Kopp, 1982, 1983).

Otra importante diferencia parece estar en la expresión del afecto y la modulación fisiológica de éste. Aún con la misma edad de desarrollo, los niños con SD tienen un nivel de expresión afectiva menor que los niños sin discapacidad. Generalmente es más difícil provocar respuestas afectivas tanto positivas (la risa ante un estímulo o la adquisición plena de la sonrisa social), como negativas (el estrés ante la separación). Algunos autores han explicado esta aparente dificultad para expresar emociones a las limitaciones en el procesamiento de la información (Cicchetti & Sroufe, 1978; Emde, Katz & Thorpe, 1978; Kopp, 1983).

Sullivan y Lewis (2003) llegaron a la conclusión de que la expresión facial de las emociones en el niño con SD es similar a la de los niños sin SD, aunque éstas pueden aparecer más tardíamente que en los niños sin este síndrome. Sí que la intensidad de estas conductas es menor, pudiendo parecer que disfrutaban menos en las interacciones espontáneas y que tienen menos iniciativa en la sonrisa social. Estos resultados parecían ser acordes con los resultados de investigaciones similares (Kasari & Sigman, 1996; Carvajal & Iglesias, 1997; Carvajal & Iglesias, 2000).

No obstante, con la intervención adecuada estas conductas de expresión emocional pueden incrementarse. De hecho, a la edad preescolar los niños con SD suelen presentar una buena capacidad de interacción social (Brinker & Lewis, 1982; Sullivan & Lewis, 1990; Calhoun & Kuczera, 1996; Sullivan & Lewis, 2003).

A partir de los años 90 los nuevos modelos teóricos, como el transaccional de Sameroff y Chandler (1975) y el bioecológico de Bronfenbrenner (1979) postulan la importancia de las interacciones niño-ambiente en el desarrollo.

La teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1989, 1993) asume que las características biológicas de la persona interactúan con las características ambientales configurando el desarrollo de ésta. Bronfenbrenner (1979) defiende que los ambientes naturales son la principal influencia en el desarrollo de los niños. El niño se desenvuelve en varios sistemas ambientales desde el más inmediato, como es la familia, hasta el más remoto como la cultura en la que está inmerso. Por su parte, en el modelo transaccional, se plantea que el crecimiento y el desarrollo del niño son el resultado de las respuestas de éste hacia el ambiente y de las reacciones desde ese mismo ambiente hacia el niño. Y en especial contempla la interacción padres-hijo como un intercambio continuo de las dos partes, cuando interaccionan uno con otro.

Bajo estas influencias teóricas, los trabajos de investigación se fueron encaminando hacia el estudio de las características del niño y de la familia, a los patrones de interacción entre ellos, y a la repercusión de éstos, en el desarrollo integral del niño. Aunque estas primeras investigaciones se centraban en grupos mixtos de discapacidad, en una misma muestra se incluían a familias de niños con síndrome de Down, síndrome de X-frágil, parálisis cerebral y, sobre todo, de niños con autismo

(Goldberg, 1988; Hoppes & Harris, 1990; Kasari & Sigman, 1997; Sandres & Morgan, 1997; Fidler, Hoddap & Dykens, 2000; Ricci & Hodapp, 2003), llegando los resultados a ser generalizables a todos los niños con discapacidad intelectual.

Muchos de estos estudios comparaban a las madres con SD con las que tenían hijos con otras discapacidades llegando a la conclusión de que las familias con hijos con SD afrontan mejor la discapacidad de sus hijos, parecen más armoniosas, las madres sufren menos estrés, los niños miran con mayor frecuencia a sus madres durante el juego con ellas.

Hoppes y Harris (1990) administraron un cuestionario a 17 madres de niños con autismo y a 21 de niños con SD. Las edades de los niños estaban comprendidas entre los 4 y los 10 años. Con este cuestionario se pretendía evaluar la percepción de la satisfacción materna y cómo, el estrés de las madres en el ejercicio de su rol materno, podía repercutir, en ese nivel de satisfacción. Estos autores llegaron a la conclusión de que las madres con niños con SD experimentaban a sus hijos como más afectivos, apegados y cercanos que las madres de los niños con autismo que experimentaban en sus hijos una menor respuesta y apego hacia ellas de lo que a ellas les gustaría.

Al comparar familias con niños con SD y niños sin SD, los resultados parecen arrojar que los progenitores de las familias con hijos con SD presentan más estrés en relación a la competencia en su rol de padres, salud y depresión (Scott, Atkinson, Minton & Bowman, 1997; Roach, Osmond & Banatt, 1999).

Roach, Stevenson, Miller y Leavitt (1998) estudiaron el efecto y los cambios que el comportamiento de 28 niños con SD y 28 sin SD y sus respectivas madres, experimentaban durante el juego interactivo. Los niños de la muestra tenían una edad cronológica entre 16 y 30 meses y una edad de desarrollo entre 10 y 17 meses, calculadas con la Escala Mental de las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. Estos autores llegaron a la conclusión de que las madres con niños con SD eran vocalmente más directivas que las madres de niños sin SD, quizá para compensar la tendencia de sus hijos a ser menos activos convirtiéndose en guías de sus hijos, en función del desarrollo de las capacidades de cada niño. De este modo, las madres de niños con SD asumían, en mayor medida, la responsabilidad de las interacciones con sus hijos. Estos

resultados venían a respaldar las conclusiones a las que habían llegado otras investigaciones (Marfo, 1991; Landry, Garner, Pirie & Swank 1994; Spiker & Hopmann, 1997).

Otra de las áreas del desarrollo socioafectivo del niño y que es objeto del trabajo de investigación que nos ocupa, es el relacionado con los vínculos afectivos o apegos que el niño establece con sus cuidadores principales y con la calidad de los mismos. En la revisión bibliográfica al respecto se observa que existen pocos estudios que evalúen el apego en niños con este síndrome y en los trabajos existentes ocurre lo mismo que lo indicado anteriormente, respecto a investigaciones dentro del campo de la discapacidad, (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & van Berckelaer-Onnes, 2004), nos referimos al hecho de que en las muestras estudiadas se mezclan poblaciones con distintas etiologías.

En general, los estudios coinciden en encontrar una mayor proporción de apegos inseguros y desorganizados, debido, según señalan, a características asociadas al Síndrome, como es la discapacidad intelectual (Atkinson et al., 1995; Cassidy, 1999), la presencia de conductas desadaptativas o incluso a una mayor vulnerabilidad al estrés (Dekker et al., 2002).

Asimismo, Vaughn et al. (1994) encontraron una mayor proporción de apegos inseguros y desorganizados en la población con SD. Observaron diferencias significativas en los niveles y frecuencia de interacción en los niños con SD respecto a los niños sin SD, al utilizar la Situación extraña como medida del estilo de apego.

Por otro lado, Goldberg (1988) tras realizar un estudio sobre los factores de riesgo en el apego madre-hijo, con una muestra de 41 niños con SD, una edad cronológica comprendida entre los 2 y 4^{1/2} años de edad y un retraso madurativo de 6 meses o más en, al menos, dos áreas del desarrollo. Mediante el proceso de clasificación de la Situación extraña, los resultados concluyeron que la distribución de los patrones de apego de los niños con SD no diferían significativamente respecto a los del grupo de control. La dificultad en la clasificación y la aparición de los patrones evitativo y ambivalente fueron el principal indicativo de posibles dificultades del apego asociado al síndrome.

No obstante, como se ha señalado, se trata de un tema escasamente investigado y no parece haber mucho acuerdo respecto a las causas de la existencia de una mayor frecuencia de los tipos de apego señalados, en la población con alguna discapacidad intelectual. A la hora de interpretar los resultados de estas investigaciones, parece que se tuvieron en cuenta fundamentalmente factores de las características del niño desestimando otros factores importantes a la hora del establecimiento de un apego seguro (Ganiban, Barnett & Cicchetti, 2000; van IJzendoorn et al., 2007).

De hecho, en los estudios mencionados, una proporción importante de niños fueron clasificados como seguros. Concretamente en el estudio mencionado anteriormente, Vaughn et al. (1994) encontraron que el 46% fueron clasificados como seguros frente al 42% no clasificables, el 9% inseguros-evitativos y el 3% inseguros-ambivalentes.

Atkinson et al. (1999) encontraron que los niños con SD con apego seguro, tenían padres más sensibles que aquellos que fueron clasificados como inseguros o no fueron clasificables, lo que les hacía concluir que la Situación Extraña de estos niños también refleja experiencias de interacción con sus padres, en el ambiente familiar.

Estas investigaciones en las que hay un elevado porcentaje de niños no clasificables también han resaltado, la necesidad de reflexionar sobre si los métodos de evaluación de los estilos de apego son adecuados para la población con discapacidad intelectual y/o si el momento de su utilización, respecto a la edad cronológica y mental de los niños, debe variar, por lo que se hace preciso tener cuidado con la interpretación de los resultados (Godberg, 1988; Vaughn et al., 1994; van IJzendoorn et al., 1992, 2007).

No obstante, Cicchetti y Serafica (1981), en un estudio con una muestra de 42 niños con SD y una media de edad de 35.6 meses observaron, mediante la Situación Extraña, la relación existente entre los sistemas, conductuales afiliativo, de apego y de miedo, llegando a la conclusión de que el repertorio conductual de los niños con SD era muy similar al de los niños sin SD, en los patrones de interacción de la

Situación Extraña. Los niños con SD, concluyeron, pasan por los mismos estadios de desarrollo que los demás niños. Aunque manifiesten menos estrés y demuestren un comportamiento más positivo, ante la figura extraña, demuestran una mayor cautela en su comportamiento. Ellos sugerían, al igual que lo hicieron Bretherton y Ainsworth (1974), que a la hora de medir las diferencias en las respuestas dadas por el niño ante la presencia de la madre y/o el extraño, deben tenerse en cuenta tanto las diferencias cuantitativas como las cualitativas.

Un estudio comparativo similar, con conclusiones parecidas, fue llevado a cabo por Thompson et al. (1985) al medir las respuestas emocionales de un grupo de 26 niños con SD y otro de 43 sin SD, de 19 meses de desarrollo. Para medir las respuestas emocionales utilizaron la Situación Extraña a los 12^{1/2} y 19^{1/2} años de edad de desarrollo. Los resultados indicaron que tanto los niños con SD como los del grupo de control, sin SD, reaccionaban apropiadamente a los cambios en los distintos episodios de la Situación Extraña (manifestación de estrés durante las separaciones, calma durante los encuentros, etc). Los niños con SD diferían de forma significativa, respecto a los niños sin SD, en la calidad de sus respuestas emocionales (menor intensidad en la manifestación del estrés ante la separación, mayores períodos de latencia o reacción, mayor facilidad para la recuperación, respecto a los niños sin SD). Estos autores señalaban que estas diferencias podrían ser atribuidas por un lado, a la discapacidad intelectual, que podía dar lugar a una mayor lentitud o menor capacidad para procesar los estímulos que se le presentaban, y por otro al funcionamiento bioquímico asociado al síndrome que podría tener como consecuencia un menor nivel de activación en esta población.

Igualmente, y apoyando las conclusiones mencionadas en la investigación anterior, Cicchetti y Beeghly (1990) concluían que la construcción de un vínculo de apego seguro entre los niños con SD y su cuidador principal es lo que debe ocurrir, en la mayoría de los casos. Es decir, los niños con SD recurren a su cuidador principal, en busca de seguridad ante una situación o estímulo generador de estrés, como hace cualquier otro niño, entre los 12 y 24 meses de desarrollo.

La frecuencia de apegos inseguros en grupos de niños con SD fue inicialmente interpretado, como se ha visto anteriormente, como una evidencia de que la Situación Extraña no era la metodología adecuada para estudiar el apego en las poblaciones de niños con discapacidad en el desarrollo. Atkinson et al. (1995) demostraron una relación significativa entre el método de clasificación de la Situación Extraña y el comportamiento del apego en el hogar, mediante la Q-set del apego (Waters & Deane, 1985; Vaugh & Waters, 1990), por lo que quizá podían ser válidos los resultados que, en numerosas investigaciones, indicaban una mayor frecuencia de apegos inseguros, al utilizar el método de clasificación de la Situación Extraña.

Esto puede sugerir, como indican Atkinson et al. (1995), que la aproximación y la evitación posiblemente sean manifestaciones del estrés de los padres. La sensibilidad materna, tal y como la describen Ainsworth et al. (1978), incluye la forma en que el cuidador principal percibe, interpreta y responde a las señales del niño. Percibir una señal implica la aproximación, como necesaria condición de la sensibilidad materna, pero no es suficiente si la respuesta dada posteriormente, no es la adecuada. Por otro lado la evitación es una respuesta suficiente, pero no necesaria, de la insensibilidad en la medida que evita una precisa percepción de las señales del niño. En este sentido, Atkinson et al. (1995) realizaron un estudio longitudinal, desde el nacimiento hasta los dos años, con una muestra de 56 madres y sus respectivos hijos con SD. En la primera observación los niños tenían entre 14 y 30 meses de edad cronológica y en sucesivas visitas al hogar se grababan diversas situaciones en y se administraban diversos inventarios a las madres. La edad de desarrollo de los niños se calculó con la Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. En el segundo año de estudio, la sensibilidad materna fue observada con la Maternal Behavior Q set (Pederson et al., 1990). Esta escala está basada en las clasificaciones de las escalas de la Situación Extraña de Ainsworth y las puntuaciones de la Q-set del apego (Moran et al., 1992; Pederson et al., 1990). Los resultados obtenidos, concluyen estos autores, confirman que tanto las conductas de evitación como las de aproximación, manifestadas por la madre hacia su hijo, son un reflejo del estrés materno, de tal forma que cuanto más alta sea la tasa de aproximación o de evitación mayor será el estrés manifestado por ésta. Los resultados también parecían reflejar que las conductas de acercamiento podían estar asociadas, en mayor medida, al estrés afectivo materno que las conductas de evitación. De esta forma las conductas de aproximación y evitación podían ser una estrategia utilizada por las

madres de hijos con SD para ajustar su conducta a las demandas de sus hijos. Así mismo, la presencia de estrés materno parecía estar consistentemente relacionada con los problemas emocionales y comportamentales del niño.

Pese a que los trabajos sobre el apego en niños con discapacidad intelectual, y más concretamente en niños con SD, tienen varias décadas se observa lo incipiente de este ámbito de estudio aún dentro de la importancia que tiene, como tantas veces hemos mencionado en este trabajo, en el desarrollo integral y, sobre todo emocional de los niños. Los niños con SD se consideran una población de “riesgo” por presentar mayores probabilidades de tener limitaciones, tanto orgánicas como cognitivas, en su desarrollo y en la interacción cuidador-hijo.

Así mismo, son muy escasos los trabajos que estudian esta relación vincular utilizando la metodología Q-set empleada en esta investigación por lo que también, desde este aspecto, esta investigación puede constituir una aportación novedosa.

En este capítulo, hemos abordado, de forma general, la definición y descripción del Síndrome de Down, característica común de los niños que componen la muestra de esta investigación, hemos resaltado la importancia de comprender como el fenotipo conductual del Síndrome de Down, que surge a lo largo de los 5 primeros años de desarrollo, puede ayudar a una intervención más efectiva con los niños y sus familias y, para finalizar, dentro del último apartado tratado sobre el desarrollo socio-afectivo en los niños con SD, ha parecido conveniente y necesario, debido al objeto de esta investigación, contemplar aunque sea de manera sucinta, cómo se encuentra el estado actual de la investigaciones en torno a este tema, constituyendo, también, una introducción al capítulo 3, en el que se abordará la metodología de este trabajo.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN



ESTUDIO EMPÍRICO

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Planteamiento del problema.

Las teorías y dimensiones usadas para el estudio del desarrollo han llegado a ser ampliamente aceptadas por la comunidad científica y se han ido extendiendo al estudio de los niños que tienen alguna dificultad en el desarrollo. Se considera que esta población es una población de “riesgo” por presentar, mayores probabilidades de tener limitaciones en su desarrollo. Estos factores de riesgo pueden ser tanto de origen orgánico como cognitivo y contextual y dificultar la interacción positiva madre-hijo (Dierssen, Herault & Estivill, 2009; Rogers & Arvedson, 2005; Perera, 1995). A su vez pueden disminuir la sensibilidad de la madre o del cuidador principal hacia las emisiones del hijo dando lugar a problemas en el establecimiento del apego (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Pianta, Marvin, Britner & Borowitz, 1996). Si esto se diese podría repercutir, como se ha dicho anteriormente, en el desarrollo evolutivo del niño al verse mermadas sus acciones exploratorias y, con ello, afectar a la calidad de la interacción social con iguales, al desarrollo cognitivo, etc.

De este modo, parece que, si es importante establecer un adecuado apego en la infancia para el desarrollo armónico del niño, cuánto más lo será en niños con alguna discapacidad, dado que esta situación puede convertirse en un factor de riesgo de cara al establecimiento de apegos seguros (Vaughn, Goldberg, Atkinson, Marcovitch, MacGregor & Seifer, 1994; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999; Dekker, Koot, van Der Ende & Verhulst, 2002; Janssen et al., 2002).

Este proyecto pretende ser una aportación más, dentro de este incipiente ámbito de estudio y de los escasos trabajos al respecto, sobre el estilo de apego en la población con discapacidad intelectual, concretamente con trisomía del par 21 (Ganiban, Barnett & Cicchetti, 2000; McCollum & Chen, 2003; Pérez-Salas & Santelices, 2009; Candel, 2010) y sobre las implicaciones que sus resultados puedan tener, en el abordaje terapéutico con estos niños.

Nuestro objetivo general es indagar en el conocimiento del proceso de formación de los vínculos de apego tempranos de la población infantil con Síndrome de Down. Para ello se han evaluado algunas de las variables que, a lo largo de estas últimas décadas de investigación, se han destacado como posibles determinantes de la seguridad del apego infantil. En particular, en la tesis que nos ocupa nos detendremos en determinar la relación entre los rasgos de personalidad de los padres y la calidad del apego en el niño; el estrés en el ejercicio de la paternidad/maternidad y las variables del contexto familiar, como predictivos de la seguridad del apego de los niños a la edad de 3 años. Se valorará cada variable en ambos progenitores a fin de estudiar la diferencia entre éstos, en caso de que sea así, y cómo puede influir cada uno de ellos en el establecimiento de los apegos.

3.2. Hipótesis de trabajo y objetivos de investigación.

Según lo expuesto anteriormente, para el desarrollo de nuestra investigación, se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

1. Existen diferencias entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).
2. La calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).
3. La seguridad y la dependencia en las relaciones de apego que mantienen los niños con SD y sus padres, se pueden predecir a partir de los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Cada una de estas hipótesis se concreta en diversos objetivos que permiten la operativización de las mismas:

Primera Hipótesis: Existen diferencias, entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Objetivo 1: Conocer el grado de Seguridad y Dependencia en el apego que establece el niño con SD, con cada uno de sus progenitores.

Objetivo 2: Analizar el grado de estrés en ambos progenitores, en concreto, el malestar paterno, la interacción disfuncional padre-hijo, niño difícil y el estrés total.

Objetivo 3: Describir los rasgos de personalidad de ansiedad, extraversión, socialización controlada e independencia, tanto de la madre como del padre.

Objetivo 4: Describir las variables contextuales del hogar centrándonos en la cantidad de estimulación y el apoyo que el niño con SD recibe en el hogar.

Segunda Hipótesis: La calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Objetivo 1: Analizar si la seguridad del apego en el niño con SD se relaciona con los rasgos de personalidad de sus progenitores.

Objetivo 2: Comprobar que existe relación entre la seguridad del apego que existe en el niño con SD con su progenitor y el grado de estrés parental.

Objetivo 3: Identificar si la seguridad del apego en el niño con SD se relaciona con la estimulación y el apoyo que el niño recibe en el hogar.

Tercera Hipótesis: La seguridad y la dependencia en las relaciones de apego que mantienen los niños con SD y sus padres, se pueden predecir a partir de los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Objetivo 1: Generar modelos predictivos entre la seguridad y la dependencia de cada uno de los progenitores con los rasgos de personalidad de sus progenitores, el grado de estrés parental y la estimulación y el apoyo que el niño recibe en el hogar.

3.3. Diseño experimental y fases del estudio

El paradigma de la presente investigación es empírico-analítico, siguiendo un diseño cuasiexperimental, en el cual se ha seleccionado la muestra de manera no probabilística. La técnica para la recogida de información de los padres es objetiva, donde se han utilizado como instrumentos cuatro tests estandarizados y cuyas técnicas de análisis de datos son descriptivas e inferenciales (análisis cuantitativo).

Para su realización, se planificó una serie de fases a seguir durante la investigación (consultar tabla 1)

Tabla 1. Secuenciación de las fases de investigación

FASE	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Formulación teórica	<p>Definir el objeto de estudio.</p> <p>Hacer una revisión teórica.</p> <p>Formarse en la temática.</p> <p>Comprobar las líneas de investigación en el ámbito de estudio de interés.</p> <p>Enmarcar el proyecto.</p>	<p>Se debatió y reflexionó sobre el objetivo, con las directoras de la investigación.</p> <p>Se realizó una búsqueda bibliográfica en internet y en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga, consultando artículos, publicaciones, tesis, etc, en diferentes bases de datos.</p>
Diseño de la investigación	<p>Planificación de las distintas fases de investigación.</p> <p>Definir qué información se recogía en cada fase.</p> <p>Selección de los instrumentos de recogida de información.</p>	<p>Se secuenciaron los distintos objetivos y actividades que se pretenden alcanzar en cada fase.</p> <p>Se decidieron los instrumentos concretos que respondieran a los objetivos del estudio.</p>
Contacto con colaboradores	<p>Contactar con la persona de referencia de cada Asociación y Centro de Atención Temprana colaborador.</p> <p>Presentación del Proyecto, fases y objetivos, así como aspectos concretos de su colaboración.</p> <p>Establecimiento de la composición de la muestra definitiva.</p>	<p>Se les facilitó el esquema de las actividades a realizar en las tres fases diseñadas y su actividad concreta de participación.</p> <p>Aplicación de la escala Brunet-Lezine a cada niño con Síndrome de Down y edad cronológica máxima de tres años, por parte de las terapeutas de cada niño.</p> <p>Recabar la conformidad firmando el consentimiento informado de cada participante</p>

Recogida de información	Recogida de la información, en la secuenciación establecida y a cargo de la investigadora, en contacto permanente con los participantes.	Se aplicaron los tests estandarizados seleccionados.
Análisis de la información	Análisis de los datos con el paquete informático SPSS.22.	Se analizaron los datos con el software SPSS.22.
Interpretación de resultados	Interpretar y conceptualizar los resultados obtenidos tras el análisis de la información	Se definieron las conclusiones de la fase siguiente.
Discusión y Conclusiones	Discutir los resultados del trabajo, a fin de responder a los objetivos planteados.	Se reflexionó sobre los resultados obtenidos y se definieron futuras líneas de investigación.

3.4. Descripción de la muestra

El tamaño muestral del estudio es de 49 participantes, compuesta por 25 madres y 24 padres, procedentes de 24 triadas (niño-madre-padre) y 1 diada (niño-madre), la cual fue seleccionada siguiendo la *técnica no probabilística de incidental*. Para ello, se contactó con diversas Asociaciones de Síndrome de Down y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para que comunicasen e invitasen a familiares de niños con SD a participar en el estudio. Tanto las Asociaciones y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana como las familias que colaboraron lo hicieron de forma voluntaria, y dieron su conformidad firmando el consentimiento informado en el que se describían las condiciones de su participación en el proyecto. De ese modo, se obtuvieron 15 familias participantes procedentes de Málaga, 5 de Granada, 3 de Córdoba y 2 de Jaén.

Los niños con SD debían cumplir con una serie de requisitos, con el motivo de conseguir una mayor homogeneidad en la muestra estudiada. Dichos criterios de inclusión en la selección de la muestra obedecen tanto a variables relacionadas con el proceso de formación del vínculo, como a la discapacidad intelectual asociada a la

población objeto de estudio. En concreto, las características de los niños pertenecientes a las familias objeto de estudio fueron: 1) tener un diagnóstico de Síndrome de Down; 2) edad cronológica máxima de 36 meses; 3) edad de desarrollo comprendida entre los 9 y 24 meses; y 4) una diferencia máxima de 1 año entre ambas edades (madurativa y cronológica).

La discapacidad intelectual que presentan los niños con Síndrome de Down hizo plantear la necesidad de establecer esa diferencia máxima de un año entre la edad de desarrollo y la edad cronológica. En otro sentido, se tuvo en cuenta que entre los 6 y 9 meses, la conducta de apego se manifiesta con mayor regularidad e intensidad, siendo a partir de los 12 meses de edad cuando aparece y se establece como tal, el vínculo de apego.

Los datos que a continuación se exponen, se recabaron a través de entrevistas realizadas a los padres y terapeutas de los niños, los cuales aportaron la información necesaria para describir la muestra.

a) Descripción de los niños.

De los 25 niños seleccionados, 13 son niñas (el 52%) y 12 niños (el 48%). La media de edad cronológica es de 25.20 meses (DT= 7.77, ET= 1.55, Rg: 12-45), (ver imagen 1). En relación a la edad de desarrollo total, la media es de 16.92 meses (DT= 7.77, ET= 1.55, Rg: 9.1-24.4).

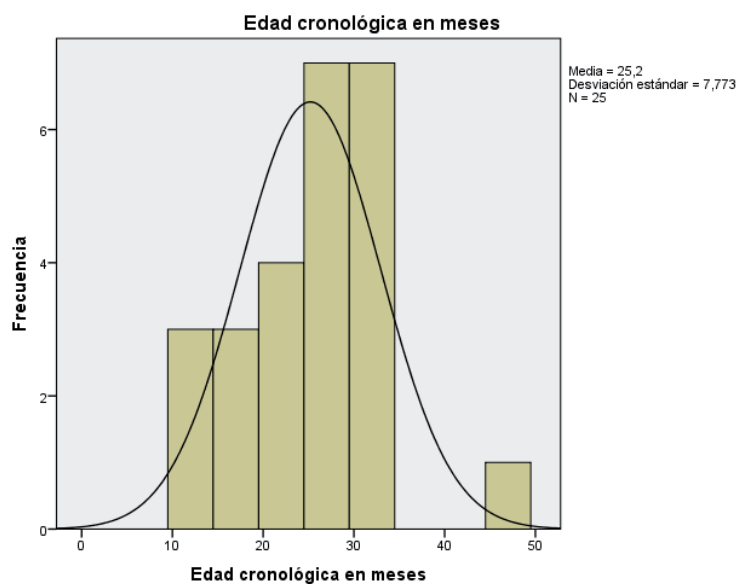


Imagen 1. Distribución en porcentajes de la edad cronológica de los niños.

Pormenorizando los datos relativos a la edad de desarrollo, las medias indican que el área perceptivo-cognitiva es la que presenta mayor puntuación, seguida de la motora, la social y la del lenguaje (consultar tabla 2 y ver imagen 2).

Tabla 2.
Estadísticos de las edades cronológicas y de desarrollo (Brunet-Lezine) de los niños seleccionados para el estudio.

Estadísticos de las edades en meses							
		Edad Cronológica	Edad de Desarrollo (Brunet-Lezine)				
			Total	Motora	Cognitiva	Lenguaje	Social
N	Válido	25	25	25	25	25	25
	Media	25.20	16.916	16.084	18.828	15.880	15.960
	Error estándar de la media	1.555	.9802	1.1519	1.7463	1.0713	.9037
	Mediana	26.00	17.600	13.000	18.500	17.000	15.500
	Moda	26	9.1 ^a	10.0	24.0	20.0	10.0 ^a
	Desviación estándar	7.773	4.9010	5.7595	8.7313	5.3566	4.5183
	Mínimo	12	9.1	10.0	9.0	8.0	9.0
	Máximo	45	24.4	27.0	25.0	24.0	27.0

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

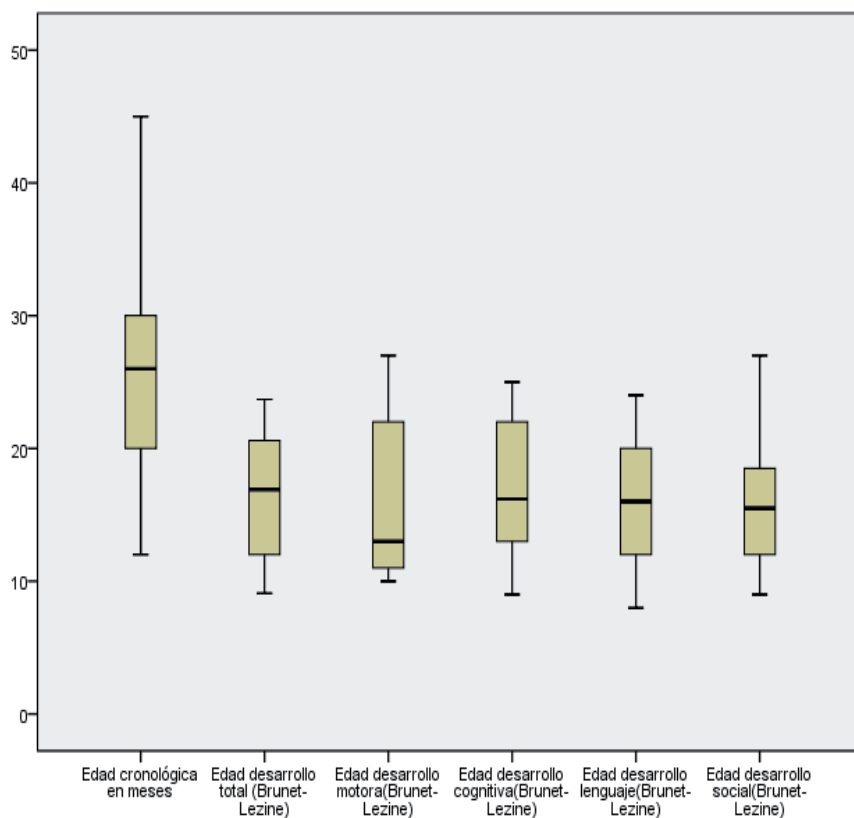


Imagen 2.
Comparativa de las edades medias cronológicas y madurativas de los niños.

Así, la edad media de desarrollo cognitivo es de 18.83 meses (DT= 7.73, 1.75 ET= 1.75, Rg: 9-25), habiendo una diferencia de 16 meses entre el niño más maduro y el menos maduro cognitivamente. La edad media de desarrollo motor es de 16.08 meses (DT= 5.76, ET= 1.15, Rg: 10-27), habiendo una diferencia de 17 meses entre el niño que presenta menor desarrollo y el que presenta mayor desarrollo en esta área (ver imagen 3).

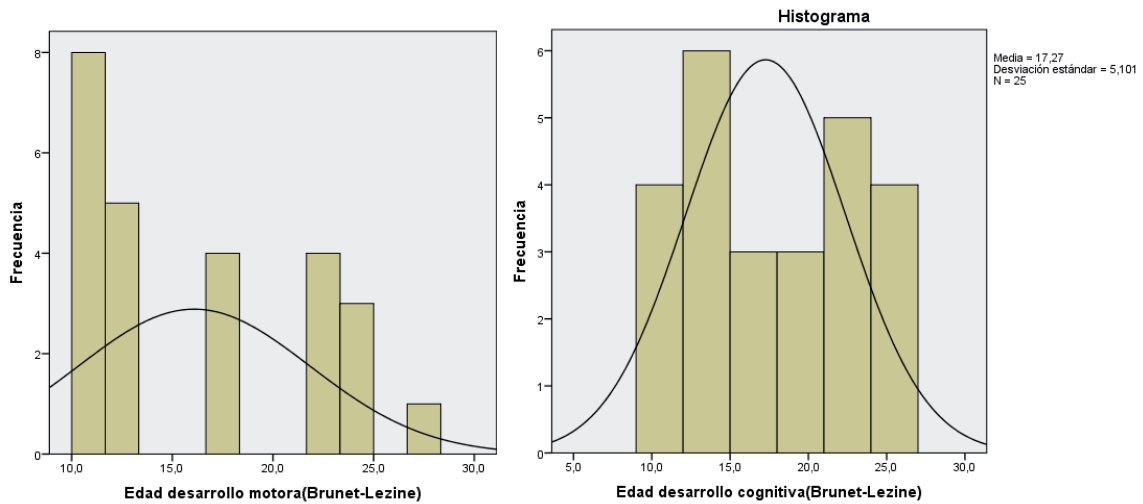


Imagen 3. Distribuciones de las edades madurativas cognitiva y motora de los niños.

La edad media de desarrollo social es de 15.96 meses (DT= 4.52, ET= .90, Rg= 9-27), con una diferencia de 18 meses entre el niño menos maduro y el más maduro. Finalmente, la media de desarrollo del lenguaje es de 15.88 meses (DT= 5.35, 1.07 ET= 1.07, Rg= 8-24), habiendo una diferencia de 16 meses entre el niño menos maduro y el más maduro (ver imagen 4).

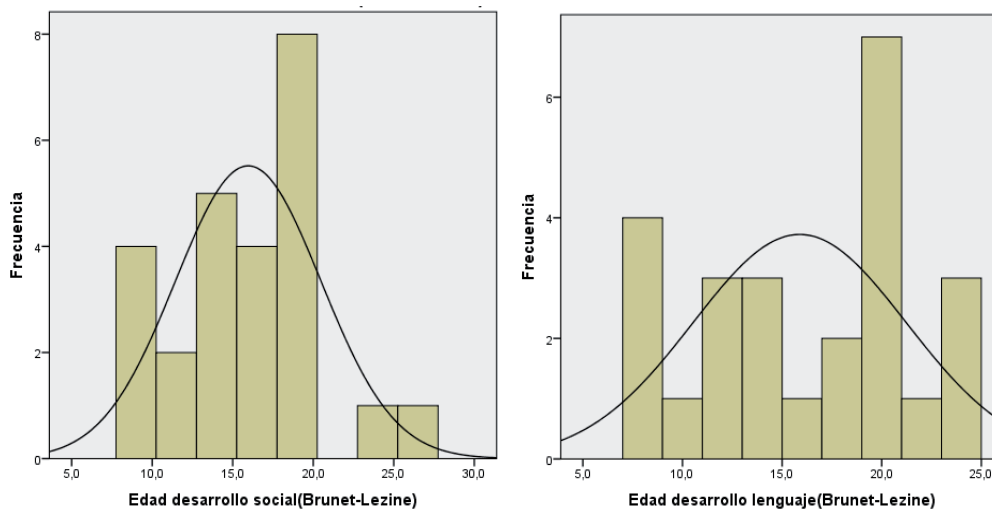


Imagen 4. Distribución de las edades de desarrollo social y del lenguaje de los niños.

La mayoría de los niños son dos hermanos en la familia (13 niños), seguido de los hijos únicos (7 niños), tres hijos (2 niños), y sólo en un caso son 12 hermanos en su familia. En relación al lugar de fratría, de los 25 niños, 11 son hijos únicos o el hermano mayor (ocupan el primer lugar entre los hermanos), 9 ocupan el segundo lugar, 2 el tercero y 1 el duodécimo lugar entre sus hermanos.

b) Descripción de los progenitores.

De los 49 participantes, 25 son mujeres y 24 hombres, cuya media de edad de las madres es de 38.08 años (DT=6.12, ET=1.22, Rg: 24-49) y de los padres 38.46 años (DT=5.52, ET=1.13, Rg: 29-50). Como muestran los datos, la característica de edad, entre las mujeres y hombres participantes, es muy similar.

Al informar la familia sobre cuál de los progenitores desempeñaba el papel de figura de apego principal, casi todas las familias participantes informaron que era la madre (23), exceptuando 2 familias en las cuales ese papel predominante lo desempeñaba el padre. En concreto, uno de los padres que era la figura predominante de apego, se encontraba en paro, para dedicarse al niño en exclusividad.

En relación a la situación laboral de los progenitores, la mayoría se encuentran en activo, habiendo más padres (23 de ellos) que madres (15 de ellas) trabajando fuera de la casa. En el caso de los progenitores en paro (10 en total), casi todas corresponden a las madres, habiendo así, sólo un caso en los padres.

Respecto al nivel de estudios de los progenitores, se encuentran niveles muy similares entre ellos. En el caso de las madres, la mayoría tienen el Bachiller o Formación Profesional (10 casos), seguido de 8 que tienen estudios medios o superiores, y 6 que tienen un nivel de estudios primarios o no tienen estudios. En el caso de los padres, la mayoría tienen el Bachiller o Formación Profesional (11 casos), siendo igual el número de padres que tienen estudios medios o superiores (6 casos) y los que tienen un nivel de estudios primarios o no tienen estudios (6 casos).

3.5. Descripción de los instrumentos de medida.

Previo a la recogida de información de los padres de niños con SD, necesaria para el presente estudio, se hizo uso de la Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia (Brunet & Lezine, 1971, y la revisada, 1997). Dichas escalas se aplicaron a niños con SD, como técnicas de cribado, con el fin de valorar su edad de desarrollo, la cual debía oscilar, como se ha indicado anteriormente, entre 9 y 24 meses para ser seleccionados sus padres como participantes de la investigación.

Posteriormente, a los padres se les pasaron cuatro pruebas que sirven para responder a las hipótesis planteadas (consultar tabla 3)

Tabla 3. Instrumentos de recogida de información

Participantes a los que se dirige	Información que recoge	Test estandarizado
Niños con SD	Edad madurativa del niño con SD	Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia (Brunet & Lezine, 1971) y la revisada (1997)
Madre y Padre de los niños con SD	Estilo de apego entre la madre/padre y el niño	Q-set de Waters y Deane (1985), siguiendo la metodología de clasificación Q-sort.
	Estrés parental ante su rol como madre/padre	Parenting Stress Index (PSI, Abidin, 1995), en su versión reducida
	Rasgos de personalidad	Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF (adolescentes y adultos) de Cattell (1988)
	Ambiente familiar en el hogar	Medida del contexto familiar mediante la Escala H.O.M.E de B.M. Caldwell y Bradley (1984)

A continuación se presentan detalladamente cada uno de los instrumentos utilizados.

A) Instrumento de evaluación para seleccionar los familiares de los niños con SD: Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia (Brunet, & Lezine, 1971) y la revisada (Josse, 1997).

Esta prueba mide el desarrollo de los niños mediante la valoración de cuatro áreas, en torno a las cuales se agrupan los ítems: motricidad y control postural (P), Coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos (C), Lenguaje (L) y Socialización o relaciones sociales y personales (S).

Consta de tres partes: una escala que se aplica de 1 a 30 meses y dos series de pruebas complementarias. La primera serie se utiliza para realizar el examen del niño desde los 24 meses a los 5 años y comprende seis ítems por edad y la segunda, consta de 4 ítems para los niveles de 3, 4, 5 y 6 años.

La escala consta de una parte experimental en la que se comprueban una serie de pruebas en el niño y otra en la que se observa el comportamiento del niño en la vida cotidiana mediante preguntas formuladas a los padres.

Dicha escala proporciona un cociente por cada una de las cuatro áreas de desarrollo, así como para el total de los ítems de la escala (cociente de desarrollo global), resultado de dividir la edad de desarrollo por la edad real o cronológica del niño. Dichos cocientes permiten identificar la edad de desarrollo correspondiente a cada una de las áreas, así como una puntuación global que indica la edad global de desarrollo.

Los ítems son de repuesta cerrada, con puntuación binaria, cuya valoración será asignada por el evaluador en función de si el niño logra o no la acción evaluada. Los ítems de cada área se encuentran distribuidos, por edades, desde el 1 a los 10 meses y en los 12, 15, 18, 21, 24 y 30 meses estando cada edad compuesto por 10 ítems. La forma de administración de esta escala es individual.

La fiabilidad test-retest presenta una correlación de un .85 entre las dos series de resultados (Brunet & Lezine, 1951, 1964).

La nueva versión de la escala abarca las edades de 0 a 30 meses (según versión original de 1951) y mantiene parte del contenido original de la escala de desarrollo psicomotor Brunet-Lézine y su principio de construcción. Los ítems son de respuesta cerrada, con puntuación binaria, cuya valoración será asignada por el evaluador en función de si el niño logra o no la acción evaluada. Los ítems de cada área se encuentran distribuidos, por edades, desde los 2 a los 10 meses (en esta versión se eliminan los elementos del primer mes) y en los 12, 14, 17, 20, 24 y 30 meses estando cada edad constituida por 10 ítems. La forma de administración de esta escala es individual.

La escala revisada está formada, únicamente, por una parte experimental en la que se comprueban una serie de pruebas en el niño.

Tal como se expone en el manual de esta escala: “Noventa y ocho ítems exactamente idénticos a los de 1951 tanto para la instrucción como para la puntuación. Diez y nueve ítems de la versión antigua, pero modificados [...]” (Josse, 1997, p. 31). Es decir, hay noventa y ocho ítems idénticos, diecinueve ítems de la versión antigua, pero modificados y treinta y tres nuevos. Aunque existen algunas diferencias, ambas escalas pueden ser útiles para el cribado de los niños debido a que identifican la edad madurativa de los mismos.

La información sobre las características psicométricas de esta escala es escasa, salvo la que viene reflejada en el manual de la misma. Respecto a la fiabilidad test-retest esta versión tiene una media de 0.70. La fiabilidad interna se encuentra entre los valores .69 a .87. La validez interna calculada entre los cocientes obtenidos en las distintas escalas oscila entre los valores .24 a .67 (Josse, 1997, (s.f.); Costas, 2009).

B) Instrumentos de evaluación dirigidos a los progenitores

Como se ha indicado anteriormente, son cuatro las pruebas que se pasaron a los padres de los niños seleccionados para la presente investigación, los cuales se describen a continuación.

1.- Attachment Behavior Q-sort, AQS (*Waters 1987, versión 3.0*).

Evalúa un rango de dimensiones (Seguridad, Sociabilidad y Dependencia) que reflejan el fenómeno de base segura o la conducta asociada con ella, entre las edades de 12 a 48 meses.

La elección de este instrumento dependió de factores como la edad de los participantes y de los recursos económicos y temporales de los que se disponía. Así mismo, en su aplicación, se tuvieron en cuenta específicamente las dimensiones de Seguridad y Dependencia, por ser las que aportaban información sobre la validez del vínculo afectivo.

Este instrumento está constituido por 90 ítems que recogen información sobre el sistema conductual de apego, la emocionalidad, la interacción social, la calidad de manipulación de los objetos, la dependencia/independencia, la percepción social y la vulnerabilidad/resistencia. Estos ítems pueden ser clasificados por observadores independientes o por los padres, quienes deberán clasificar cada uno de los ítems teniendo en cuenta la frecuencia del comportamiento observado en el niño.

El procedimiento consiste en la clasificación, por parte del observador, de 90 tarjetas que describen comportamientos típicos y atípicos de un niño seguro, en tres grupos de 30 tarjetas en función de lo representativos que sean de la conducta del niño evaluado. A su vez, las conductas que componen cada uno de los tres grupos se vuelven a clasificar en otros tres grupos de modo que, esta vez, quedan 10 tarjetas cada una obteniendo, finalmente, un total de nueve grupos de ítems clasificados en función de su tipicidad en la conducta del niño.

La forma en la que se hayan clasificado los ítems y el lugar que ocupen cada uno de ellos en la clasificación determinará la puntuación obtenida por el niño en las dimensiones de Seguridad y Dependencia.

De esta manera, tras realizar los registros oportunos de las clasificaciones resultantes, en una hoja de codificación, se asignan puntuaciones entre 7 y 9

según sean típicos, muy típicos o extremadamente típicos, respectivamente; los que no sean nada frecuentes en el niño se colocan en el extremo opuesto y se asignan puntuaciones que oscilan entre 1 y 3 en función de su infrecuencia (1: extremadamente atípicos, 2: muy atípicos y 3: bastante atípicos), y los ítems que describen comportamientos que no son ni típicos ni atípicos se colocan en el centro y se le asignan puntuaciones que oscilan entre 4 y 6, en función de los criterios descritos anteriormente.

Las puntuaciones obtenidas para un sujeto particular se contrastan, mediante correlaciones de Pearson, con las puntuaciones criterio elaboradas por psicólogos expertos en psicología del desarrollo. A estos expertos se le pidió que clasificaran los 90 ítems atendiendo al comportamiento que hipotéticamente se debería encontrar en un sujeto muy seguro o muy dependiente, lo que ha dado lugar a los constructos de Seguridad y Dependencia. Los coeficientes de correlación obtenidos representan las puntuaciones del niño, en cada dimensión, de forma que, los constructos de Seguridad y Dependencia son ortogonales, cuanto mayor es la puntuación de Seguridad menor será la de Dependencia y viceversa.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario, vienen reflejadas en diferentes estudios. Así, por ejemplo, según el trabajo de Teti y McGourty (1996) la fiabilidad interobservadores, oscila entre .72 y .95. Con respecto a la estabilidad a corto plazo de las puntuaciones en seguridad obtenidas por los padres existe una gran variabilidad entre los estudios .04 a .75 (Bretherton et al., 1990; Teti, Sakin, Kucera, Corns & Das Eiden, 1996; van Dam & van IJzendoorn, 1988; van IJzendoorn et al., 2004). En cuanto a la fiabilidad largo plazo, Belsky y Rovine (1990) encontraron índices de bajos a moderados entre los 12 y 36 meses de edad (madres: $r = .23$; padres: $r = .53$).

En relación con la validez transcultural, aunque la estructura de los datos es parecida de una cultura a otra, las correlaciones de las madres entre distintas culturas no son demasiado altas, desde .15 a .32 (Pederson & Moran, 1995, 1996; Posada, Jacobs, Carbonell, Alzate, Bustamante & Arenas, 1999; Posada et al., 2002).

2.- *Cuestionario Parenting Stres Index-Short Form-PSI-SF (Abidin, 1995).*

Este cuestionario, evalúa el grado de estrés parental, es decir, el estrés que la figura paterna/materna puede presentar en el ejercicio de su rol como padre/madre.

Este cuestionario, con 120 ítems, en su versión completa, pretende determinar las causas de una actuación disfuncional de los padres en sus interacciones con los hijos, planteándose que el estrés total que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad puede estar provocado por diferentes factores como ciertas características del niño, características de los propios padres y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el papel de ejercer de cuidador principal.

La versión reducida de este cuestionario, que es la que se ha empleado en este trabajo (Abidin en 1995), consta de 36 afirmaciones a las que los padres deben responder en una escala tipo Likert de 5 puntos en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas (muy de acuerdo; de acuerdo; no estoy seguro; en desacuerdo; muy en desacuerdo). Esta versión aporta tres subescalas de 12 ítems cada una. A continuación describiremos brevemente cada una de ellas:

- *Malestar Paterno* (ítems del 1 al 12): Determina el grado de malestar que experimenta un progenitor al ejercer el papel de padre, pudiendo éste estar provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel (sentido de competencia, tensiones asociadas con las restricciones impuestas a otras funciones que desarrollamos en la vida, conflictos con el otro padre del niño, falta de apoyo social, depresión, etc.).
- *Interacción Disfuncional Padres-Hijo* (ítems del 13 al 24): Se centra en la percepción que los padres tienen del grado en que su

hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona en tanto que padres. El padre que puntúa alto en esta escala proyecta el sentimiento de que su hijo es un elemento negativo para su vida, se ve a sí mismo como rechazado o sometido a abusos por su hijo, pudiendo encontrarse amenazado el vínculo con él.

- *Niño Dificil* (ítems del 25 al 36): Esta escala ofrece una valoración basada en la percepción de los progenitores en cuanto a la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen. Pero también se incluyen una serie de patrones o pautas aprendidas de conducta desafiante y de desobediencia. Las puntuaciones altas en esta variable sugieren que los niños pueden estar sufriendo problemas importantes en los procesos y mecanismos de autorregulación.

A partir de la combinación de estas tres subescalas se obtiene una información final global sobre el nivel de *Estrés Total*. La puntuación en esta variable indica el grado de estrés que está experimentando el progenitor al desempeñar su papel como padre. Más concretamente, esta valoración refleja las tensiones que se registran en las áreas de malestar personal del padre, las tensiones derivadas de la interacción que mantiene con el hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño.

Respecto a las características psicométricas del cuestionario indican que los coeficientes de consistencia interna fueron .87 para la dimensión *Malestar Materno*, .80 para la de *Interacción Disfuncional padres-Hijo* y .85 para la tercera dimensión, *Niño difícil*. La correlación entre las puntuaciones totales de la forma completa y abreviada del PSI fue de .94 (Abidin, 1995).

Las propiedades psicométricas de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form (Solís & Abidin, 1991; Oronoz, Alonso-Arbiol & Balluerca, 2007), utilizada en este trabajo, revelan índices de homogeneidad entre 0.3 y 0.7. La consistencia interna es de .90 para el Estrés derivado del

Cuidado del Niño, .87 para Malestar Personal y .91 para la Escala Total (Díaz-Herrero, Brito de la Nuez, López, Pérez-López & Martínez-Fuentes, 2010)

3.- Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF de R.B. (Cattell, 1988).

Este instrumento, como es sabido, nos permite evaluar los rasgos de personalidad más fundamentales (más o menos desviados) en adolescentes y adultos.

Se trata de un cuestionario para adolescentes y adultos, con un nivel cultural equivalente al de la Enseñanza Media para las formas A y B y menor exigencia para las formas C y D. La principal diferencia entre las formas A/B y C/D es su longitud y, por tanto, el tiempo necesario para su aplicación. En él se distinguen dieciséis rasgos o factores de la personalidad, de primer orden y cuatro de segundo orden con una posible medida de la Distorsión motivacional en las formas A, C y D y de la Negación en la forma A. Puede ser aplicado de forma individual o colectiva. Está compuesta por 16 rasgos o factores de personalidad de primer orden (consultar tabla 4).

Tabla 4. Factores Primarios del 16PF

Factores	Puntuaciones
A: Sizotimia/Afectotimia	A - Alejado, reservado, crítico. A + Participativo, abierto, afectuoso.
B: Inteligencia baja/Inteligencia alta	B - Lento. B + Listo.
C: Poca fuerza del ego/Mucha fuerza del ego	C - Poco estable emocionalmente. C + Emocionalmente estable.

E: Sumisión/Dominancia	E - Dócil, acomodaticio. E + Independiente, competitivo.
F: Desurgencia/Surgencia	F - Sobrio, serio. F + Descuidado, entusiasta.
G: Poca fuerza del superego/Mucha fuerza del superego	G - Poca socialización en normas y obligaciones. G + Formal, moralista.
H: Treccia/Parmia	H - Tímido, susceptible. H + Atrevido, desinhibido.
I: Harria/Premia	I - Sensibilidad dura, realista. I + Afectado por los sentimientos.
L: Alaxia/Protensión	L - Confiable, adaptable. L + Suspica.
M: Praxernia/Autia	M - Práctico. M + Imaginativo, abstraído.
N: Sencillez/Astucia	N - Natural, auténtico. N + Calculador, atento a lo social.
O: Adecuación imperturbable/Tendencia a la culpabilidad	O - Apacible, seguro de sí. O + Aprensivo, preocupado.
Q ₁ : Conservadurismo/Radicalismo	Q ₁ - De ideas arraigadas. Q ₁ + Analítico-crítico, experimental.

Q ₂ : Adhesión al grupo/Autosuficiencia	Q ₂ - Socialmente dependiente. Q ₂ + Independiente, autosuficiente.
Q ₃ : Baja integración/Mucho control de su autoimagen	Q ₃ - Descuidado de las reglas sociales. Q ₃ + Socialmente adaptado.
Q ₄ : Poca tensión energética/Mucha tensión energética	Q ₄ - Relajado. Q ₄ + Tenso.

Fuente: Cattell, 1988.

Los rasgos o factores de segundo orden se calculan a partir de las puntuaciones típicas, decatipos, obtenidas en los factores de primer orden y son los siguientes:

Factor Q_I. Ansiedad.

Una puntuación baja puede reflejar a una persona tranquila y conforme, que disfruta con su vida tal cual es. Una puntuación excesivamente baja puede indicar falta de motivación ante las tareas difíciles. La persona que tiene una puntuación alta indica gran ansiedad que aunque puede ser ocasional, puede reflejar algún desajuste. En el extremo puede dar lugar a desajustes fisiológicos y de la conducta.

Factor Q_{II}. Introversión/Extraversión.

Una puntuación baja parece indicar una tendencia a ser reservado, autosuficiente e inhibido en las relaciones sociales. En el lado de la extraversión puede ser indicio de una persona socialmente desenvuelta. En ambos casos, a un lado y otro del continuo, puede ser algo positivo o negativo para la persona en cuestión en función de la situación particular.

Factor Q_{III}. Poca/Mucha socialización controlada.

La persona que puntúa bajo puede despreocuparse de las normas y actuar de manera personal, pudiendo llegar a suponer una conducta poco social

y descuidada e incluso desajustada. Cuando la puntuación es alta la persona puede ser escrupulosa, prudente y acomodaticia.

Factor Q_{IV}. Pasividad/Independencia.

Un bajo resultado puede manifestar dependencia, necesidad del apoyo del otro orientando su comportamiento hacia las personas que le hagan sentirse seguro. Un resultado elevado, en las puntuaciones, puede indicar que la persona es independiente, emprendedora y con iniciativa.

Cada ítem de este cuestionario tiene una respuesta cerrada de tipo politómica, en función del contenido específico de cada uno. Ejemplos ilustrativos serían: “Poseo suficiente energía para enfrentarme a todos mis problemas (A. Siempre; B. Frecuentemente; C. Raras veces)”. “Preferiría tener una casa (A. En un barrio con vida social; B. Térmico medio; C. Aislada en el bosque)”.

La fiabilidad obtenida mediante el test-retest, en intervalos de 2 a 7 días (coeficiente de permanencia) se encuentra entre .67 y .86; en períodos de 2 a 48 meses es de .63 a .88. Existe consistencia interna, pues existe concordancia de puntuación factorial con el propio instrumento (Cattell, Eber & Tatsuoka, 1980).

La validez está fundamentada en el propio proceso de análisis y selección de los reactivos (O'Dell & Karson, 1969; Cattell & Krug, 1986). Tanto para la *validez directa* mediante la correlación entre las puntuaciones directas y los factores puros como para la validez indirecta, relacionando las escalas del 16PF con un grupo representativo de variables psicológicas diversas, las correlaciones oscilan entre .63 y .96. Tanto en la validez directa como en la indirecta, los índices más elevados corresponden a las escalas A y F y los más bajos a las escalas M, N, O y Q₁ (Cattell, 1988).

4.- Escala HOME (Caldwell y Bradley, 1984).

Se trata de un instrumento de observación sistemática que evalúa el contexto familiar, en concreto la calidad y cantidad de la estimulación y el apoyo que el niño recibe en su casa.

El objetivo de utilizar la escala HOME es conocer cómo es el ambiente familiar del niño en su hogar, puesto que su desarrollo depende de la estimulación que le llega de los objetos, los acontecimientos y las relaciones que se dan en el entorno familiar.

Esta escala es aplicada por un observador formado durante una visita al hogar. Éste, creando una relación positiva con los padres podrá responder a las diversas cuestiones planteadas por la escala.

Mediante una entrevista semiestructurada se pregunta a la madre/padre por una serie de cuestiones cuya respuesta viene determinada en una escala dicotómica. En consecuencia, los ítems son de respuesta cerrada, con puntuación binaria, como presentes o ausentes. La puntuación de cada subescala es el resultado de la suma de los ítems que en esa subescala han sido contestadas de forma positiva. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de las que consta esta escala.

La suma de las respuestas afirmativas directas, se sitúan en un rango percentil de 25, 50 y 75 y que se identifican como: bajo (0-25); medio (25-50) y alto (75-100).

En el presente estudio se utiliza la versión dirigida a niños que tienen entre 0 y 3 años. Específicamente, consta de 40 ítems que recogen información mediante seis subescalas:

1) Respuesta verbal y emocional de los padres, contiene 11 ítems (ej. “El habla de la madre es marcada, clara y audible).

2) Aceptación del niño o evitación de la restricción o castigo, compuesta por 8 ítems (ej. “La madre regaña al niño durante la visita”).

3) Organización del ambiente físico y temporal, formada por 6 ítems (ej. “El niño sale de casa, al menos, cuatro veces por semana”).

4) Provisión apropiada de materiales de juego, contiene 4 ítems (ej. “ofrece equipo de aprendizaje apropiado para la edad”).

5) Padres implicados con los niños, compuesta por 6 ítems (ej. “Si la madre/padre refuerza los avances del niño”).

6) Oportunidades para la variación y estimulación diaria, formada por 5 ítems (ej. “Si el niño come, al menos una vez al día, con su padre y su madre juntos ¿cuántas veces?”).

Las propiedades psicométricas de la HOME reflejan una Fiabilidad (coeficiente KR-20) de .89 para el total de la escala y un promedio de .70 para las seis subescalas. La fiabilidad test- retest, en el intervalo entre los 6 y 12 meses es de .57 y entre a los 12 y 24 meses de .76 (Caldwell & Bradley, 1984, 1993; Saudino & Plomin, 1997; Holditch-Davis, Tesh, Goldman, Miles & D’Auria, 2000).

3.6. Procedimiento de recogida de información.

Para la obtención de los datos se temporalizó la aplicación de los instrumentos, en tres semanas para cada participante, cada sesión semanal de una duración aproximada de entre tres y cuatro horas. Se contactó con las distintas Asociaciones de Síndrome de Down y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, como se ha indicado en el apartado del diseño, de forma no probabilística. Una vez que confirmaban su colaboración en la investigación, facilitaban los datos de las familias que tenían niños con Síndrome de Down, con las edades cronológicas y mentales que se requerían.

Después de conocer quiénes iban a ser las familias participantes, se acudió a los Centros de Atención Temprana y Asociaciones, para comenzar con la recogida de información. Para ello, se definieron tres fases, para cada familia, con una duración aproximada de una semana, para cada fase. Dichas fases se describen a continuación (consultar tabla 5).

Tabla 5. Fases del estudio

Fases	Objetivo	Actividades
Primera	Establecimiento de la muestra definitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar a los niños para conocer la edad madurativa de los mismos 2. Definir la figura de apego principal mediante entrevista con los padres 3. Entregar el PSI a los padres, para que lo cumplimentasen en sus casas
Segunda	Evaluación de los padres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recoger información de los padres mediante la prueba 16 PF 2. Entregar al padre/madre los ítems de la prueba Q-sort para que se familiarizasen con ellos, antes de cumplimentarla en sus hogares
Tercera	Visita al domicilio familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar la prueba Q-sort 2. Recoger información sobre el ambiente del hogar, con la HOME

A) Primera fase: establecimiento de la muestra definitiva

La primera fase se desarrolló en la Asociación SD o Centro de Atención Temprana correspondientes, previa cita telefónica con la persona de referencia de cada recurso. La terapeuta ya había evaluado previamente al niño, facilitando los datos de dicha evaluación, se definió la figura de apego principal y se entregó el Parenting Stress Index de Abidin a los padres para que lo cumplimentasen en sus casas. En concreto, el procedimiento fue el siguiente:

1.- Se aplicó la Escala para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia (Brunet-Lezine) a cada niño con SD de hasta 3 años de edad cronológica, a fin de establecer, tanto la edad global como las parciales de desarrollo. Se seleccionó, para el estudio, las familias de aquellos niños que cumpliesen con el requisito de tener una edad madurativa entre 9 y 24 meses, tras la aplicación y corrección de dicha prueba. En nuestro primer contacto la terapeuta facilitaba los resultados de la evaluación efectuada.

El hecho de que esta valoración fuese llevada a cabo por la terapeuta de cada niño, se debió a que era la persona que mejor conocía su desarrollo evolutivo, sin constituir una variable extraña durante el proceso de evaluación. Sólo en uno de los Centros, fue la investigadora del estudio quien tuvo que evaluar el desarrollo psicomotor de cada niño, para valorar si eran o no susceptibles de poder formar parte de la muestra, a causa de no disponer este Centro de la escala utilizada para el estudio.

2.- La investigadora, mantenía una primera entrevista con los padres que iban a formar parte de la investigación. En esta entrevista se establecía qué figura paterna desempeñaba el papel de figura de apego. Para ello, se les formulaba la siguiente pregunta: *“Al encontraros ambos con vuestro hijo, ¿a quién acude el niño cuando se encuentra mal, cuando está enfermo, cuando tiene hambre, cuando sufre una caída, tiene miedo, cuando quiere ir a dormir?”*

3.- Finalmente, se hizo entrega a los padres de cada niño, de dos copias de la prueba Parenting Stress Index de Abidin (PSI) para que, cada uno, la cumplimentase en su domicilio. Previamente, se les explicó la finalidad de la escala, las instrucciones sobre cómo cumplimentarla y se les pidió que fuesen entregadas a la investigadora cuando ésta acudiese a sus domicilios.

B) Segunda fase: evaluación de los padres

La segunda fase también tuvo en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o Asociación SD correspondientes, donde la investigadora recogió información de los padres mediante la prueba 16 PF e hizo entrega a éstos de los ítems de la prueba Q-sort para que se familiarizasen con ellos, antes de cumplimentarla en sus

hogares. La investigadora, para facilitar la colaboración de los padres acudió el día, y a la hora, que el niño tenía sesión en el Centro. En concreto, el procedimiento fue el siguiente:

1.- La investigadora hizo entrega de una copia al padre y otra a la madre de cada niño, del test 16PF, a la vez que les explicaba las instrucciones para cumplimentarlo. Los padres cumplimentaban la prueba en dos salas distintas.

2.- Una vez terminado el proceso de cumplimentación, se entregaron dos listados de los ítems del Q-sort, uno para el padre y otro para la madre de cada niño con SD seleccionado, a fin que estuviesen familiarizados con los mismos antes de su aplicación, en la vivienda familiar.

C) Tercera fase: visita al domicilio familiar

La tercera fase se desarrolló en la vivienda familiar del niño, lugar al que se desplazó la investigadora para evaluar a los padres correspondientes con la prueba Q-sort, así como recoger información sobre el ambiente hogareño familiar. Las visitas eran previamente concertadas mediante llamadas telefónicas a la familia. El tiempo medio de permanencia, en cada hogar, era de cuatro-cinco horas aproximadamente. En concreto, el procedimiento fue el siguiente:

1.- La investigadora aplicó en el domicilio familiar y a cada progenitor, el cuestionario Q-sort. Estos lo cumplimentaban en estancias diferentes de la casa.

2.- En la misma visita al domicilio de cada niño, la investigadora aplicó la Escala H.O.M.E, tanto al padre como a la madre. Al llegar a la casa la investigadora pasaba un tiempo hablando con la familia, ésta le mostraba todas las estancias de la casa para pasar, finalmente, a explicar los pasos a seguir y comenzar a cumplimentar el Q-sort. Antes de la visita se pedía a los padres que los hermanos no estuviesen en el domicilio. La terapeuta, mientras los padres estaban trabajando, jugaba con el niño por la casa e iba cumplimentando la HOME. Los ítems que correspondían a preguntas, se les aplicaba una vez que

éstos terminaban de hacer la clasificación con el Q-sort. Antes de finalizar la visita familiar, igual que a la llegada, había un tiempo distendido de charla con los padres y el niño, lo que permitía seguir observando la interacción madre/padre con su hijo.

3.7. Análisis de los datos.

Antes de exponer las técnicas de análisis de los datos, para comprenderlas con mayor claridad, en primer lugar se presentarán las variables utilizadas en el estudio que nos ha permitido obtener la información necesaria para responder a las tres hipótesis de estudio planteadas al inicio de la presente investigación.

3.7.1. Variables de estudio

Todas las variables son de razón, cuyas puntuaciones directas son las que se han consultado para realizar los cálculos. En total, son 17 las variables objeto de estudio, las cuales se describen a continuación por instrumento de recogida de información:

Variables sobre el estilo de apego entre la madre/padre y el niño (Q-set de Waters, 1987, versión 3.0).

El estilo de apego se ha estudiado mediante las dos variables: Seguridad/Inseguridad, Dependencia/Independencia (ver imagen 5), las cuales reflejan el fenómeno de base segura o la conducta asociada con ella. Son valoradas mediante un continuo que se encuentra entre los valores -1 y +1, donde a mayor puntuación en la dimensión Seguridad, más seguro será el vínculo afectivo que establece el niño con su figura de apego, y cuanto mayor sea la puntuación en la dimensión de Dependencia, más dependiente se mostrará el niño en la relación. En consecuencia, podemos esperar, dada la forma en que está diseñado este instrumento, que el niño que reciba una clasificación de apego seguro siguiendo el esquema de Ainsworth et al. (1978), será aquel cuyas puntuaciones en la dimensión de Seguridad sean elevadas y bajas en la dimensión de Dependencia.

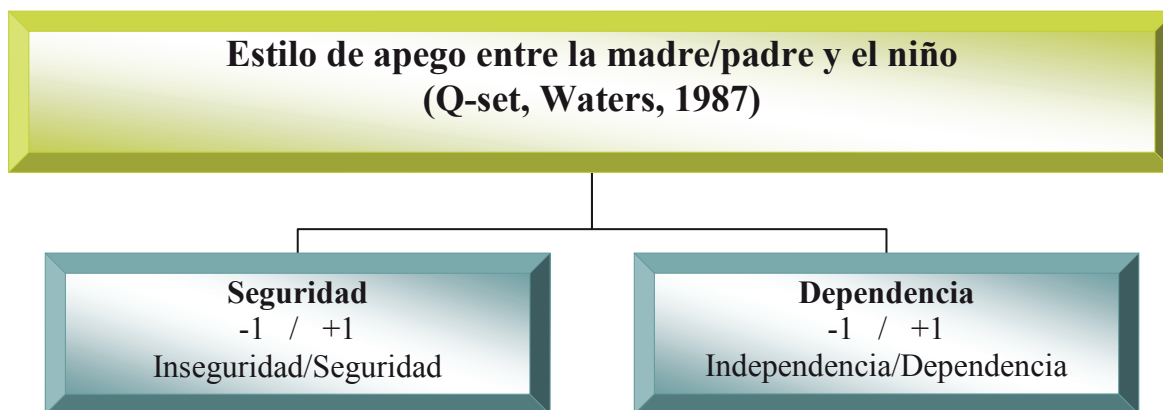


Imagen 5. Variables sobre el estilo de apego entre la madre/padre y su hijo (Q-set de Waters, 1987, versión 3.0)

Variables sobre estrés parental ante su rol como madre/padre (Cuestionario Parenting Stress Index-Short Form-PSI-SF, Abidin, 1995).

El estrés parental, es decir, el estrés que la figura paterna/materna puede presentar en el ejercicio de su rol como padre/madre, se ha estudiado mediante cuatro variables (ver imagen 6): Malestar Paterno, Interacción Disfuncional Padres-Hijo, Niño Dificil y Estrés Parental Total.

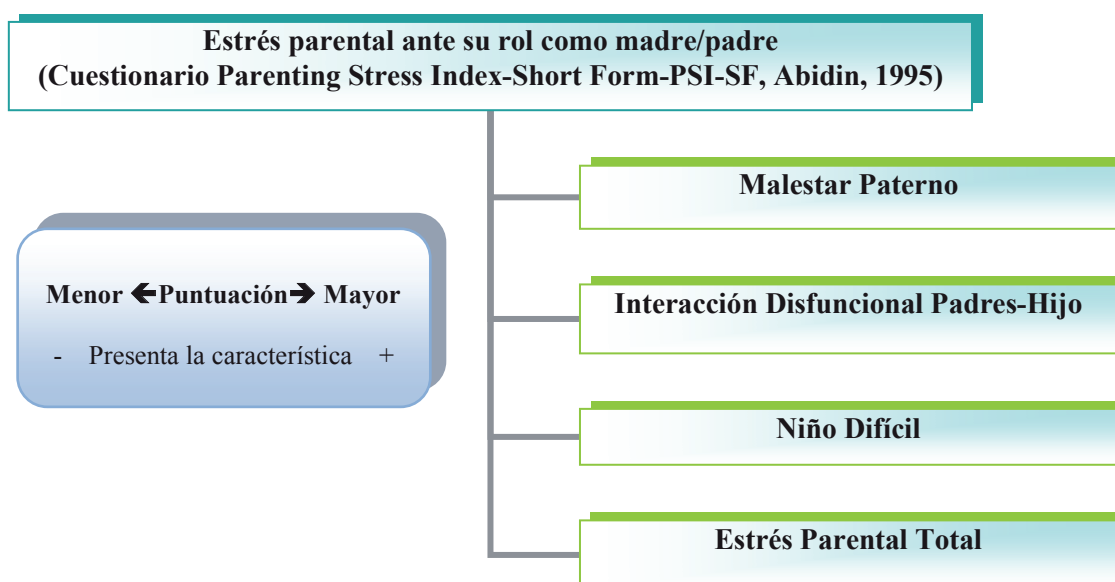


Imagen 6. Variables sobre el estrés parental ante su rol como madre/padre

La primera variable se denomina Malestar Paterno, y nos permite determinar el malestar que experimenta un progenitor al ejercer el papel de padre, provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel. La segunda variable se denomina Interacción Disfuncional Padres-Hijo, y describe la percepción que los padres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona en tanto que padres. Y la tercera variable es Niño Dificil, que nos permite conocer la valoración de cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.

En las tres variables se utilizaron las puntuaciones directas, siendo sus puntuaciones valores enteros, donde a mayor puntuación, mayor se presenta la característica en los participantes.

VARIABLES SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD DE LA MADRE/PADRE (CUESTIONARIO FACTORIAL DE PERSONALIDAD 16 PF PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS, CATTELL, 1988).

Las variables que recogieron información sobre los rasgos de personalidad que eran de interés, fueron cuatro: Ansiedad, Introversión/Extraversión, Poca/Mucha socialización controlada y Pasividad/Independencia (ver imagen 7). Las puntuaciones oscilan entre los valores 1 y 10.

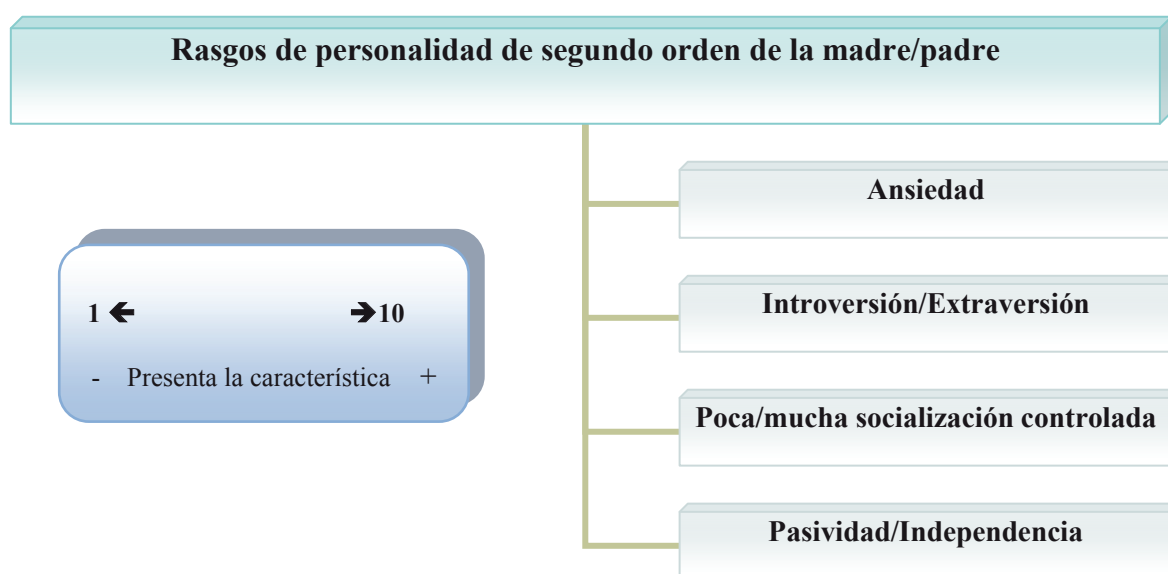


Imagen 7. Variables sobre rasgos de personalidad de la madre/padre
Fuente: Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF para adolescentes y adultos, Cattell, 1988.

En la primera variable, ansiedad, cuanto menor es su puntuación, más tranquila y conforme con su vida es la persona, y cuanto menor es la puntuación, la persona presenta una mayor ansiedad. En el caso de ser extremos dichos valores muy bajo o muy alto, la persona presenta falta de motivación ante las tareas difíciles o desajustes fisiológicos y de la conducta a causa de la gran ansiedad que experimenta, respectivamente.

En la segunda variable, Introversión/Extraversión, cuanto menor es la puntuación, la persona presenta una tendencia a ser más reservado, autosuficiente e inhibido en las relaciones sociales. Cuando mayor es la puntuación, la persona tiende a ser socialmente más desenvuelta.

En la tercera variable, Poca/Mucha socialización controlada, cuanto menor es la puntuación, la persona es más despreocupada de las normas y actúa de manera personal, pudiendo llegar a suponer una conducta poco social y descuidada e incluso desajustada. Cuando mayor es la puntuación, la variable indica que la persona es más escrupulosa, prudente y acomodaticia.

En la cuarta y última variable, Pasividad/Independencia, cuanto menor es la puntuación, la persona es más dependiente, necesita de más apoyo por parte de los que le rodean, orientando su comportamiento hacia las personas con el fin de sentirse seguro. Y cuanto mayor es el valor, la persona es más independiente, emprendedora y con iniciativa.

VARIABLES SOBRE EL AMBIENTE O CONTEXTO FAMILIAR EN EL HOGAR (ESCALA HOME, CALDWELL Y BRADLEY, 1984).

Las variables que recogen información sobre la calidad y cantidad de la estimulación y el apoyo que el niño recibe en su casa (contexto familiar) son en total siete: 1) Respuesta verbal y emocional de los padres, 2) Aceptación del niño o evitación de la restricción o castigo, 3) Organización del ambiente físico y temporal, 4) Provisión apropiada de materiales de juego, 5) Padres implicados con los niños, 6) Oportunidades para la variación y estimulación diaria, y 7) Contexto familiar total (consultar imagen 8).

Las puntuaciones oscilan en diferentes intervalos de valores, presentando en mayor medida la característica correspondiente de la variable cuanto mayor es el valor obtenido en la puntuación (ver imagen 8).

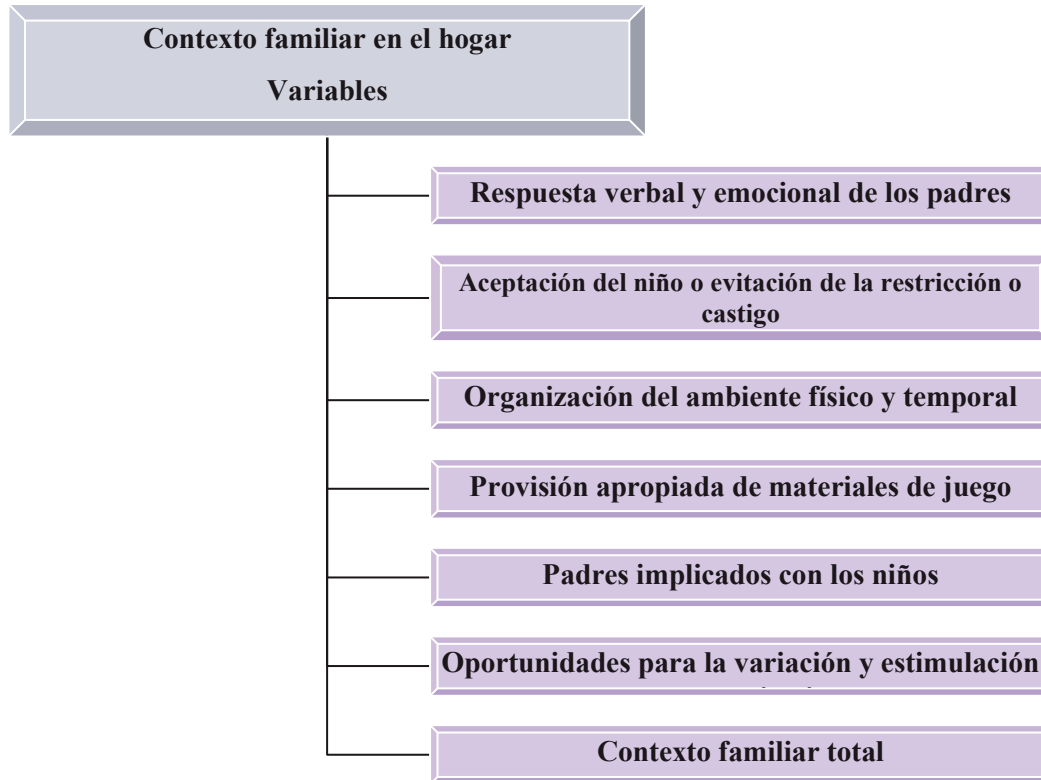


Imagen 8. Variables de las características del ambiente familiar
Fuente: Escala HOME de Caldwell y Bradley, 1984

3.7.2. Técnicas de análisis

Se han aplicado análisis descriptivos, inferencial, de correlación y de regresión lineal múltiple a todas las variables objeto de estudio (ver imagen 9), además de análisis descriptivos básicos a las variables sociodemográficas que nos permiten describir la muestra participante (media, desviación típica, error típico de la media, moda, mínimo, máximo, tablas de frecuencias).

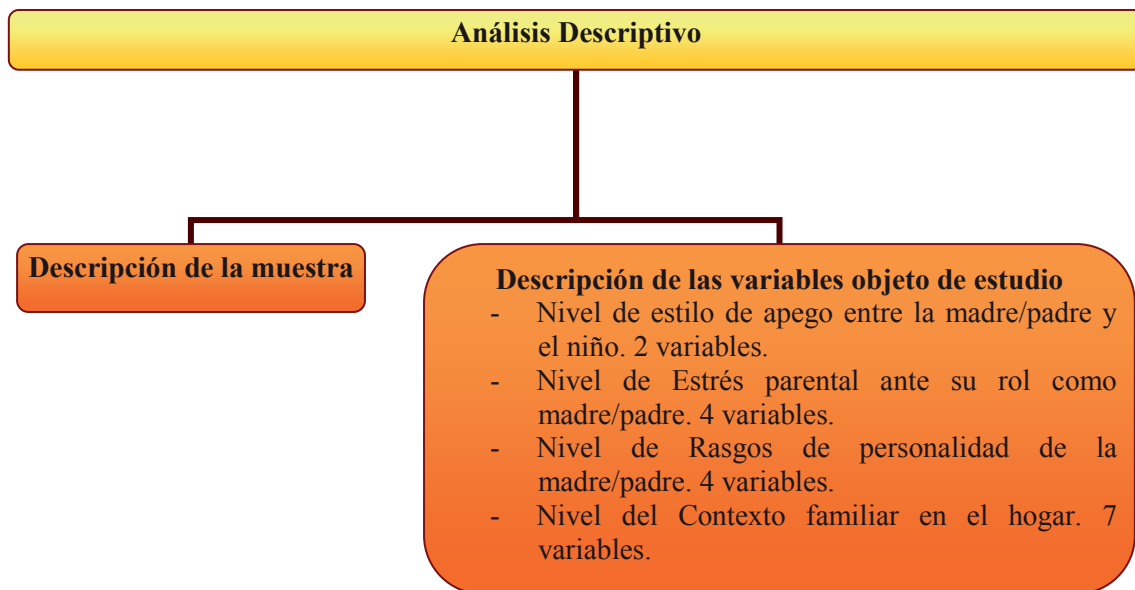


Imagen 9. Análisis Descriptivo.

En concreto, los datos sociodemográficos permitieron seleccionar los niños y conocer algunas características de sus progenitores. En el caso de los niños, se describe el género, la edad cronológica y la edad madurativa (áreas del lenguaje, socialización, cognición y motórica, variables propias de la prueba Brunet-Lezine). En el caso de sus progenitores, se describe el género, la edad, quién es la figura de apego principal, el estado laboral y el nivel de estudios (variables que se recogieron mediante una pequeña entrevista previa al estudio).

El análisis descriptivo de las variables objeto de estudio (consultar imagen 9), permiten dar respuesta a la primera hipótesis de estudio (consultar tabla 6), la cual muestra los distintos niveles de las variables obtenidos por cada progenitor, que junto con el análisis inferencial (ver imagen 10), se corrobora si las medias que se pretenden comparar son estadísticamente significativas. De ese modo, se podrá comparar las medias obtenidas por las madres con las medias obtenidas por los padres y poder lograr lo propuesto en los objetivos 1 al 5.

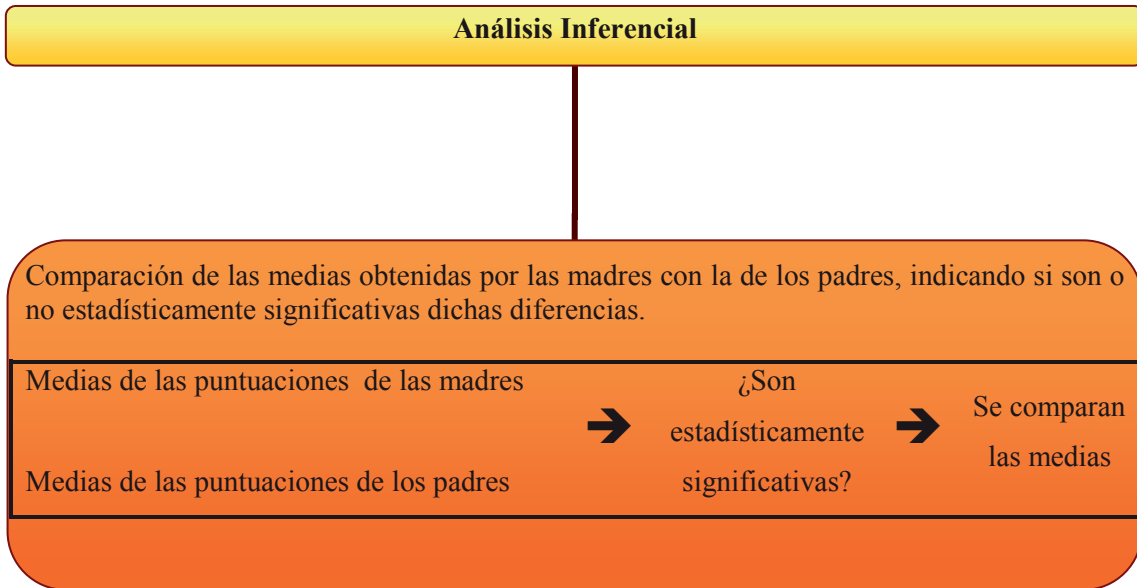


Imagen 10. Análisis inferencial.

Para el análisis descriptivo se han realizado las tablas de frecuencias y calculado diversos estadísticos de posición y de dispersión (medias, desviación típica, error de la media, mínimo y máximo), así como gráficos para su representación. Para el análisis inferencial, se compararon todas las variables de las madres *vs* padres referidas a cada niño con SD individualmente (2 muestras relacionadas) en cada uno de los cuatro instrumentos de recogida de información utilizados. Al tratarse de muestras pequeñas y ante la imposibilidad de poder cumplir los supuestos paramétricos de homoscedasticidad, independencia y normalidad se decidió utilizar la prueba no paramétrica Wilcoxon para dos muestras relacionadas, por ser la que mejor se ajusta a estas condiciones.

Tabla 6. Relación de la hipótesis 1, sus cinco objetivos y el tipo de análisis realizado.

Hipótesis 1	Objetivos	Análisis
Existen diferencias, entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer el grado de seguridad y dependencia en el apego que establece el niño con SD, con cada uno de sus progenitores. 2. Analizar el grado de estrés en ambos progenitores. 3. Describir los rasgos de personalidad, en ambos progenitores. 4. Describir el contexto del hogar, en ambos progenitores 	<p>Descriptivo Inferencial</p>

En otro sentido, se han realizado análisis correlacionales con el fin de responder a la segunda hipótesis, es decir, determinar la relación que existe entre el estilo de apego que presenta el niño con S.D y sus padres (Q-sort), con el nivel de estrés que presentan los padres ante su rol de padres (PSI), con los rasgos de personalidad de los padres (16 PF) y, por último, con el ambiente familiar que crean sus padres (HOME) y establecer cuál de las tres dimensiones es capaz de predecir con mayor precisión el estilo de apego seguridad/dependencia en madres/padres.

Para ello hemos implementado diversos cruces correlacionales entre la variable considerada criterio (estilo de apego) a través de las dimensiones de Seguridad y Dependencia, con las variables predictivas estrés total, rasgos de personalidad y ambiente de madres y padres, tomando en todos los casos los sumatorios o puntajes totales de las pruebas indicadas, o sea, PSI, 16PF y HOME (consultar tabla 7).

Para el caso que nos ocupa, hemos calculado el coeficiente de Rho de Spearman, dado que contemplamos una muestra inferior a 30 unidades, en 12 (3x4) ocasiones (todos los cruces posibles de la dimensión Seguridad madre y padre y de la dimensión Dependencia madre y padre con las 3 variables consideradas predictoras).

Tabla 7. Relación de la hipótesis 2, sus tres objetivos y el tipo de análisis realizado.

Hipótesis 2	Objetivos	Análisis
<p>La calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres, se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).</p>	<p>Analizar si el apego en el niño con SD se relaciona con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los rasgos de personalidad de sus progenitores (objetivo 1). 2. El grado de estrés parental (objetivo 2). 3. La estimulación y el apoyo que el niño recibe en el hogar (objetivo 3). 	<p>Correlacional</p>

Finalmente, se ha realizado un estudio predictivo haciendo uso del análisis de regresión lineal múltiple para dar respuesta a la tercera hipótesis (consultar tabla 8), donde se ha considerado como variables criterio la calidad de la vinculación afectiva de los niños evaluada a través de las dimensiones de Seguridad y Dependencia y como predictores los sumatorios de las puntuaciones obtenidas en los restantes instrumentos (estrés madres/padres; rasgos de personalidad de madres/padres y el ambiente familiar en el hogar de madres/padres).

Tabla 8. Relación de la hipótesis 3, su objetivo y el tipo de análisis realizado.

Hipótesis 3	Objetivo	Análisis
<p>La seguridad y la dependencia en las relaciones de apego que mantienen los niños con SD y sus padres, se pueden predecir a partir de los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).</p>	<p>1. Generar modelos predictivos entre la seguridad y la dependencia de cada uno de los progenitores con los rasgos de personalidad de sus progenitores, el grado de estrés parental y la estimulación y el apoyo que el niño recibe en el hogar.</p>	<p>Regresión Lineal Múltiple</p>

Para el desarrollo de los modelos de predicción contemplados hemos calculado cuatro modelos de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos (stepwise) (Criterios: Probabilidad-de-F-para-entrar \leq .050, Probabilidad-de-F-para-eliminar \geq .100). Para un mayor entendimiento de la estructura predictiva implementada, se puede consultar la tabla 9.

Tabla 9. Modelos de predicción contemplados en la Regresión lineal múltiple.

Variables criterio en cada modelo de predicción	Predictores
Modelo 1: Seguridad madres	Estrés total madres Rasgos de personalidad madres Ambiente familiar en el hogar madres
Modelo 2: Dependencia madres	Estrés total madres Rasgos de personalidad madres Ambiente familiar en el hogar madres
Modelo 3: Seguridad padres	Estrés total padres Rasgos de personalidad padres Ambiente familiar en el hogar padres
Modelo 4: Dependencia padres	Estrés total padres Rasgos de personalidad padres Ambiente familiar en el hogar padres

4. RESULTADOS



ESTUDIO EMPÍRICO

4.- RESULTADOS

En este apartado se van a presentar los resultados obtenidos tomando como referencia cada una de las hipótesis y objetivos tal y como se han planteado en el capítulo anterior.

En primer lugar, expondremos los resultados que se han obtenido a partir del análisis descriptivo e inferencial, para dar respuesta a la **primera hipótesis** planteada en el estudio. Se recuerda que en dicha hipótesis se planteaba que *existen diferencias, entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y al ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).*

Para ello, se presentará un apartado específico donde se realizará el análisis indicado para cada uno de los cuatro objetivos que se han incluido en la hipótesis 1. Es decir, al final de cada apartado se expone la información obtenida mediante el análisis inferencial, en el cual se exponen las medias correspondientes a todas y cada una de las variables, objeto de estudio.

Así, se comparan todas las variables de las madres vs padres referidas a cada niño con S.D. individualmente (2 muestras relacionadas) en cada uno de los cuatro instrumentos de recogida de información utilizados. Al tratarse de muestras pequeñas, y ante la imposibilidad de poder cumplir los supuestos paramétricos de homoscedasticidad, independencia y normalidad se ha decidido utilizar la prueba no paramétrica que mejor se ajusta a estas condiciones y que, no es otra que la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Dicha prueba aporta una puntuación estandarizada y su significación para cada binomio (madres vs padres) en cada variable, se tendrá que comprobar si las comparaciones en la prueba de Wilcoxon, obtienen puntuaciones estandarizadas " z " $> \pm 1.96$ y asociadas con una significación estadística de $p > .05$.

En segundo lugar, se expondrá la información obtenida mediante el análisis correlacional (coeficiente de correlación de Rho de Spearman), de las variables seguridad y dependencia en el apego con el estrés total del progenitor, los rasgos de personalidad y el ambiente en el hogar, para dar respuesta a la **segunda hipótesis**. Estos análisis se efectuarán tanto para el caso de la figura paterna como de la materna. En dicha hipótesis se planteaba que *la calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar)*.

Así, se presentarán tres apartados específicos, donde se expondrá lo propuesto en cada uno de los tres objetivos que se recogen en la hipótesis 2.

En tercer y último lugar, se presentará la información obtenida mediante un estudio predictivo (regresión lineal múltiple), para dar respuesta a la **tercera hipótesis**. En dicha hipótesis se planteaba que *la seguridad y la dependencia en las relaciones de apego que mantienen los niños con SD y sus padres, se pueden predecir a partir de los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar)*.

Para ello, se han considerado como variables criterio el grado de seguridad y de dependencia que el niño tiene en la relación de apego con su padre y su madre y, como predictores, las variables de estrés madres/padres, rasgos de personalidad de madres/padres y el ambiente familiar en el hogar de madres/padres.

4.1. Análisis comparativo del grado de seguridad y de dependencia que tiene el niño en el vínculo de apego que establece con los padres, el estrés parental, los rasgos de personalidad del familiar y el ambiente familiar

4.1.1. Análisis de las diferencias entre padres y madres en la Seguridad y Dependencia del apego que establecen con sus hijos (Q-sort)

Este apartado corresponde con lo propuesto en el **objetivo 1 de la hipótesis 1**, es decir, *conocer si el grado de Seguridad y Dependencia en el apego que establece el niño con SD, difiere con cada uno de sus progenitores*.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos básicos de las dimensiones Seguridad y Dependencia del apego que presenta el niño con cada uno de sus progenitores.

Progenitor	Estilo de apego	Mín. Max. Q-Sort ¹	Mín. Max. Muestra ²	Media ± DT	E.E.M. ³
Madre	Seguridad	-1 y +1	-.06 y .51	.272 ± .162	.033
Padre			-.05 y .49	.275 ± .161	.032
Madre	Dependencia		-.34 y .28	-.050 ± .16	.032
Padre			-.033 y .19	-.039 ± .128	.026

(1) Puntuaciones mínima y máxima que se pueden obtener en el Q-sort.
 (2) Puntuaciones mínima y máxima obtenidas por la muestra.
 (3) Error Estándar de la Media.

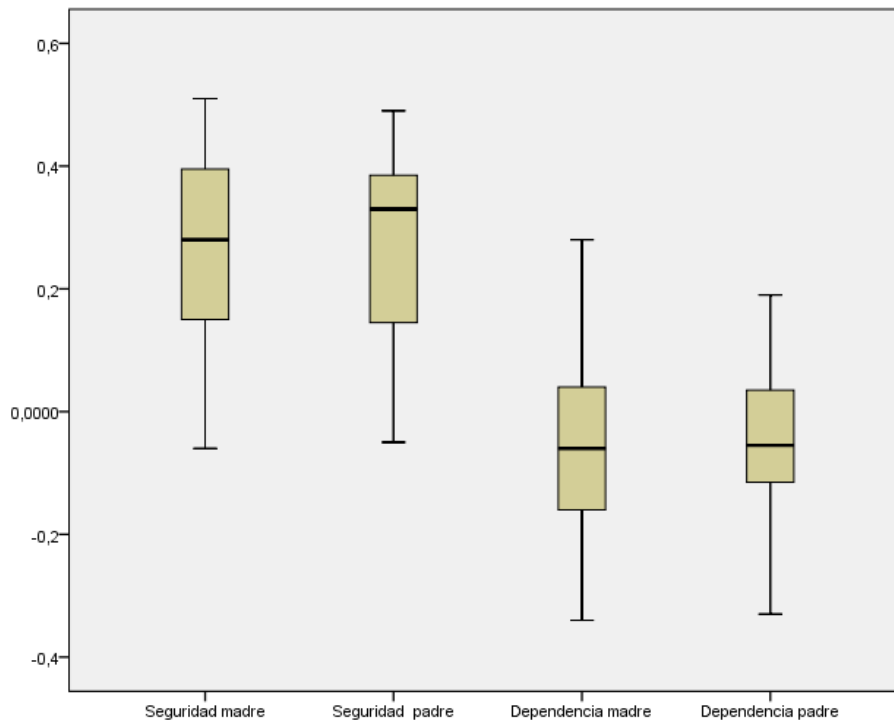


Imagen 1. Gráficos de la distribución de las puntuaciones obtenidas en Seguridad y Dependencia, según madres y padres (Q-sort)

Tal y como se puede apreciar en la tabla 1 y en la imagen 1, tanto la madres como los padres participantes consideran que sus hijos tienen unos niveles moderados de seguridad en la relación afectiva que mantienen con ellos, siendo mayor la media en

el caso de los padres, observándose la tendencia contraria en la dimensión de dependencia.

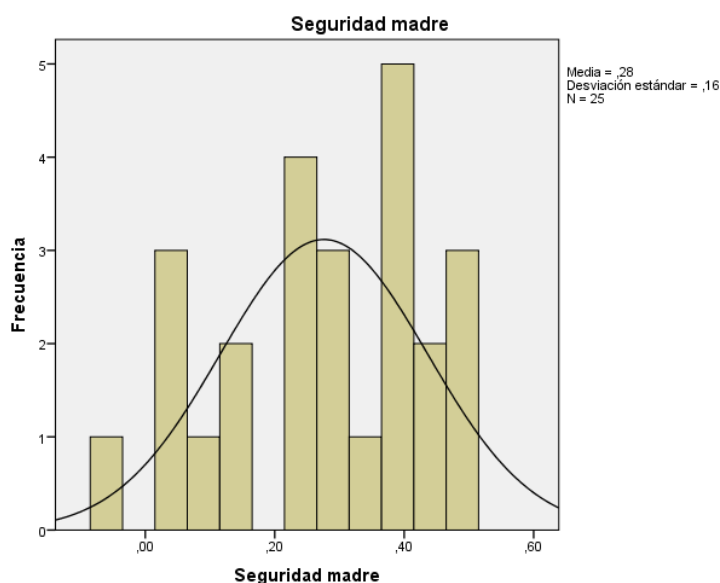


Imagen 2. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Seguridad según las madres (Q-sort)

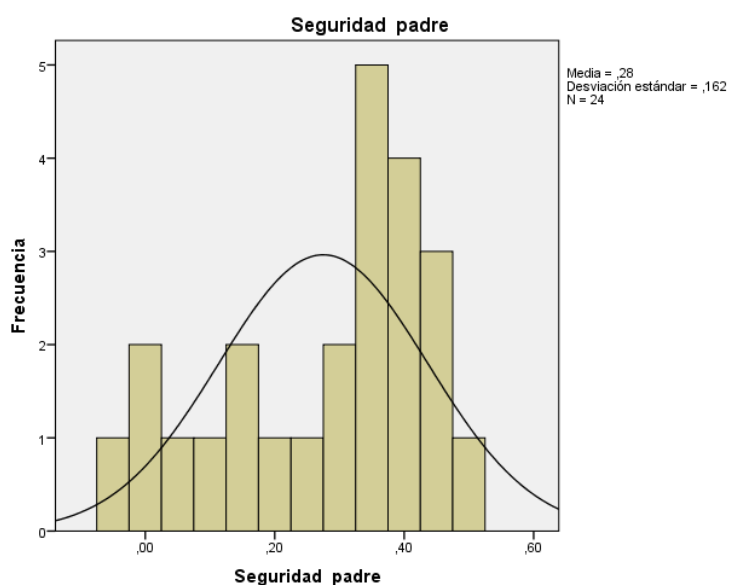


Imagen 3. Distribución de las puntuaciones en la dimensión seguridad según los padres (Q-sort).

En concreto, encontramos que los valores de la dimensión seguridad en el apego del niño, tal y como informan las madres ($\bar{X} = .28$, $DT = .16$), se encuentran agrupados con una tendencia a la seguridad (ver imagen 2), cuyas puntuaciones se encuentran entre .51 y -.06.

En el caso de los padres, tal y como se señaló anteriormente, también indican que sus hijos tienen una relación segura con ellos ($\bar{X} = .27$, $DT = .16$, $Rg = -1 + 1$).

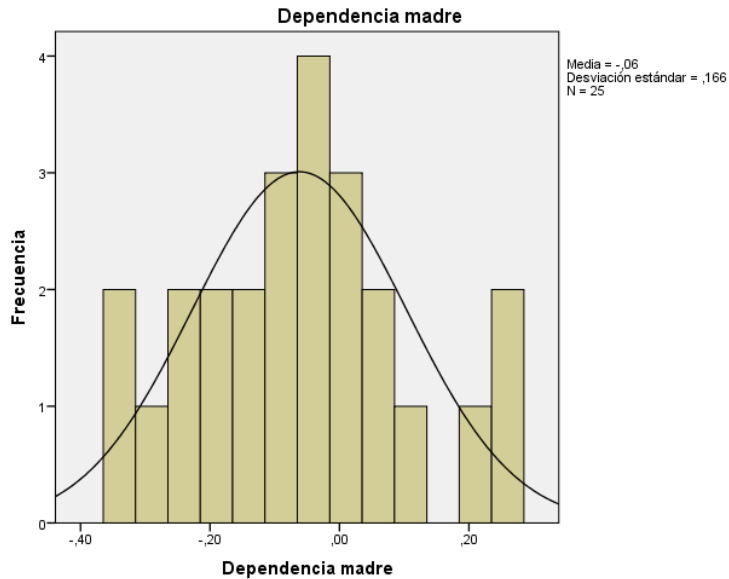


Imagen 4. Distribución de las puntuaciones en la dimensión dependencia, según las madres (Q-sort).

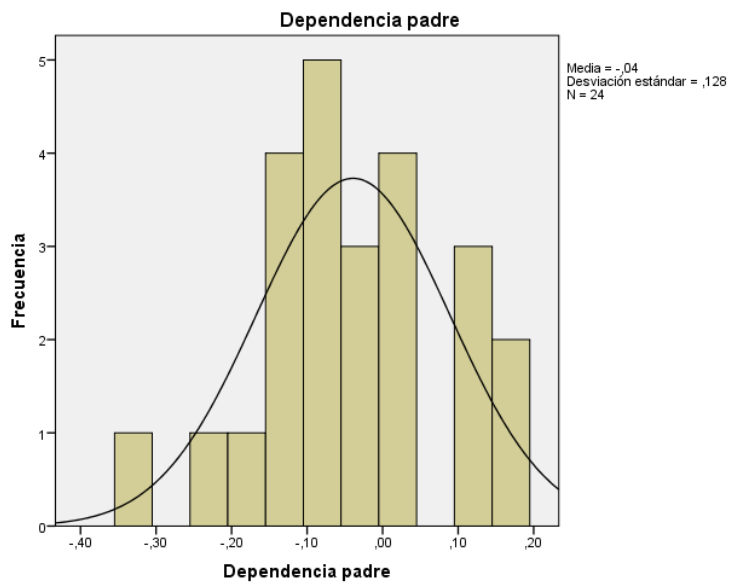


Imagen 5. Distribución de las puntuaciones en la dimensión dependencia, según los padres (Q-sort)

En relación a la dimensión dependencia, los hijos de las madres del estudio que presentan los valores más altos, tienen una dependencia baja, por lo que se puede decir

que perciben que sus hijos son poco dependientes. La distribución de las puntuaciones se puede ver en la imagen 4. En el caso de los padres encontramos que las puntuaciones en dependencia siguen la misma tendencia que la hallada en las madres (ver imagen 5).

Hasta ahora se han descrito las tendencias seguidas por las valoraciones que hacen ambos progenitores en las dimensiones de Seguridad y Dependencia. A continuación, el estudio inferencial que se presenta permitirá conocer si existen diferencias o semejanzas entre las valoraciones de seguridad y dependencia que hacen madres y padres. Se recuerda que el objetivo 1 de la primera hipótesis de este trabajo pretende conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el estilo de apego que presenta el niño con SD, con cada uno de sus padres.

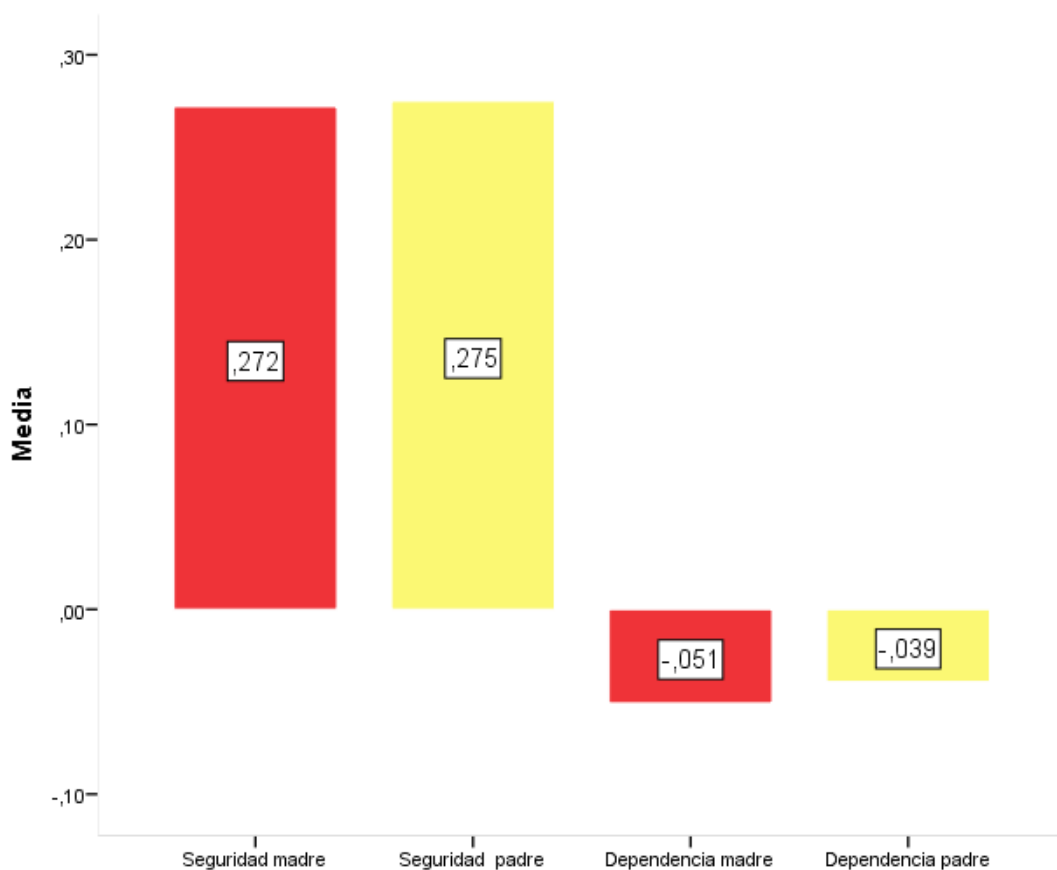


Imagen 6. Medias aritméticas de las dimensiones Seguridad y Dependencia madres vs padres (Q-sort)

Se puede apreciar en la imagen 6, las diferencias que se han obtenido en cada una de las variables contempladas en el Q-sort, comparando las madres con los padres, en cada una de ellas. Así, la variable Seguridad tiene las mismas medias aritméticas en ambos progenitores, mientras que la variable Dependencia contempla medias aritméticas levemente más elevadas en las madres respecto los padres.

Dado que los valores máximos de la prueba Q-sort oscilan entre -1 y +1, es necesario valorar si las diferencias de medias en madres y padres se deben al azar o a la condición de ser madre o padre. Así, se puede observar, que al comparar los resultados obtenidos en las medias por binomios madres vs padres, se obtiene que no son estadísticamente significativas en Seguridad ($t = -.015; p > .05$) ni en Dependencia ($t = -.562; p > .05$). Se puede consultar la tabla 2.

Tabla 2.

Resultados de la prueba de Wilcoxon al comparar las diferentes variables y totales de prueba de las escalas contempladas comparando madres vs padres.

Comparaciones de madres vs padres en Q-sort	Media	N	Puntuación Z¹	Sig.²
Seguridad madre	.272	24	-.015	.988
Seguridad padre	.275	24		
Dependencia madre	-.050	24	-.562	.567
Dependencia padre	-.039	24		
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$				
⁽¹⁾ Puntuación estandarizada z asociada a la prueba de Wilcoxon.				
⁽²⁾ Significación asintótica bilateral.				

Tomando en consideración todo lo expuesto, y a modo de conclusión, se puede decir que las madres y los padres no presentan diferencias en la valoración del grado de seguridad que tienen sus hijos en el vínculo de apego que establecen con ellas, pero sí en el grado de dependencia, siendo ligeramente menores las puntuaciones en dependencia que aportan las madres aunque, en ningún caso, las diferencias son estadísticamente significativas.

4.1.2. Análisis de las diferencias entre padres y madres en el nivel de estrés parental (PSI)

Este apartado corresponde con lo propuesto en el **objetivo 2 de la hipótesis 1**, es decir, *analizar el grado de estrés en ambos progenitores, en concreto, el malestar paterno, la interacción disfuncional padre-hijo, niño difícil y estrés total.*

Tabla 3. Estadísticos descriptivos básicos sobre el estrés que presentan cada uno de los padres (PSI).

Progenitor	Variable de estrés	Mín. Max. PSI ¹	Mín. Max. Muestra ²	Media ± DT	E.E.M. ³
Madre	Malestar paterno	12 – 60	14 - 41	27.63 ±6.099	1.245
Padre			18 – 38	26.04 ± 6.054	1.236
Madre	Interacción-disfuncional padres-hijo		18 – 34	26.42 ±4.960	1.012
Padre			20 – 33	25.96 ± 4.112	.839
Madre	Niño difícil		15 – 38	28.29 ±5.894	1.203
Padre			16 – 40	27.83 ±6.418	1.310
Madre	Estrés total	36 -180	47 – 98	82.33±12.665	2.585
Padre			59 – 105	79.83 ± 12.923	2.638

(1) Puntuaciones mínima y máxima que se pueden obtener en el PSI.
 (2) Puntuaciones mínima y máxima obtenidas por la muestra.
 (3) Error Estándar de la Media.

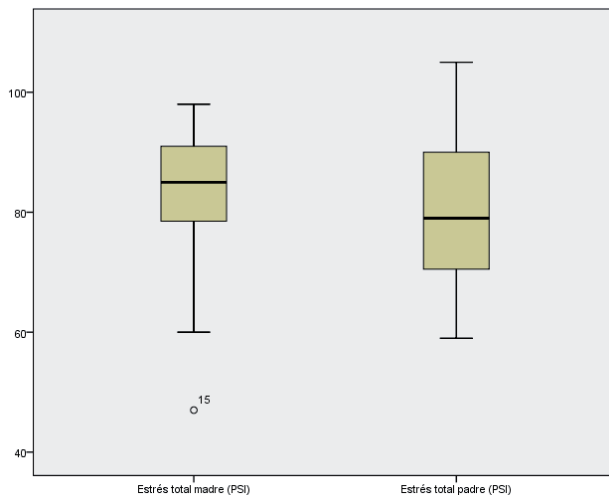


Imagen 7. Comparativa gráfica de las puntuaciones obtenidas en estrés total, tanto en madres como en padres.

El estrés total de las madres es ligeramente superior al de los padres, pudiéndose considerar en ambos casos unos niveles de estrés bajo, tanto en madres ($\bar{X}= 82.33$, DT= 12.66, Rg= 47-98) como en padres ($\bar{X}= 79.83$, DT= 12.92, Rg= 59-105) (consultar tabla 3). De manera gráfica, se puede ver la distribución de los valores de ambos padres en las imágenes 7, 8 y 9.

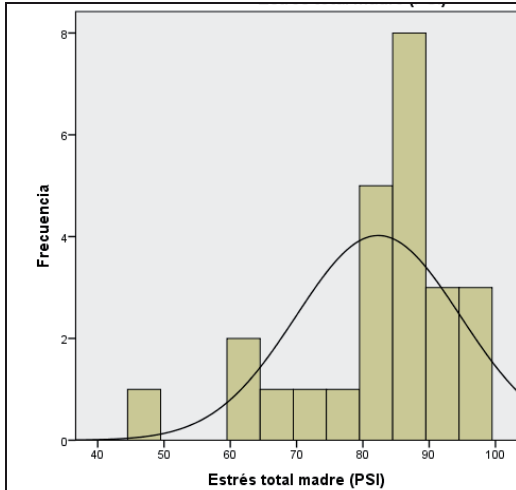


Imagen 8. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en Estrés total materno.

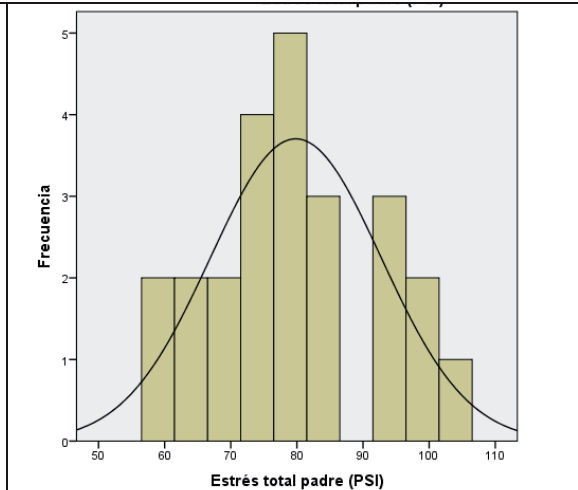


Imagen 9. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en Estrés total paterno.

En el caso de las dimensiones malestar paterno, interacción-disfuncional padres-hijo y niño difícil, también son las madres quienes presentan puntuaciones ligeramente más altas que los padres (consultar tabla 3 e imagen 10).

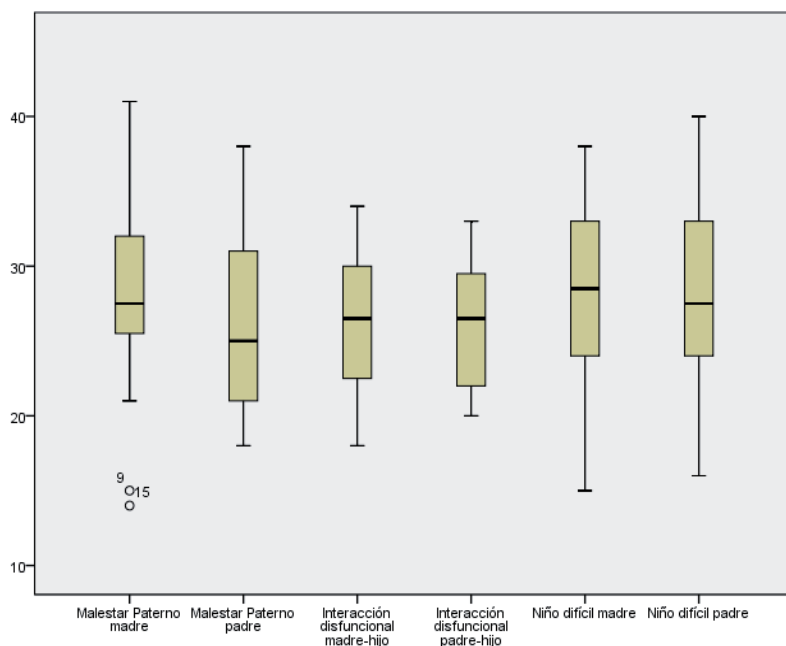


Imagen 10. Gráficos de la distribución de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones Malestar paterno, Interacción disfuncional padres-hijo y Niño difícil, tanto en madres como en padres (PSI).

En concreto, se puede decir que el malestar materno presentan puntuaciones medio-bajas ($\bar{X}= 27.63$, $DT= 6.09$, $Rg= 14-41$) (ver imagen 11). Así mismo, el malestar paterno es percibido como bajo ($\bar{X}= 26.04$, $DT= 6.05$, $Rg= 19-38$) (ver imagen 12).

La dimensión Malestar paterno, como se ha indicado anteriormente, evalúa el malestar que la madre/padre experimenta al ejercer su rol de padres, malestar que puede provenir de factores personales que están directamente relacionadas con el ejercicio de las funciones paternas (conflictos con el otro progenitor, falta de apoyo social, presencia de depresión, etc).

Como se observa en las medias obtenidas, tanto del padre como de la madre, así como en la puntuación máxima y mínima reflejada, por ambos progenitores, las puntuaciones se encuentran dentro del rango normal.

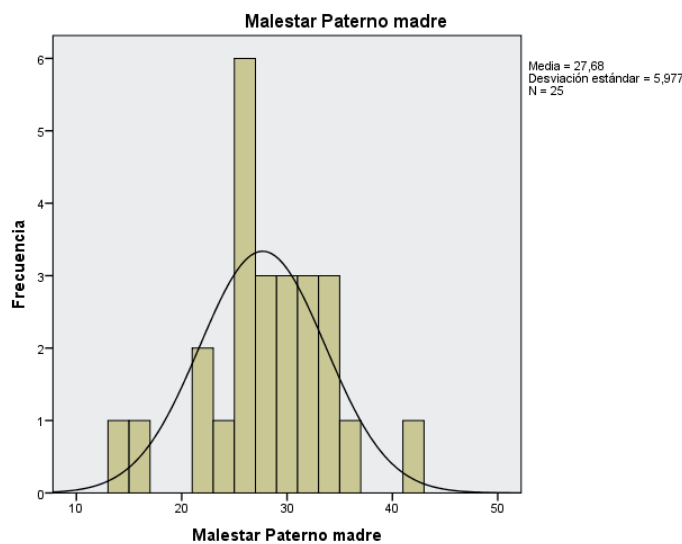


Imagen 11. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Malestar paterno de las madres (PSI).

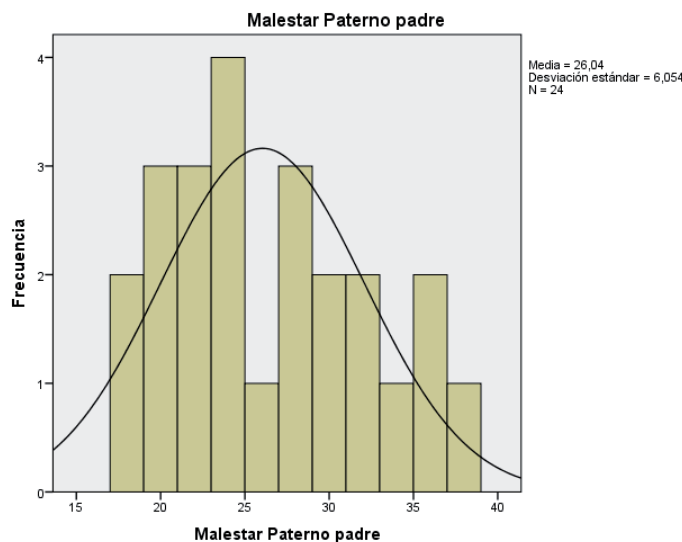


Imagen 12. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Malestar paterno de los padres (PSI).

En las madres del estudio la dimensión interacción disfuncional se puede considerar como medio-baja ($\bar{X}= 26.42$, $DT= 4.96$, $Rg= 18-34$). En otro sentido, la interacción disfuncional padre-hijo correspondiente a los padres de la muestra se puede considerar como baja ($\bar{X}= 25.96$, $DT= 4.11$, $Rg= 20-33$) (ver imágenes 13 y 14).

Esta dimensión valora la percepción que los padres tienen acerca del grado en el que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él y el grado de satisfacción que éste le aporta, en tanto que padre. Los valores que esta dimensión ha alcanzado en los participantes de este estudio, al igual que en la dimensión Malestar paterno se encuentra dentro del rango normal.

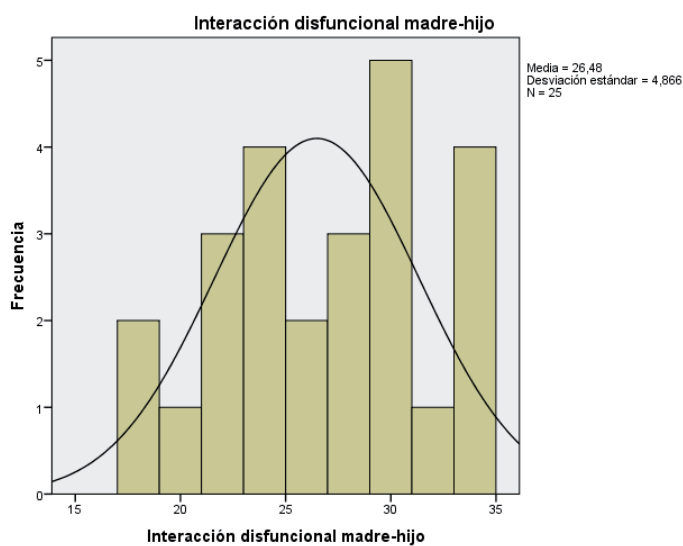


Imagen 13. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Interacción-disfuncional de las madres (PSI)

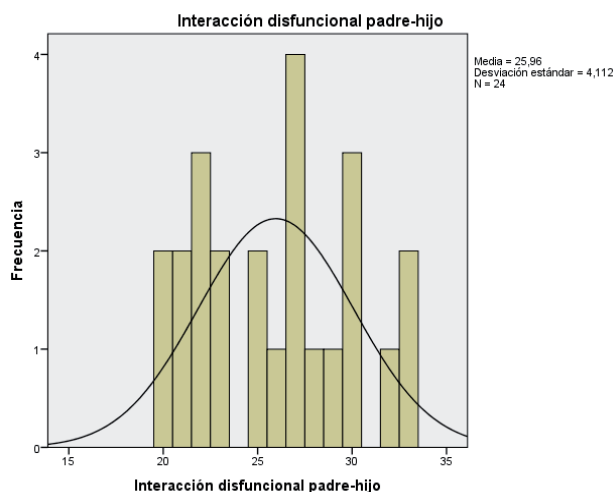


Imagen 14. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Interacción-disfuncional de los padres (PSI)

Finalmente, las madres perciben su niño como difícil en un nivel medio-bajo ($\bar{X}= 28.29$, $DT= 5.89$, $Rg= 15-38$). En el caso de los padres, sucede algo parecido ($\bar{X}= 27.83$, $DT= 6.41$, $Rg= 16-40$) (ver imágenes 15 y 16).

Como vimos en el capítulo anterior, la dimensión Niño difícil evalúa las características conductuales básicas de los niños que pueden ser fáciles o difíciles de controlar (temperamento del niño, patrones aprendidos de conducta desafiante, desobediencia, etc), tal y como son percibidas por los padres. Considerando las medias y la puntuación mínima y máxima de ambos progenitores, todas las puntuaciones se encuentran dentro del rango normal.

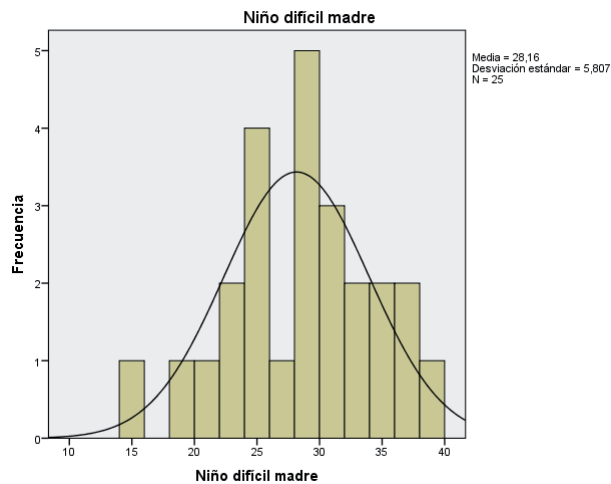


Imagen 15. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Niño difícil de las madres (PSI)

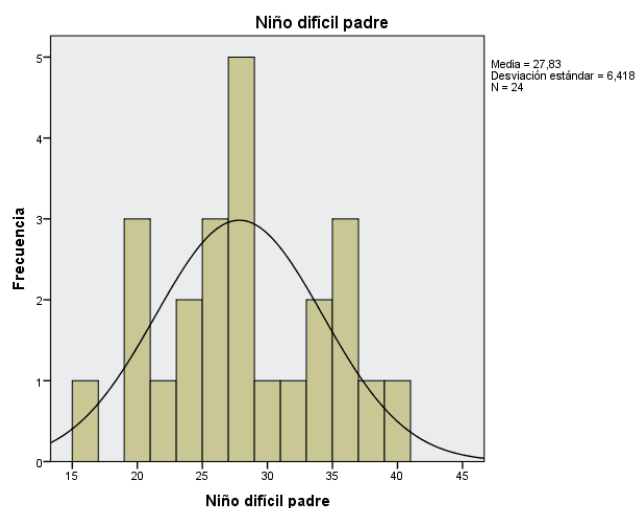


Imagen 16. Distribución de las puntuaciones en la dimensión Niño difícil de los padres (PSI)

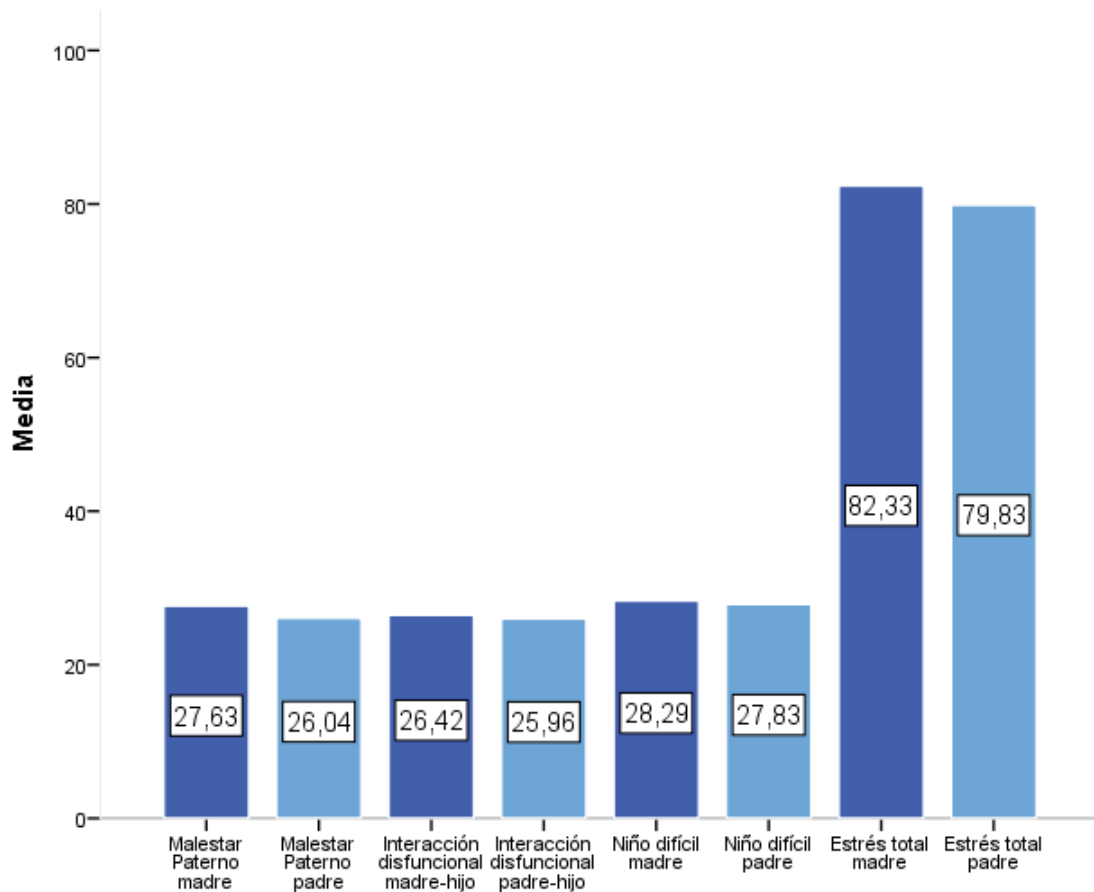


Imagen 17. Medias aritméticas de las dimensiones y total prueba de la escala PSI diferenciando madres vs padres.

Hasta ahora se ha podido observar la tendencia que sigue el estrés, analizado a través de las dimensiones Malestar Paterno, Interacción disfuncional y Niño difícil, en ambos progenitores.

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon, para comprobar si las diferencias entre madres y padres, se debe al azar o no. Así, se puede apreciar en la imagen 17, que todas las dimensiones del estrés son superiores en las madres que en los padres. Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos en las medias por binomios madres vs padres, se obtiene que no son estadísticamente significativas en malestar paterno ($t = -1.017$; $p > .05$), ni en interacción-disfuncional padres-hijo ($t = -.439$; $p > .05$), ni en niño difícil ($t = -.049$; $p > .05$). Del mismo modo, en el estrés total de los padres tampoco son las diferencias de medias estadísticamente significativas ($t = -.858$; $p > .05$). Se puede consultar la tabla 4.

Tabla 4.

Resultados de la prueba de Wilcoxon al comparar las diferentes variables, y totales de prueba, en el Malestar paterno, Interacción disfuncional padres-hijo, Niño difícil y Estrés total, comparando madres vs padres.

Comparaciones de madres vs padres en PSI	Media	N	Puntuación Z ¹	Sig. ²
Malestar Paterno madre	27.63	24	-1.017	.309
Malestar Paterno padre	26.04	24		
Interacción disfuncional madre-hijo	26.42	24	-.439	.660
Interacción disfuncional padre-hijo	25.96	24		
Niño difícil madre	28.29	24	-.049	.961
Niño difícil padre	27.83	24		
Estrés total madre	82.33	24	-.858	.391
Estrés total padre	79.83	24		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$
⁽¹⁾ Puntuación estandarizada z asociada a la prueba de Wilcoxon.
⁽²⁾ Significación asintótica bilateral.

4.1.3. Análisis de las diferencias entre padres y madres en los rasgos de personalidad (16-PF): Ajuste-ansiedad, Introversión-extraversión, poca-mucha socialización controlada y Dependencia-independencia

Este apartado corresponde con los resultados en el **objetivo 3** de la hipótesis 1, es decir, *describir los rasgos de personalidad de ansiedad, extraversión, socialización controlada e independencia, tanto de la madre como del padre.*

Tabla 5. Estadísticos descriptivos básicos sobre los rasgos de personalidad que presentan cada uno de los padres (16 PF).

Progenitor	Variable de estrés	Mín. Max. PSI ¹	Mín. Max. Muestra ²	Media ± DT	E.E.M. ³
Madre	Ajuste ansiedad	1 – 10	4.3 – 10	7.283 ± 1.676	.342
Padre			3.7 – 9.7	6.642 ± 1.711	.349
Madre	Introversión-extraversión		2.2 – 9.9	6.267 ± 1.993	.406
Padre			2.5 – 7.7	4.563 ± 1.271	.259
Madre	Poca-mucha socialización controlada		3.1 – 8.4	5.550 ± 1.511	.308
Padre			3.5 – 10	6.850 ± 1.876	.383

Madre	Dependencia-independencia		2.0 – 6.5	3.975 ± 1.088	.222
Padre			2.0 – 8.7	4.846 ± 1.884	.384
(1)Puntuaciones mínima y máxima que se pueden obtener en el 16PF.					
(2)Puntuaciones mínima y máxima obtenidas por la muestra.					
(3)Error Estándar de la Media.					

En Ajuste-ansiedad e Introversión-extroversión, las madres parecen tener mayores niveles que los padres, mientras que en Poca-mucha socialización controlada y Dependencia-independencia, los padres son los que presentan mayores niveles.

Es decir, que las madres muestran una mayor tendencia a la ansiedad y son más extrovertidas que los padres, y los padres tienden a mostrar mayor socialización controlada y son más independientes, habiendo mayores diferencias en Introversión-extroversión y Socialización que en Ajuste-ansiedad y Dependencia-independencia (consultar tabla 5 y ve imagen 18).

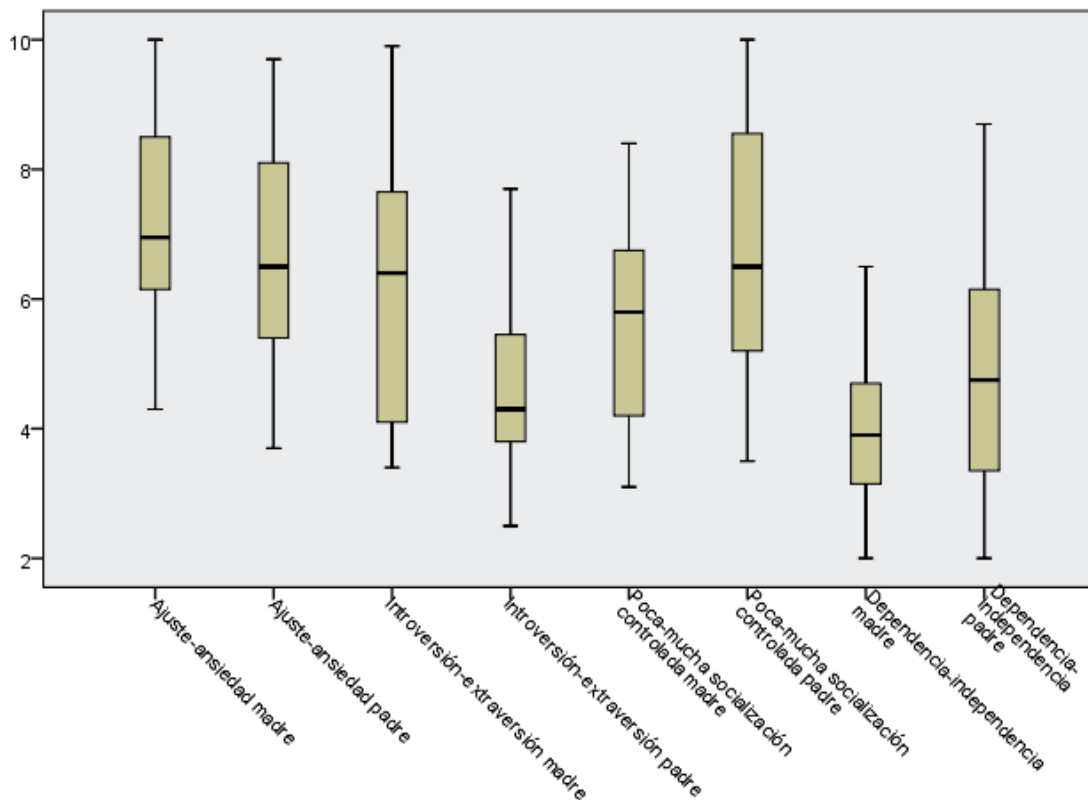


Imagen 18. Comparativa gráfica de las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad de madres y padres (16PF).

Cuando las puntuaciones en el factor Ansiedad son bajas nos encontramos ante personas que encuentran la vida gratificante y que presentan un buen ajuste psicológico. Por el contrario, si la puntuación es alta, suele indicar que la persona está estresada, aunque pueda ser un desajuste ocasional, con la percepción de no poder responder a las urgencias de la vida sin encontrar en la vida lo que desea. Las puntuaciones bajas se encuentran entre los decatipos 1-3 y las altas entre 8-9. Las puntuaciones promedio están entre 4 y 7.

De este modo, se observa cómo las madres tienden a estar más ansiosas ($\bar{X}=7.28$, $DT= 1.67$, $Rg= 4.3-10$) que los padres ($\bar{X}= 6.64$, $DT= 1.71$, $Rg= 3.7-9.7$) (consultar tabla 18). Aunque las medias de ambos se encuentran dentro del promedio, es la de las madres la que se encuentra en el límite superior del mismo. En cuanto a las puntuaciones mínima y máxima obtenidas, por ambos progenitores, las mínimas se encuentran dentro del promedio y las máximas, en ambos casos, denotan una ansiedad alta. Concretamente, en 3 casos de participantes maternas, se obtuvieron puntuaciones superiores a 10, adjudicándosele a la variable el decatipo 10. De manera visual, se puede ver la distribución de los valores de ambos padres en las imágenes 19 y 20.

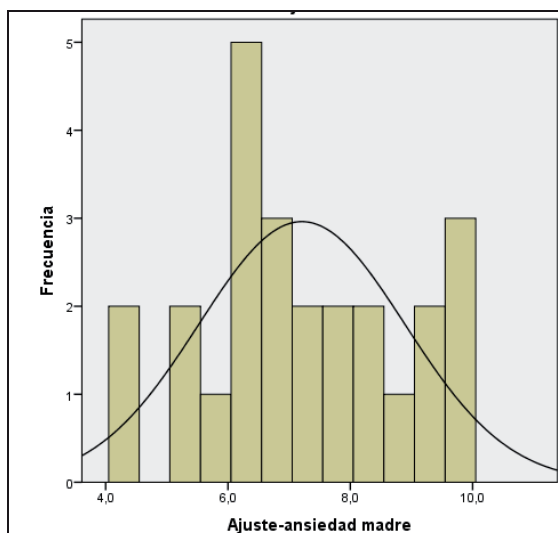


Imagen 19. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Ansiedad-ajuste de la madre (16PF)

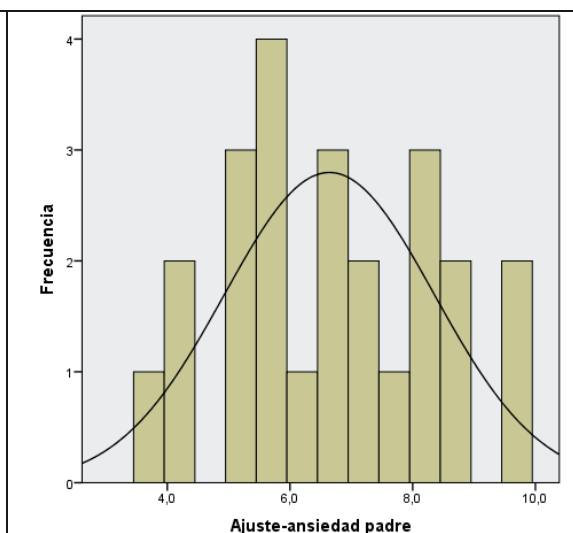


Imagen 20. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Ansiedad-ajuste del padre (16PF)

En relación al rasgo introversión-extroversión, las madres tienden a ser extrovertidas ($\bar{X}= 6.26$, $DT= 1.99$, $Rg= 2.2-9.9$), pudiéndose comprobar la gran diversidad de este rasgo entre ellas. En el caso de los padres, estos tienden a ser introvertidos ($\bar{X}= 4.56$, $DT= 1.27$, $Rg= 2.5-7.7$), siendo la diferencia de dicho rasgo menor que en el caso de las madres (es decir, el rasgo es más homogéneo entre los hombres que entre las mujeres).

Las personas que puntúan bajo en este factor, tienden a ser reservadas, autosuficientes e inhibidas en los contactos personales (decatipos 1-3). Por el contrario, cuando la puntuación es elevada (decatipos 8-10) la persona suele mostrarse socialmente desenvuelta, con facilidad para establecer contactos personales.

Como se puede observar, las medias de ambos progenitores se encuentran dentro del promedio (4-7), aunque con una diferencia por encima de la media en el caso de las madres respecto a la de los padres; en consecuencia, parece que éstas tienden más hacia la extroversión y los padres hacia la introversión.

De manera gráfica, se puede observar la distribución de los valores de ambos padres, en las imágenes 21 y 22.

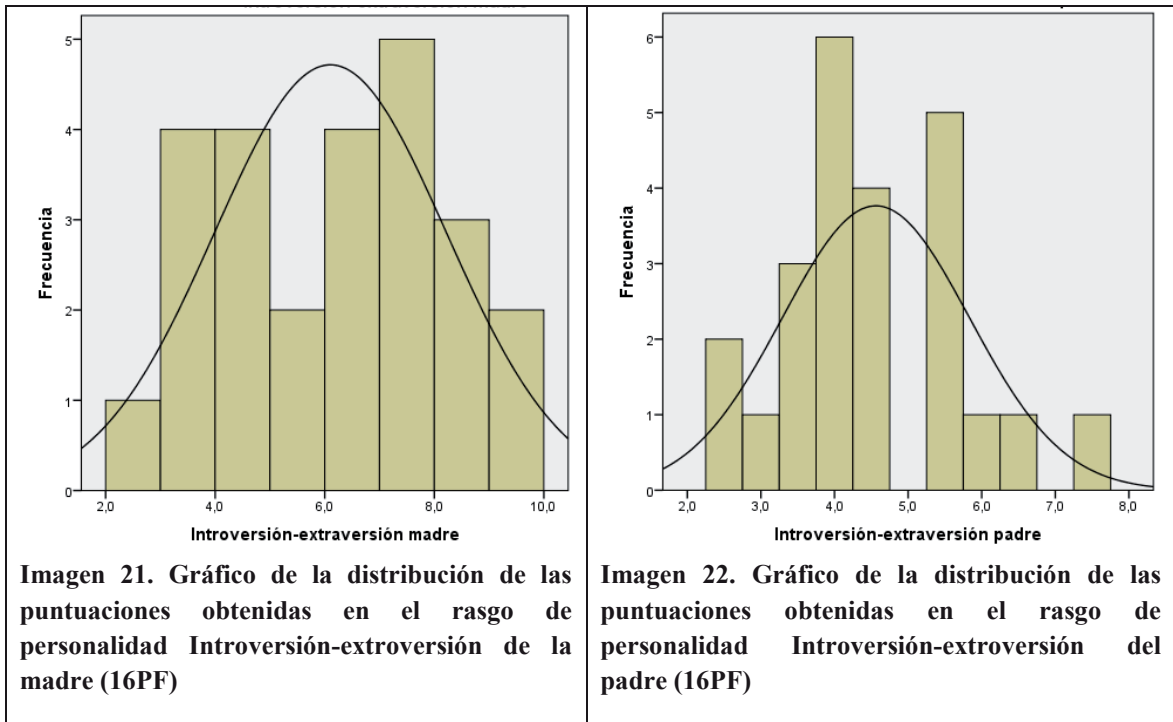


Imagen 21. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Introversión-extroversión de la madre (16PF)

Imagen 22. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Introversión-extroversión del padre (16PF)

En cuanto al factor Poca-mucha socialización controlada, las puntuaciones bajas (1-3) reflejan la tendencia personal a actuar según las propias necesidades, de forma espontánea, animada e impulsiva. Por el contrario, una puntuación alta (8-10) puede indicar que la persona es responsable, organizada y escrupulosa.

Según los resultados, en este factor, las madres tienden a presentar una Socialización controlada ($\bar{X}= 5.55$, DT= 1.51, Rg= 3.1-8.4), siendo superior en los padres, con puntuaciones ligeramente más altas ($\bar{X}= 6.85$, DT= 1.87, Rg= 3.5-10). Así mismo, se puede comprobar que hay mayor dispersión en este rasgo entre los padres. Ir a imágenes 23 y 24 para ver con mayor detalle las puntuaciones obtenidas, entre las madres y los padres.

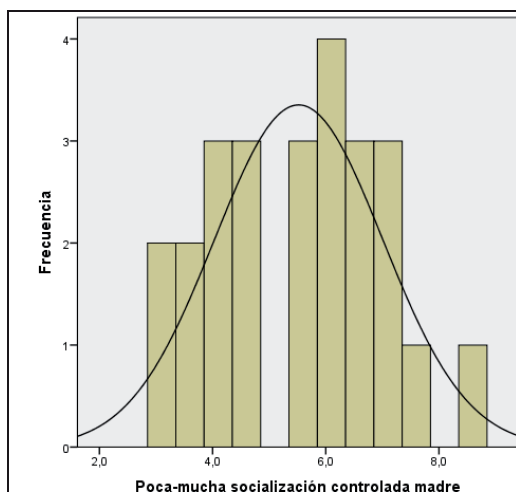


Imagen 23. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Socialización controlada de la madre (16PF).

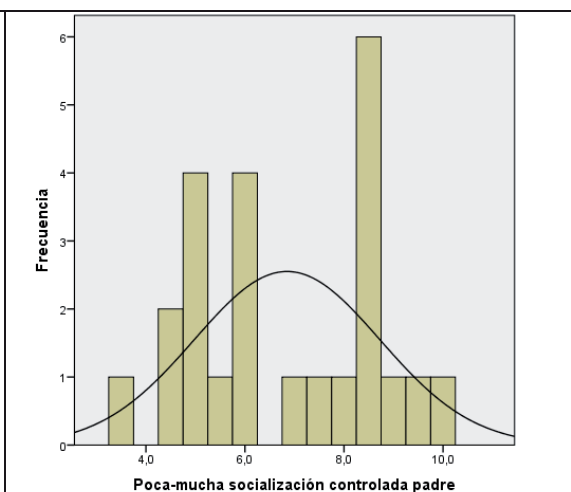


Imagen 24. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Socialización controlada del padre (16PF).

Finalmente, las madres muestran una tendencia a la dependencia ($\bar{X}= 3.97$, DT= 1.08, Rg= 2.0-6.5). También los padres parecen tender hacia la dependencia, aunque en menor grado ($\bar{X}= 4.84$, DT= 1.88, Rg= 2.0-8.7) y presentan una mayor dispersión en dicho rasgo de personalidad, (consultar tabla 5).

No obstante, las medias de ambos progenitores se encuentran en el promedio (4-7). En las imágenes 25 y 26 se puede observar visualmente la distribución de las puntuaciones en padres y madres.

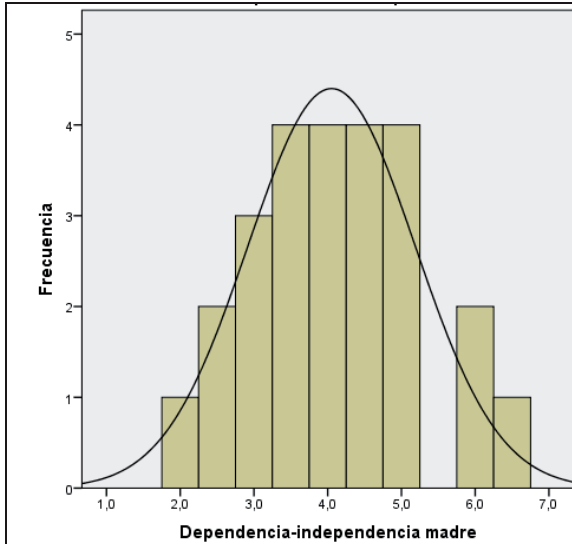


Imagen 25. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Dependencia-independencia de la madre (16PF)

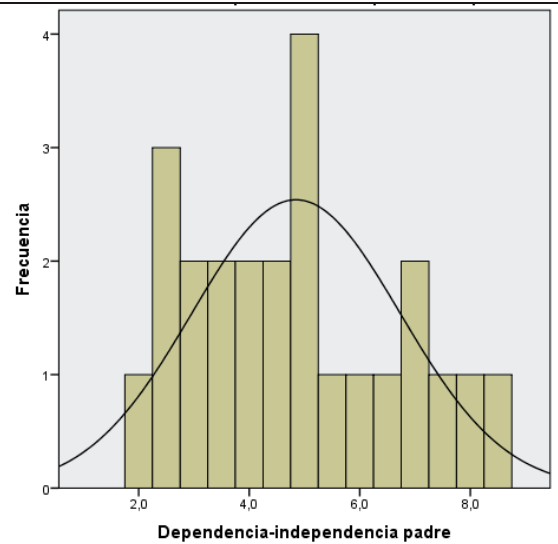


Imagen 26. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en el rasgo de personalidad Dependencia-independencia del padre (16PF)

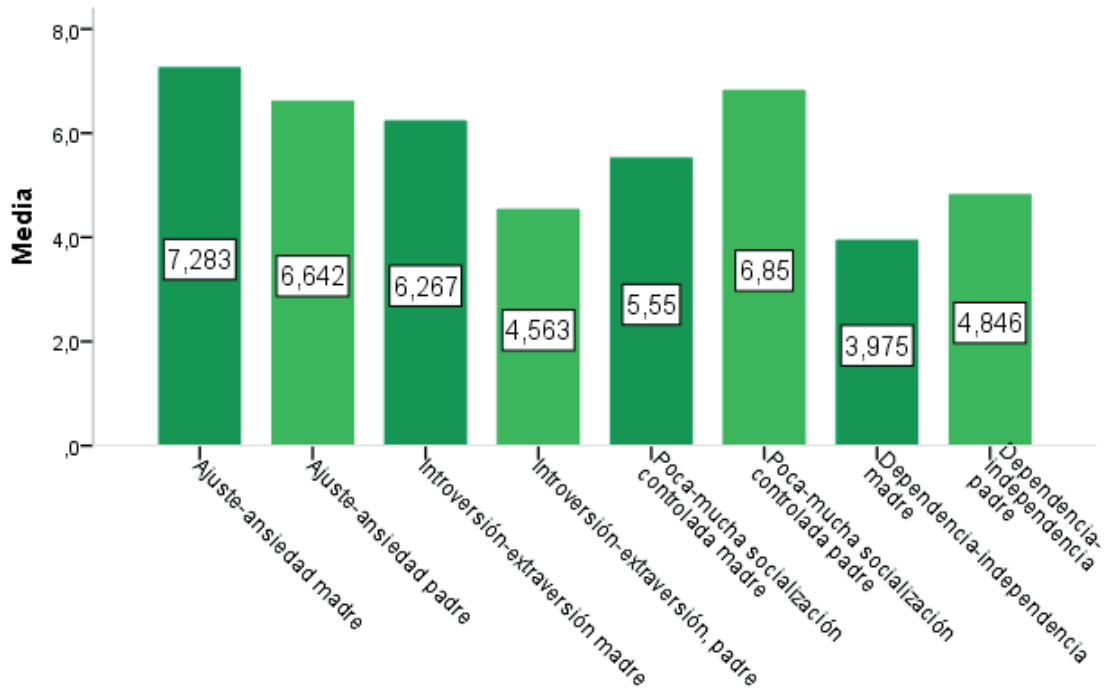


Imagen 27. Medias aritméticas de las dimensiones y total prueba de la escala 16 PF diferenciando madres vs padres.

Hemos podido comprobar la tendencia que siguen los diferentes rasgos de personalidad en padres y madres. Seguidamente presentamos los resultados obtenidos en la prueba de Wilcoxon, para comprobar si las diferencias entre madres y padres se deben al azar o no. En general, como puede apreciarse, de las cuatro comparaciones (madres vs padres) posibles referidas a las variables de la prueba 16 PF, sólo en dos se han consignado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$).

Dichas comparaciones son las referidas al grado de Introversión-extraversión de los padres, habiéndose obtenido en este caso una media de las madres de 6.26, frente a la media de los padres que desciende a 4.56. Esto significa, que las madres presentan una mayor tendencia a la extraversión que los padres y que, además, este hecho no se debe al azar. También se han consignado diferencias estadísticamente significativas en el grado de Socialización controlada de tal forma que, las madres han logrado un menor grado de socialización controlada ($\bar{X} = 5.55$) frente a los padres ($\bar{X} = 6.85$).

De manera detallada, los valores obtenidos en la prueba de Wilcoxon al comparar las medias de las madres con los padres (consultar tabla 6), se obtiene que no son estadísticamente significativas en ajuste-ansiedad ($t = -1.719$; $p > .05$) ni en dependencia-independencia ($t = -1.582$; $p > .05$), pero sí en introversión-extroversión ($t = -2.830$; $p < .01$) y socialización controlada ($t = -2.300$; $p < .05$).

Tabla 6 Resultados de la prueba de Wilcoxon al comparar las diferentes variables de Ajuste-ansiedad, Introversión-extraversión, Mucha-poca socialización controlada y Dependencia-independencia madres vs padres (16PF)

Comparaciones de madres vs padres en 16 PF	Media	N	Puntuación Z ¹	Sig. ²
Ajuste-ansiedad madre	7.28	24	-1.719	.086
Ajuste-ansiedad padre	6.64	24		
Introversión-extraversión madre	6.26	24	-2.830	.005**
Introversión-extraversión padre	4.56	24		
Poca-mucha socialización controlada madre	5.55	24	-2.300	.021*
Poca-mucha socialización controlada padre	6.85	24		
Dependencia-independencia madre	3.97	24	-1.582	.114
Dependencia-independencia padre	4.84	24		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$
⁽¹⁾ Puntuación estandarizada z asociada a la prueba de Wilcoxon.
⁽²⁾ Significación asintótica bilateral.

A modo de conclusión, se puede afirmar que las madres y los padres presentan mayores niveles en el rasgo ajuste-ansiedad y menores en el rasgo dependencia-independencia, respectivamente. En otro sentido, las madres han obtenido mayores puntuaciones que los padres en Ajuste-ansiedad e Introversión-extroversión, y los padres mayores puntuaciones que las madres en Socialización controlada y Dependencia-independencia. Sin embargo, es en Introversión-extroversión y Socialización controlada donde se encuentran mayores diferencias entre las medias de los progenitores, las cuales son también estadísticamente significativas.

4.1.4. Análisis del Ambiente familiar (HOME)

Este apartado corresponde al **objetivo 4** propuesto en la hipótesis 1, el cual pretende *describir las variables contextuales del hogar centrándonos en la cantidad de estimulación y el apoyo que el niño con SD recibe en el hogar.*

Tabla 7. Estadísticos descriptivos básicos sobre el ambiente familiar que presenta cada uno de los padres (HOME)

Progenitor	Variables HOME	Mín./Max. HOME ¹	Mín./Max. Muestra ²	Media ± DT	E.E.M. ³
Madre	Respuestas emocionales y verbales	0 - 11	5 - 11	10.54±1.250	.255
Padre			5 - 11	9.67±1.880	.384
Madre	Evitación de la restricción o castigo	0 - 8	0 - 3	1.29±.690	.141
Padre			0 - 3	1.17±.761	.155
Madre	Organización del ambiente físico y temporal	0 - 6	5 - 6	5.92±.282	.058
Padre			5 - 6	5.92±.282	.058
Madre	Provisión de materiales de juego apropiados	0 - 4	0 - 4	2.96±1.083	.221
Padre			1 - 4	2.63±.824	.168
Madre	Implicación materna/paterna con el niño	0 - 6	2 - 6	4.29±1.122	.229
Padre			0 - 5	2.88±1.68	.34
Madre	Oportunidades de variedad en la estimulación diaria	0 - 5	2 - 5	4.00±.885	.181
Padre			2 - 5	3.88±.900	.184
Madre	Puntuación total	0 - 40	16 - 33	29.00 ± 3.502	.715
Padre			19 - 32	26.17 ± 3.632	.741

(1) Puntuaciones mínima y máxima que se pueden obtener en la HOME.
(2) Puntuaciones mínima y máxima obtenidas por la muestra.
(3) Error Estándar de la Media.

La puntuación total de la prueba (HOME) obtenida por las madres ($\bar{X}= 29.00$, DT= 3.50, Rg= 16-33) es más alta que la de los padres ($\bar{X}= 26.17$, DT= 3.63, Rg= 19-32) (consultar tabla 7). Se puede comparar la distribución de ambas puntuaciones en las imágenes 28, 29 y 30.

La puntuación general refleja la calidad del ambiente general de casa de los niños, es decir la cantidad y calidad general de la estimulación y el apoyo que el niño recibe en su casa.

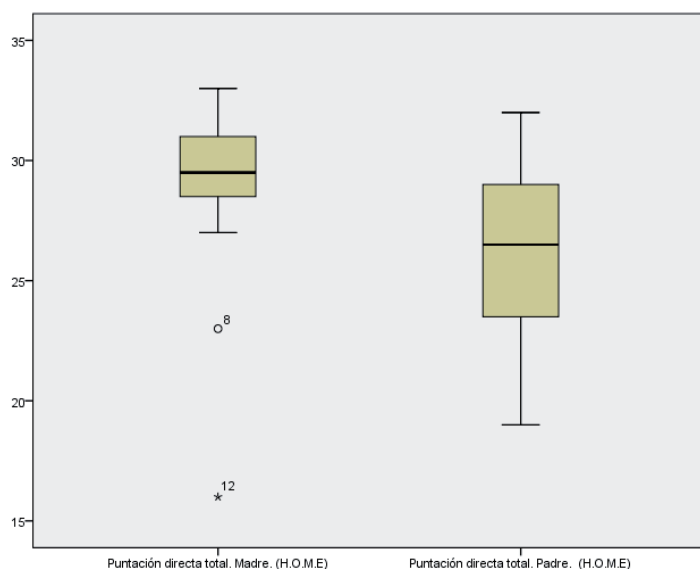


Imagen 28. Gráfico de las puntuaciones obtenidas en HOME total, tanto en madres como en padres.

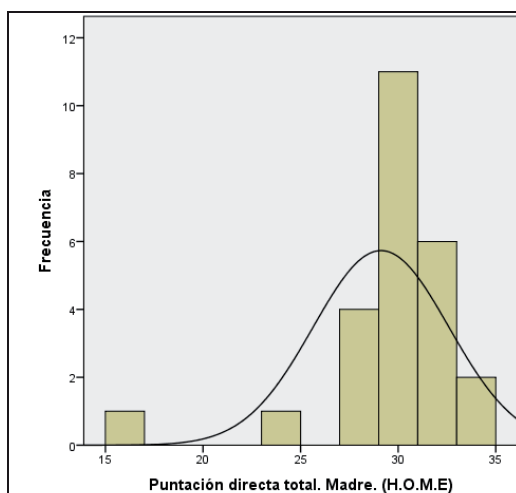


Imagen 29. Gráfico de la distribución de la puntuación total obtenida por la madre (HOME)

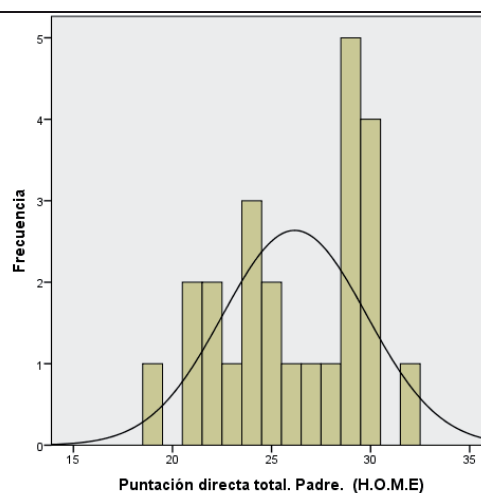


Imagen 30. Gráfico de la distribución de la puntuación total obtenida por el padre (HOME)

Una vez conocida la puntuación total de la escala HOME, se procede a exponer los datos de cada una de las subescalas o dimensiones que la componen. Así, todas las características apropiadas para un buen ambiente son mayores en las madres que en los padres, a excepción de organización del ambiente físico y temporal, subescala en la que no aparecen diferencias debido a que esta dimensión recoge la información de la propia vivienda en la que conviven todos los miembros de la unidad familiar (ver imagen 31).

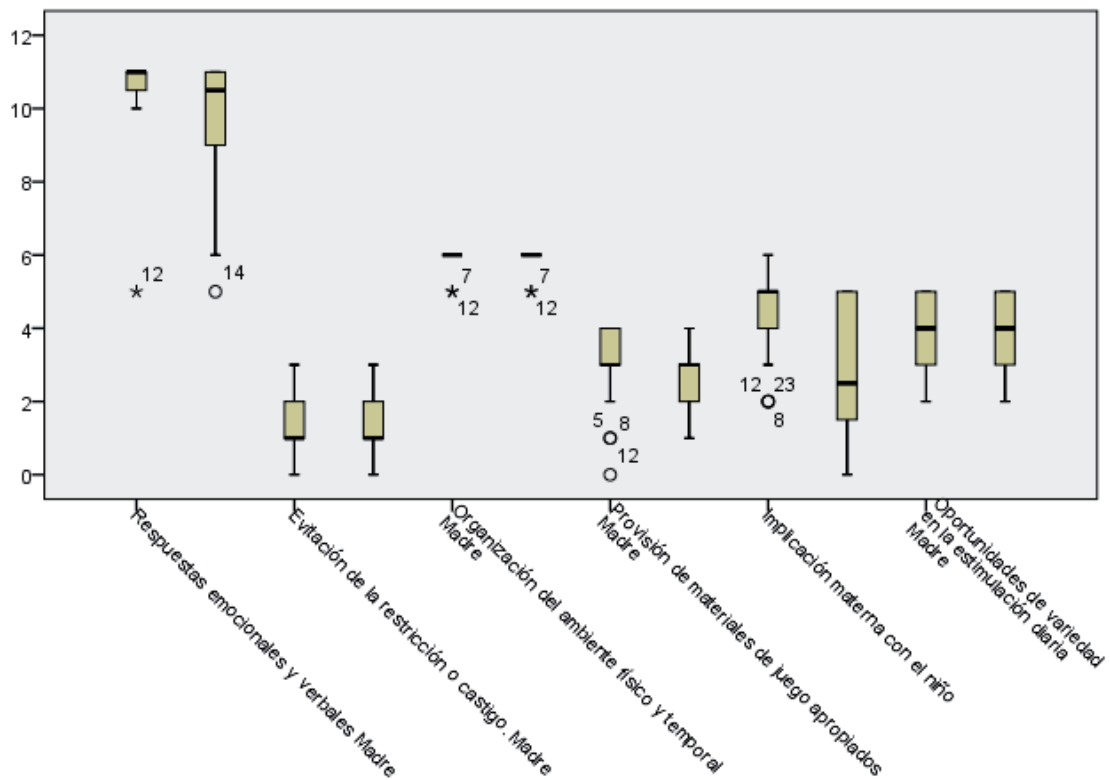


Imagen 31. Gráfico de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de la prueba HOME, tanto en madres como en padres.

Con respecto a la subescala respuestas emocionales y verbales, las madres tienen una media ligeramente superior a la de los padres (Madres: \bar{X} = 10.54, DT= 1.25, Rg: 5-11, Padres: \bar{X} = 9.67, DT= 1.88, Rg: 5-11). Como se observa, ambos progenitores tienen el mismo rango de puntuaciones (consultar tabla 7). Se puede aclarar la información si se observan las imágenes 32 y 33.

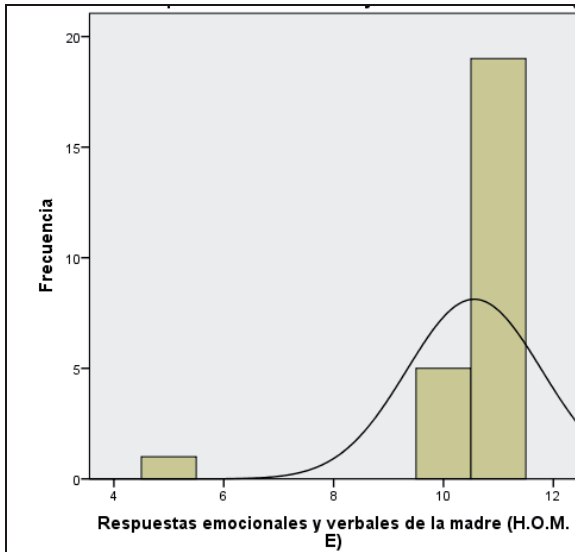


Imagen 32. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en respuestas emocionales y verbales de las madres (HOME)

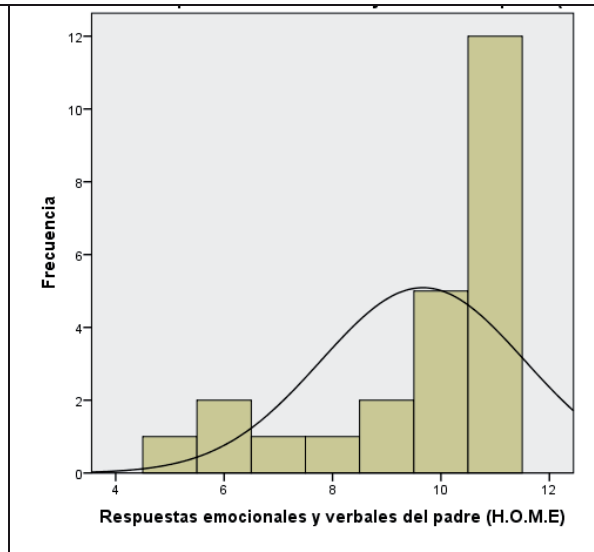


Imagen 33. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en respuestas emocionales y verbales de los padres (HOME)

En el caso de la subescala *Evitación de la restricción o castigo*, las madres presentan niveles más altos ($\bar{X}= 1.29$, $DT= .69$, $Rg= 0-3$) que los padres ($\bar{X}= 1.17$, $DT= .76$, $Rg= 0-3$) habiendo obtenido ambos las mismas puntuaciones mínima y máxima (ver imágenes 34 y 35).

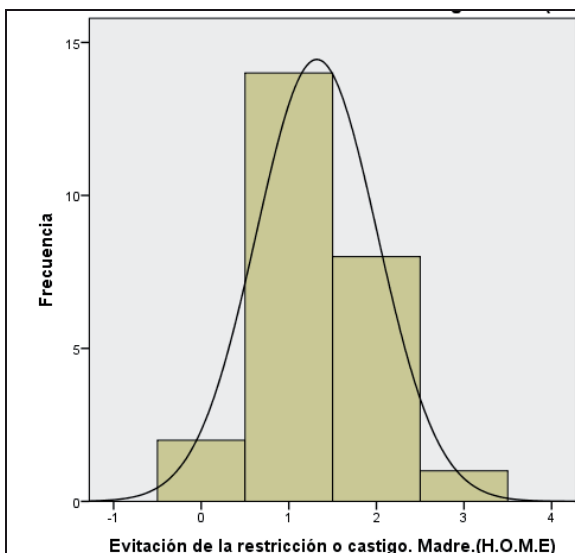


Imagen 34. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en Evitación de la restricción o castigo de las madres (HOME)

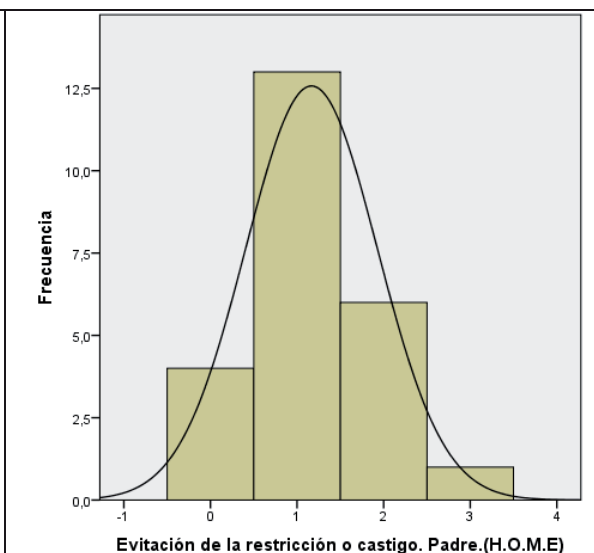
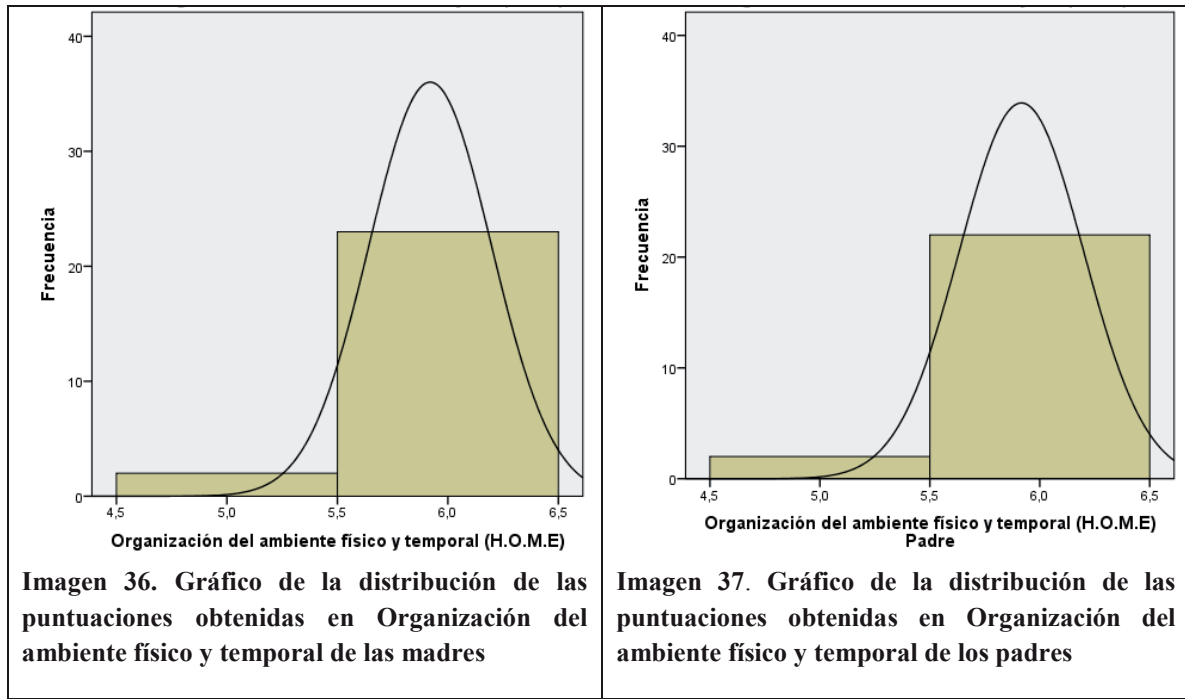
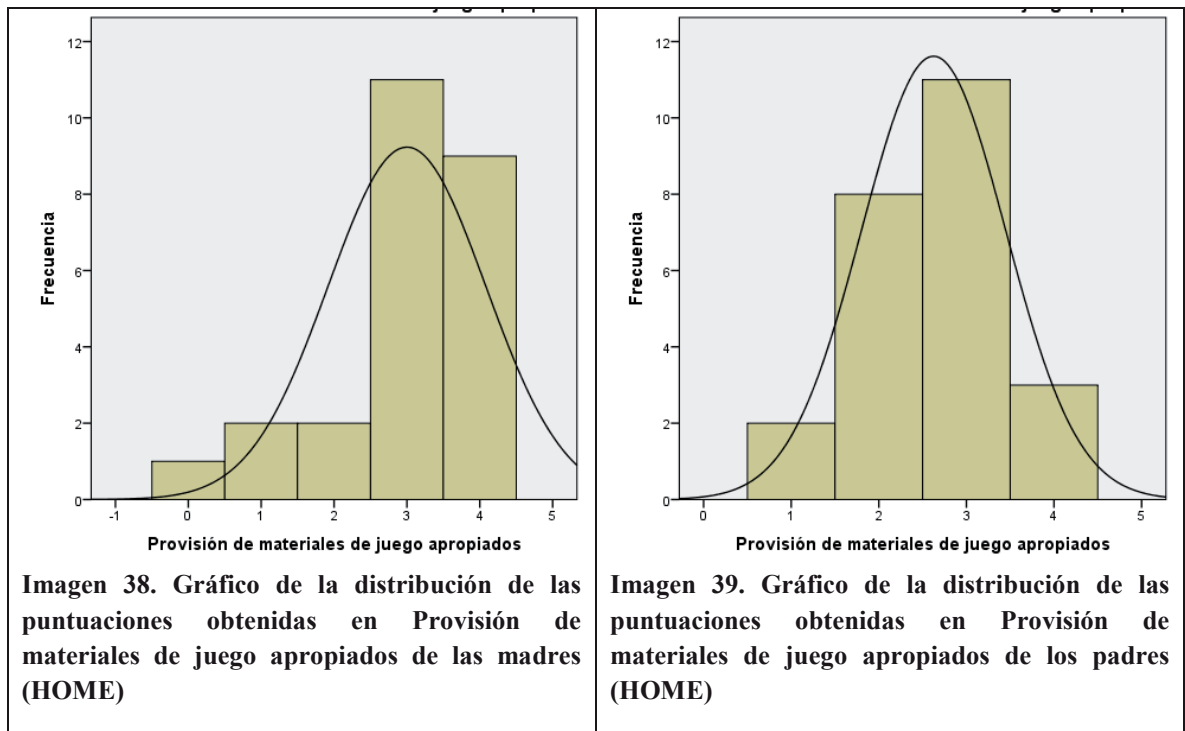


Imagen 35. Gráfico de la distribución de las puntuaciones obtenidas en Evitación de la restricción o castigo de los padres (HOME)

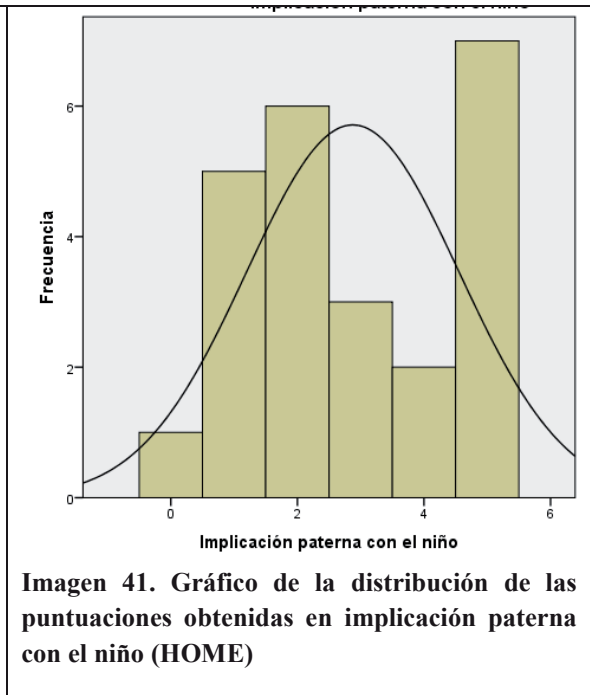
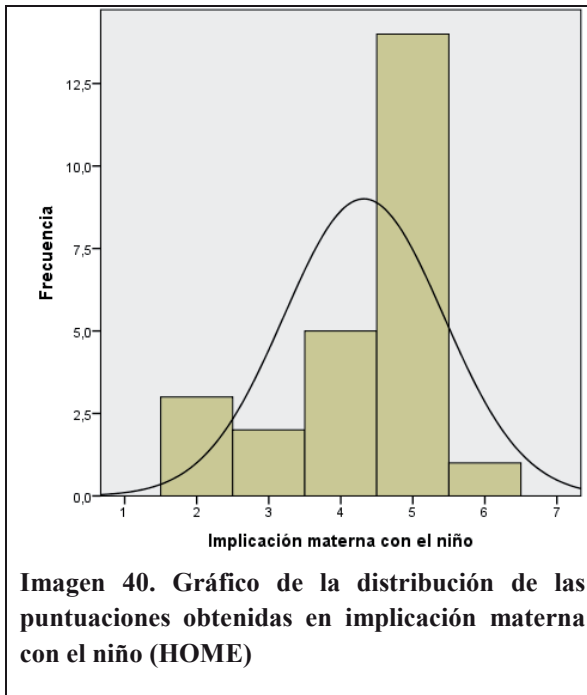
Por su parte, la subescala *Organización del ambiente físico y temporal* de ambos progenitores es muy alta y coincidente, por las razones anteriormente señaladas ($\bar{X}= 5.92$, $DT= .28$, $Rg= 5-6$) (ver imágenes 36 y 37).



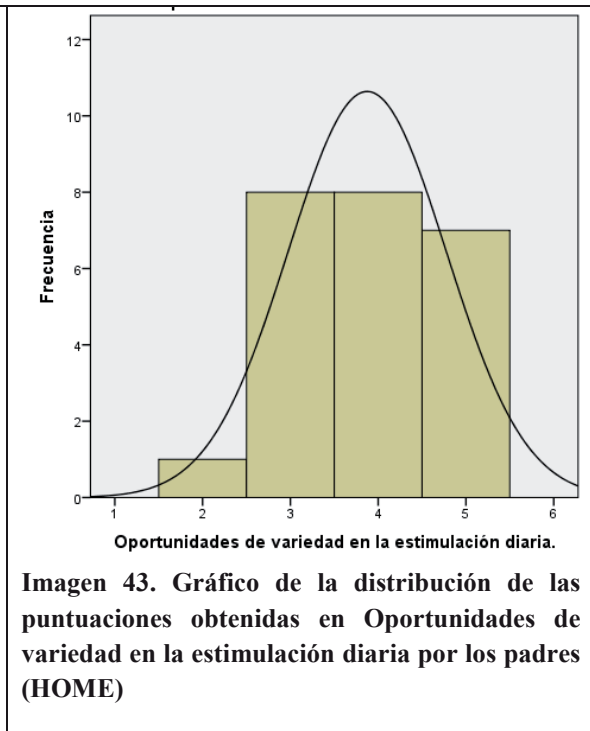
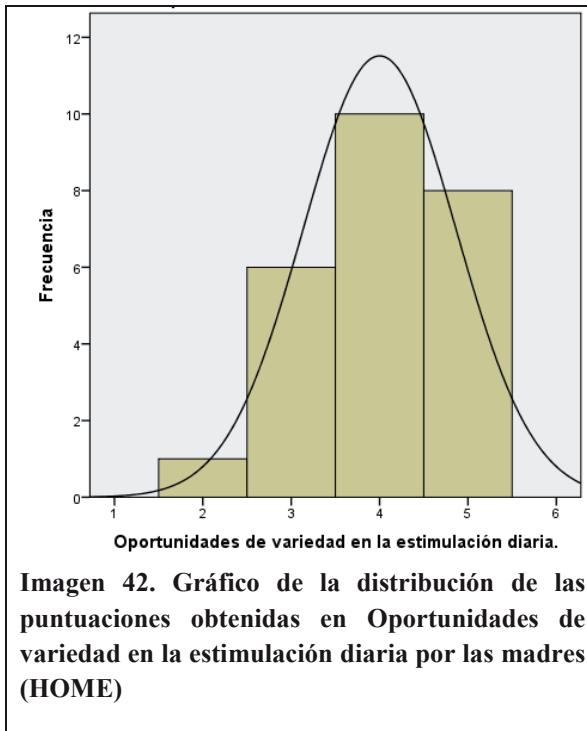
En relación con la subescala de *Provisión de materiales de juego apropiados* las puntuaciones promedio son más altas en madres ($X= 2.96$, $DT= 1.08$, $Rg= 0-4$) que en padres ($X= 2.63$, $DT= .82$, $Rg= 1-4$) (ver imágenes 38 y 39).



En cuanto a la subescala *Implicación del progenitor con su hijo*, hay considerables diferencias en las medias entre la madre ($\bar{X}= 4.29$, DT= 1.12, Rg= 2-6) y el padre ($\bar{X}= 2.88$, DT= 1.67, Rg= 0-5) (ver imágenes 40 y 41).



Finalmente, la madre es quien parece proporcionar mayores Oportunidades de variedad en la estimulación diaria ($X= 4.00$, DT= .85, Rg= 2-5) respecto a los padres ($X= 3.88$, DT= .90, Rg=2-5) (ver imágenes 42 y 43).



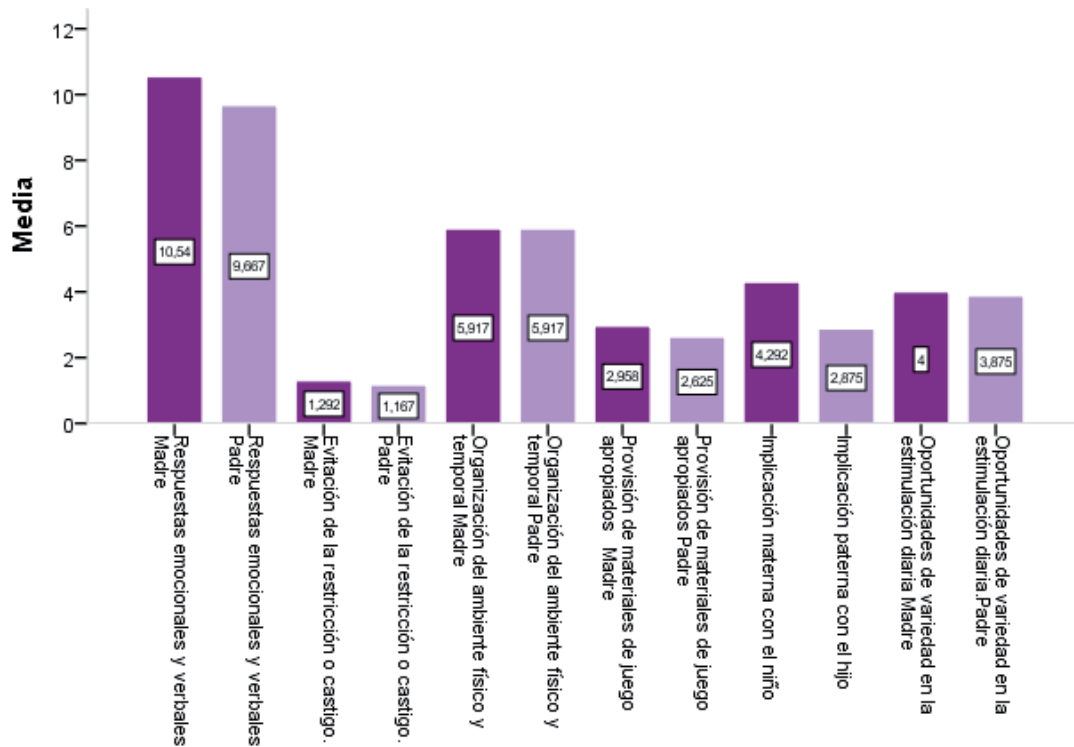


Imagen 44. Medias aritméticas de la prueba de la escala HOME por dimensiones y diferenciando madres vs padres.

Como se describió anteriormente, y como se puede observar en la imagen 44, en todas las dimensiones excepto en la de Organización del ambiente físico y temporal, donde ambos progenitores han obtenido la misma media (5.92), las madres han obtenido medias mayores que los padres.

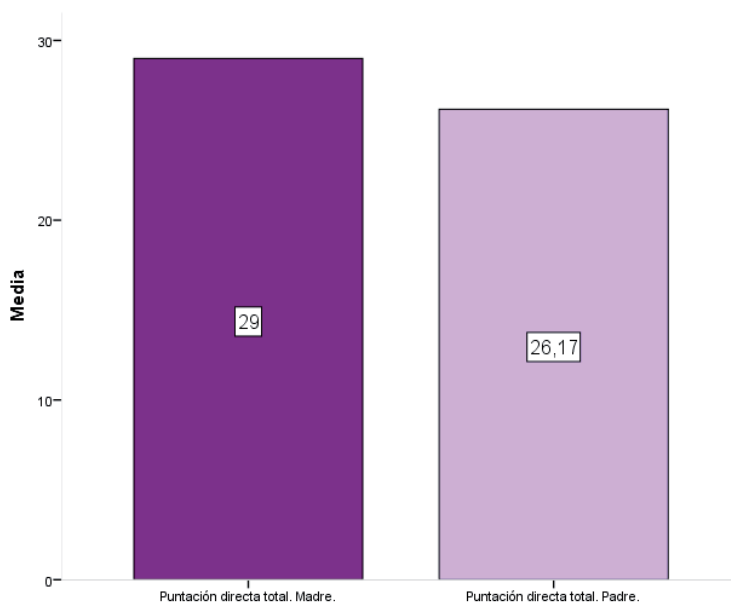


Imagen 45. Medias aritméticas del total de la escala HOME diferenciando madres vs padres.

En el caso de las medias obtenidas en el total de la prueba HOME, como se ha comentado anteriormente, las madres han mostrado una media mayor que los padres;

parece que las madres pueden contribuir, en mayor medida, a la creación de una mejor calidad del ambiente familiar.

Como en los casos anteriores, habrá de dirimir si las diferencias entre progenitores se debe o no al azar. Así, al consultar la tabla 7, se puede comprobar que sólo se han producido diferencias estadísticamente significativas al comparar la media del total de la escala HOME en madres, frente a padres, así como también en la dimensión referida a la Implicación materna frente a la paterna. Por tanto, para el caso que ocupa, significa que las madres son acreedoras de un mejor ambiente familiar en el hogar del que crean los padres y más específicamente, además, las madres afirman tener una mayor implicación hacia sus hijos con SD que los padres, no debiéndose al azar la consigna de tales diferencias entre madres y padres.

Especificando lo expuesto, los valores obtenidos en la prueba de Wilcoxon al comparar las medias de las madres con las de los padres (consultar tabla 8), se obtiene que no son estadísticamente significativas en respuestas emocionales y verbales ($t = -1.342$; $p > .05$), ni en evitación de la restricción o castigo ($t = -1.134$; $p > .05$), organización del ambiente físico y temporal ($t = 0$; $p > .05$), provisión de materiales de juego apropiados ($t = -1.100$; $p > .05$) y oportunidades de variedad en la estimulación diaria ($t = -1.772$; $p > .05$).

Por el contrario, sí se obtienen diferencias en las medias estadísticamente significativas en la implicación del progenitor con su hijo ($t = -3.146$; $p < .01$), así como en la puntuación total de HOME ($t = -2.901$; $p < .01$).

Tabla 8. Resultados de la prueba de Wilcoxon al comparar las diferentes variables y totales de la prueba HOME.

Comparaciones de madres vs padres en HOME	Media	N	Puntuación Z ¹	Sig. ²
Respuestas emocionales y verbales Madres	10.54	24	-1.342	.180
Respuestas emocionales y verbales Padres	9.67	24		
Evitación de la restricción o castigo. Madres	1.29	24	-1.134	.257
Evitación de la restricción o castigo. Padres	1.17	24		
Organización del ambiente físico y temporal. Madres	5.92	24	0	1
Organización del ambiente físico y temporal. Padres	5.92	24		
Provisión de materiales de juego apropiados. Madres	2.96	24	-1.100	.272

Provisión de materiales de juego apropiados. Padres	2.63	24		
Implicación materna con el niño.	4.29	24		
Implicación paterna con el niño.	2.88	24	-3.146	.002**
Oportunidades de variedad en la estimulación diaria. Madres	4.00	24		
Oportunidades de variedad en la estimulación diaria. Padres	3.88	24	-1.772	.083
Puntuación directa total. Madres	29.00	24		
Puntuación directa total. Padres	26.17	24	-2.901	.004**
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$				
⁽¹⁾ Puntuación estandarizada z asociada a la prueba de Wilcoxon.				
⁽²⁾ Significación asintótica bilateral.				

Teniendo en consideración lo expuesto, y a modo de conclusión, se puede decir que las madres presentan mayores niveles en todas las dimensiones y en el total de la prueba HOME, aunque siendo estadísticamente significativas, únicamente, en la Implicación que presenta el progenitor con su hijo y el Total de la prueba.

4.2. Análisis de las relaciones entre el grado de seguridad y dependencia del apego del niño hacia sus progenitores, el estrés parental, los rasgos de personalidad de los progenitores y el ambiente en el hogar.

El presente apartado expone los resultados obtenidos a partir del análisis correlacional realizado para dar respuesta a la **segunda hipótesis** planteada en el estudio. En dicha hipótesis se plantea que *la calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).*

4.2.1. Análisis de las relaciones entre el grado de seguridad del apego de los niños hacia sus madres con las variables maternas de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar

En total, se han calculado seis coeficientes de correlación de Spearman, habiéndose obtenido cuatro relaciones directas y dos indirectas, con valores absolutos que oscilan entre $-.522$ y $.054$, siendo únicamente significativa la dimensión de seguridad con estrés total de la madre (por estar asociada a una significación $p < .05$ y, por consiguiente, estadísticamente significativa y que no se debe al azar). (Consultar tabla 9).

Tal y como acabamos de señalar, la mayor relación con la dimensión seguridad del apego la encontramos para la variable estrés total ($r = -.522, p < .01$), seguida y con valores muy similares se encuentran los cuatro rasgos de personalidad, y con una relación muy débil, casi inapreciable, se encuentra el ambiente del hogar ($r = -.054, p > .05$). Como puede apreciarse, las relaciones entre la seguridad y el estrés total es media alta e inversa (a mayor seguridad menor estrés y viceversa).

En cuanto a los rasgos de personalidad de la madre, encontramos de mayor a menor relación, las siguientes correlaciones: poca-mucha socialización controlada ($r = -.250, p > .05$), seguida de introversión-extroversión controlada ($r = .242, p = .244$), ajuste-ansiedad ($r = -.239, p > .05$) y dependencia-independencia ($r = .226, p > .05$). Todas las relaciones son directas a excepción de ajuste-ansiedad, y ninguna de ellas alcanza significación estadística.

En conjunto estas correlaciones parecen indicar que cuando aumenta la seguridad del apego del hijo hacia su madre es menor el estrés que la madre experimenta en el ejercicio de la parentalidad, es menor su ansiedad como rasgo de personalidad, más elevada su tendencia a la impulsividad; asimismo se observa que a mayor seguridad en el apego, más elevada es la tendencia de la madre a la extroversión y a la independencia.

Tabla 9 Coeficientes de correlación de Rho de Spearman de la variable seguridad del apego de los niños hacia sus madres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar de las madres.

			Estrés total madre (PSI)	Ajuste-ansiedad(16 PF madre)	Introversión - extraversión (16PF madre)	Poca-mucha socialización controlada. (16PF madre)	Dependencia-independencia (16PF madre)	Puntuación directa total. Madre. (H.O.M.E)
Rho de Spearman	Seguridad madre	Coefficiente correlación	-,522**	-,239	,242	-,250	,226	-,054
	(Q-sort)	Sig. (bilateral)	,008	,250	,244	,229	,276	,806
		N	25	25	25	25	25	23
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).								
* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).								

4.2.2. Análisis de las relaciones entre dependencia del apego de los hijos hacia sus madres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar de las madres

Las relaciones obtenidas del estrés total de la madre, sus rasgos de personalidad y el hogar, son inferiores con la dependencia del apego de sus hijos si las comparamos con las de seguridad de éstos hacia sus madres, oscilando entre $-.260$ y $.019$ (consultar tabla 10). En concreto, todas las relaciones son directas, a excepción del rasgo de personalidad dependencia-independencia.

De mayor a menor fuerza en la relación con la dimensión de dependencia (Q-sort), se encuentra con el rasgo de personalidad dependencia-independencia ($r = -.260, p > .05$), seguida de estrés de la madre ($r = .183, p > .05$), introversión-extroversión ($r = .180, p > .05$), ajuste-ansiedad ($r = .093, p > .05$), ambiente en el hogar ($r = .070, p > .05$) y poca-mucha socialización ($r = .019, p > .05$).

Es decir, que a mayor dependencia del apego de los hijos hacia sus madres, mayor es el estrés de la madre, su ansiedad, su tendencia a la extroversión, socialización controlada, dependencia y hogar. Sin embargo, como se puede comprobar, ninguna de las relaciones es estadísticamente significativa. No obstante, la mayor parte de valores de correlación a excepción de la correlación entre la dimensión de dependencia y el factor de segundo orden dependencia-independencia es casi inexistente.

Tabla 10 Coeficientes de correlación de Rho de Spearman de la variable dependencia del apego de los niños con sus madres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar de las madres.

		Estrés total madre (PSI)	Ajuste-ansiedad (16PF madre)	Introversión-extroversión. (16PF madre)	Poca-mucha socialización controlada. (16PF madre)	Dependencia-independencia (16PF madre)	Puntuación directa total. Madre (H.O.M.E)
Rho de Spearman	Dependencia madre (Q-sort)	,183	,093	,180	,019	-,260	,070
	Sig. (bilateral)	,381	,657	,388	,930	,210	,750
	N	25	25	25	25	25	23
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).							
* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).							

4.2.3. Análisis de las relaciones entre la dimensión seguridad de los niños hacia sus padres con las variables paternas de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar

Al igual que en las madres, hay una relación medio-alta y estadísticamente significativa (por estar asociada a una significación $p < .05$ y, por consiguiente, estadísticamente significativa y que no se debe al azar) entre la seguridad del niño hacia su padre y el estrés del padre ($r = -.593, p < .01$), aunque en el caso del padre es mayor la relación (consultar tabla 11).

De los seis coeficientes de correlación de Spearman calculados, a excepción del estrés y el ambiente del hogar, las demás relaciones son muy débiles. En otro sentido, las relaciones son inversas a excepción del rasgo ajuste-ansiedad y ambiente del hogar.

La mayor relación con la dimensión seguridad del hijo hacia su padre se dan con el estrés total ($r = -.593, p = .002$), seguida de hogar ($r = .247, p > .05$), el rasgo dependencia-independencia ($r = .110, p > .05$), introversión-extroversión ($r = -.082, p > .05$), poca-mucha socialización ($r = -.035, p > .05$) y ajuste-ansiedad ($r = .004, p > .05$).

Por tanto, se puede decir en relación con el sentido que presentan las correlaciones que al aumentar la seguridad del apego entre el padre y su hijo, la dependencia del apego entre el padre y su hijo, disminuye el estrés del padre, aumenta la ansiedad del padre como rasgo de personalidad, el progenitor es más introvertido, más independiente y hay un mejor ambiente familiar por su parte.

Sin embargo, como se ha indicado anteriormente, sólo es significativa la relación con el estrés del padre.

Tabla 11

Coefficientes de correlación de Rho de Spearman de la dimensión seguridad del hijo hacia los padres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar de los padres.

			Estrés total padre (PSI)	Ajuste-ansiedad (16PF padre)	Introversión - extraversión (16PFpadre)	Poca-mucha socialización controlada. (16PFpadre)	Dependencia - independencia (16PFpadre)	Puntuación directa total. Padre. H.O.M.E
Rho de Spearman	Seguridad padre (Q-sort)	Coefficiente de correlación	-,593**	,004	-,082	-,035	,110	,247
		Sig. (bilateral)	,002	,984	,705	,872	,608	,244
		N	24	24	24	24	24	24

4.2.4. Análisis de relaciones entre la dependencia del apego de los hijos hacia sus padres con las variables de estrés total, rasgos de personalidad y ambiente familiar en el hogar

Las relaciones, en general, son de media o débil intensidad, aunque no discrepan mucho de unas a otras. De mayor a menor fuerza en las relaciones con la dependencia del apego padre-hijo, se encuentra el rasgo de dependencia-independencia del padre ($r = -.246, p > .05$), seguida de estrés del padre ($r = .221, p > .05$), introversión-extroversión ($r = .178, p > .05$), hogar ($r = -.171, p > .05$), ajuste-ansiedad ($r = .085, p > .05$) y poca-mucha socialización controlada ($r = -.035, p > .05$). (Consultar tabla 12).

Como se puede comprobar, las relaciones son directas en estrés del padre, ajuste-ansiedad e introversión-extroversión, mientras que son inversas en poca-mucha socialización controlada, dependencia-independencia y el ambiente del hogar. Por tanto, se puede decir que a mayor dependencia del apego padre-hijo mayor estrés en el padre, ansiedad, extraversión, impulsividad, dependencia y menor puntuación en el ambiente del hogar.

No obstante, ninguna de las relaciones analizadas son estadísticamente significativas puesto que se encuentran asociadas a significaciones $p > .05$.

Tabla 12

Coefficientes de correlación de Rho de Spearman de la variable dependencia del apego de los hijos hacia sus padres con estrés total, rasgos de personalidad y ambiente en el hogar de los padres.

			Estrés total padre (PSI)	Ajuste-ansiedad (16PF padre)	Introversión-extraversión. (16PF padre)	Poca-mucha socialización controlada (16PFpadre)	Dependencia-independencia . (16PF padre)	Puntuación directa total. Padre. (H.O.M.E)
Rho de Spearman	Dependencia padre (Q-sort)	Coefficiente de correlación	,221	,085	,178	-,035	-,246	-,171
		Sig. (bilateral)	,299	,691	,405	,872	,247	,426
		N	24	24	24	24	24	24
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).								

4.3. Modelos de predicción de la seguridad y la dependencia a partir del estrés del progenitor, sus rasgos de personalidad y el ambiente familiar

Una vez desarrollado el estudio correlacional pertinente, para dar respuesta a la **tercera hipótesis**, en un principio se planteó un estudio predictivo donde se considerasen como variables criterio la seguridad/dependencia del apego del niño tanto hacia la madre como hacia el padre. A su vez, como variables predictoras se consideraron el estrés de los madres/padres, cada uno de los rasgos de personalidad de los madres/padres, así como el ambiente familiar en el hogar (consultar la tabla 13 para una comprensión mejor de la estructura predictiva propuesta).

Tabla 13. Modelos de predicción planificados en un inicio en el estudio.

Modelo	Variables criterio	Predictores
1	Seguridad apego madre-hijo	Estrés total madre
		Ajuste-ansiedad de la madre
		Introversión-extraversión de la madre
		Poca-mucha socialización controlada de la madre
		Dependencia-independencia de la madre
		Ambiente familiar en el hogar madre

2	Dependencia apego madre-hijo	Estrés total madre
		Ajuste-ansiedad de la madre
		Introversión-extraversión de la madre
		Poca-mucha socialización controlada de la madre
		Dependencia-independencia de la madre
		Ambiente familiar en el hogar madre
3	Seguridad apego padre-hijo	Estrés total padre
		Ajuste-ansiedad del padre
		Introversión-extraversión del padre
		Poca-mucha socialización controlada del padre
		Dependencia-independencia del padre
		Ambiente familiar en el hogar padre
4	Dependencia apego padre-hijo	Estrés total padre
		Ajuste-ansiedad del padre
		Introversión-extraversión del padre
		Poca-mucha socialización controlada del padre
		Dependencia-independencia del padre
		Ambiente familiar en el hogar padre

De esa manera, para desarrollar cada uno de los modelos de predicción expuestos, se tenía previsto calcular cuatro modelos de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos (stepwise) (Criterios: Probabilidad-de-F-para-entrar $\leq .050$, Probabilidad-de-F-para-eliminar $\geq .100$). Sin embargo, debido a que sólo se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en algunas de las variables, condición previa a todo análisis de regresión, las características de la propuesta de análisis cambiaron.

Incluso en caso de realizar el análisis inicial, ni el modelo 2 ni el modelo 4 podrían implementarse debido a que el procedimiento de pasos sucesivos no incluiría las variables en cuestión, en ninguno de los dos modelos de regresión lineal múltiple. Ello se debe fundamentalmente a las bajas correlaciones existentes y asociadas en todos los casos a niveles $p > .05$. Por tanto, se descartan directamente, puesto que se puede

concluir que las variables excluidas no son buenos predictores para predecir la dependencia de los progenitores con sus hijos.

Es por todo ello, que se decidió reducir los cuatro modelos a dos (modelo 1 y modelo 3, quedando así como variables criterio la seguridad madre o padre con su hijo), reducir las variables predictores de seis a una (sólo se considera el estrés del madre/padre), pasando a ser entonces de un análisis de regresión múltiple a uno de regresión simple.

En resumen, sólo se ha podido implementar un análisis de regresión lineal simple entre las variables seguridad madre-hijo (Q-sort) y estrés de la madre, así como entre seguridad padre-hijo (Q-sort) y estrés del padre (consultar tabla 14 para mayor comprensión).

Tabla 14. Modelos de predicción implementados en el estudio.

Modelo	Variables criterio	Predictores
1	Seguridad madre-hijo	Estrés total madre
2	Seguridad padre-hijo	Estrés total padre

En otro sentido, a causa de no seguir una distribución normal las variables seguridad madre-hijo (Q-sort) y estrés del padre, a dichas variables se aplicó una transformación raíz cuadrada (Sokal y Rohlf, 2002), pasándose a denominar “*SegQsortM_RC*” y “*EstresP_RC*” respectivamente. De esta manera, se cumplen con todos los supuestos de normalidad y homocedasticidad para modelos lineales.

Los resultados obtenidos en los dos nuevos modelo 1 (seguridad madre-hijo con el predictor estrés de la madre) y modelo 3 (seguridad padre-hijo con el predictor estrés del padre) se muestran a continuación.

4.3.1. Modelo 1: y (seguridad madre-hijo) = $a + b_1x_1$ (estrés en madres)

El método por pasos sucesivos, en el primer paso aceptó que el modelo estuviese formado por el predictor estrés, como parte de la ecuación de regresión definitiva, habiéndose obtenido una puntuación estandarizadas $t > \pm 1.96$ y asociada, en consecuencia, a una significación $p < .05$, es decir, significativas. Así, en el modelo 1 encontrado ($\beta = -.450$; $t = -2.366$; $p < .05$), se ha obtenido como predictor el estrés de la madre [$F = 5.596$; $p < .05$], el cual explica el 20.3% de la varianza total en la seguridad madre-hijo ($R^2 = .203$). Consultar tablas 15, 16 y 17.

Tabla 15. ANOVA Modelo 1.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.119	1	.119	5.596	.027 ^b
	Residuo	.468	22	.021		
	Total	.587	23			

a. Variable dependiente: SegQsortM_RC

b. Predictores: (Constante), Estrés total madre (PSI)

Tabla 16. Resumen del modelo 1.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Eee ¹
1	.450 ^a	.203	.167	.14579

a. Predictores: (Constante), Estrés total madre (PSI)

b. Variable dependiente: SegQsortM_RC (Seguridad-Inseguridad madre-hijo, Q-sort)

¹ Error Estándar de la estimación.

En el caso de la variable incluida en el modelo 1, estrés de las madres, se alcanza un coeficiente de correlación múltiple $R = .450$, que en el caso del coeficiente de determinación múltiple asciende a $R^2 = .203$ (consultar tabla 16). En términos interpretativos, significa que en dicho modelo, el 20,3% de los cambios acaecidos en la variable seguridad, según informan las madres, se deben a la influencia de una única variable que, en este caso, ha resultado ser la variable estrés materno. En otro sentido, el error típico de estimación es muy bajo ($Eee = .145$), lo que denota que el modelo posee un buen ajuste y es, ciertamente, preciso.

A continuación se presenta la ecuación de regresión obtenida y los estadísticos complementarios del **modelo 1**.

El coeficiente *a*, o constante, ha obtenido un valor de .992 ($p < .001$), mientras que el coeficiente *b*, o tangente de la ecuación de regresión, ha obtenido un valor de -.006 ($p < .05$). Como se puede comprobar, la constante presenta signo positivo y la tangente negativo, estando asociados en ambos casos a niveles $p < .05$ (consultar tabla 17).

El signo negativo de la tangente indica que cuando la variable independiente o predictor (estrés de las madres) crece 1 unidad, la variable criterio seguridad madres decrece en 6 milésimas de unidad, es decir, en .006 unidades. En otro sentido, al tener un nivel $p < .05$ ambos coeficientes, estos son estadísticamente significativos.

Tabla 17. Ecuación de regresión y estadísticos complementarios del modelo 1.

Modelo	Coeficientes				Sig.
	Coeficientes no estandarizados		estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	T	
1					
(Constante “a”)	.992	.204		4.869	.000
Estrés total madre					
“b”	-.006	.002	-.450	-2.366	.027

a. Variable dependiente: SegQsortM_RC (Seguridad madre, Q-sort)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Concluyendo, se puede predecir la seguridad del niño con la madre a partir del estrés de la madre, cuyo modelo predictivo es:

$$y = .992 + -.006 x_1$$

Es decir,

$$\text{Seguridad del niño con su madre} = .992 + -.006 \text{ Estrés de la madre}$$

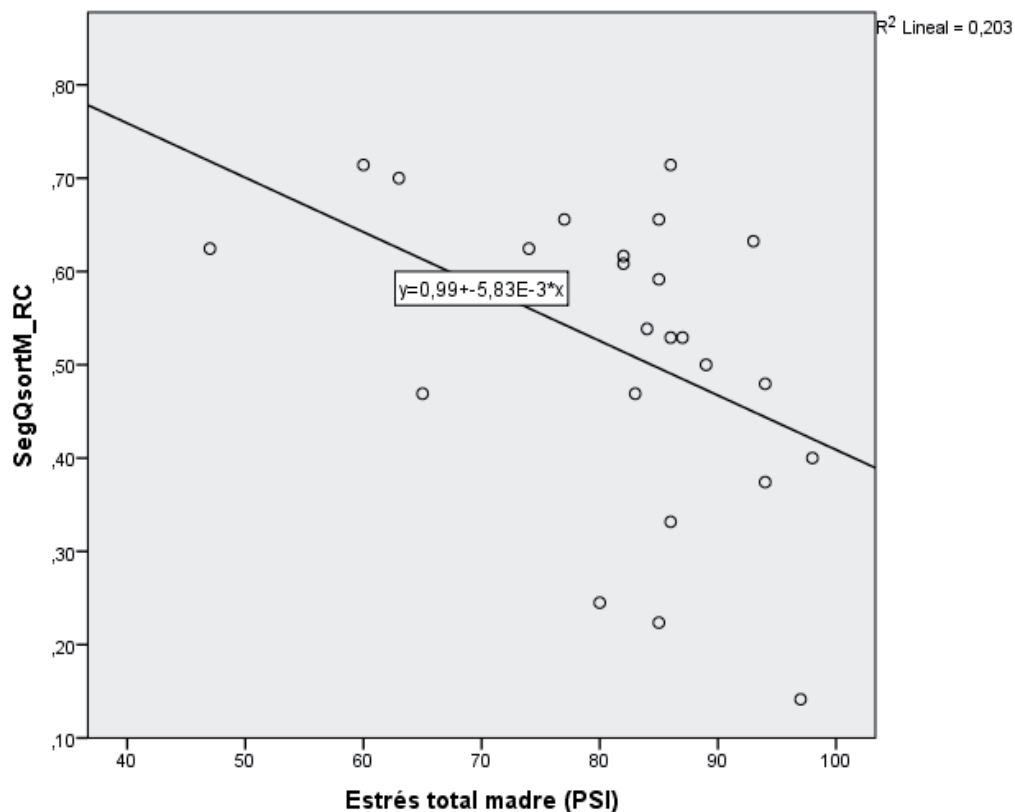


Imagen 46. Gráfico de dispersión entre las variables Seguridad madre-hijo y Estrés total de la madre.

4.3.2. Modelo 2: y (seguridad padre-hijo) = $a + b_1x_1$ (estrés en padres)

Al igual que en el caso del modelo 1, en el primer paso aceptó que el modelo estuviese formado por el predictor estrés, como parte de la ecuación de regresión definitiva. En concreto, en el modelo 2 encontrado ($\beta = -.538$; $t = -2.994$; $p < .05$), se ha obtenido como predictor el estrés de la madre [$F = 8.966$; $p < .05$], el cual explica el 29% de la varianza total en la seguridad madre-hijo ($R^2 = .290$) (consultar tablas 18, 19 y 20).

Tabla 18. ANOVA^o Modelo 2.

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.174	1	.174	8.966	.007 ^b
	Residuo	.426	22	.019		
Total		.600	23			

a. Variable dependiente: Seguridad padre (Q-sort)

b. Predictores: (Constante), EstresP_RC (Estrés total padre, PSI)

Tabla 19. Resumen del modelo 2.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Eee ¹
1	.538 ^a	.290	.257	.13922

a. Predictores: (Constante), EstresP_RC (*Estrés total padre, PSI*)

b. Variable dependiente: *Seguridad padre (Q-sort)*

El coeficiente de correlación múltiple $R = .538$, que en el caso del coeficiente de determinación múltiple asciende a $R^2 = .290$, en términos interpretativos, significa que en el modelo 2, el 29% de los cambios acaecidos en la variable seguridad padre-hijo se deben a la influencia de la variable estrés de los padres. En otro sentido, el error típico de estimación es muy bajo ($Eee = .139$), lo que denota que el modelo posee un buen ajuste y es, ciertamente, preciso.

A continuación se presenta la ecuación de regresión obtenida y los estadísticos complementarios del **modelo 2**.

El coeficiente a , o constante, ha obtenido un valor de 1.346 ($p < .01$), mientras que el coeficiente b , o tangente de la ecuación de regresión, ha obtenido un valor de $-.120$ ($p < .01$). Como se puede comprobar, la constante presenta signo positivo y la tangente negativo, estando asociados en ambos casos a niveles $p < .05$ (consultar tabla 20).

El signo negativo de la tangente indica que cuando la variable independiente o predictor (estrés de los padres) crece 1 unidad, la variable criterio seguridad padre-hijo decrece en 120 milésimas de unidad, es decir, en $.120$ unidades. En otro sentido, al tener un nivel $p < .05$ ambos coeficientes, estos son estadísticamente significativos, y por tanto el modelo.

Tabla 20. Ecuación de regresión y estadísticos complementarios del modelo 2.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error estándar	Beta	T	
1 (Constante "a")	1.346	.359		3.751	.001
Estrés total padre "b"	-.120	.040	-.538	-2.994	.007

a. Variable dependiente: *Seguridad padre (Q-sort)*
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Concluyendo, se puede predecir la seguridad del niño con el padre, a partir del estrés del padre, cuyo modelo predictivo es:

$$y = 1.346 + -.120 x_1$$

Es decir,

$$\text{Seguridad del niño con su padre} = 1.346 + -.120 \text{ Estrés del padre}$$

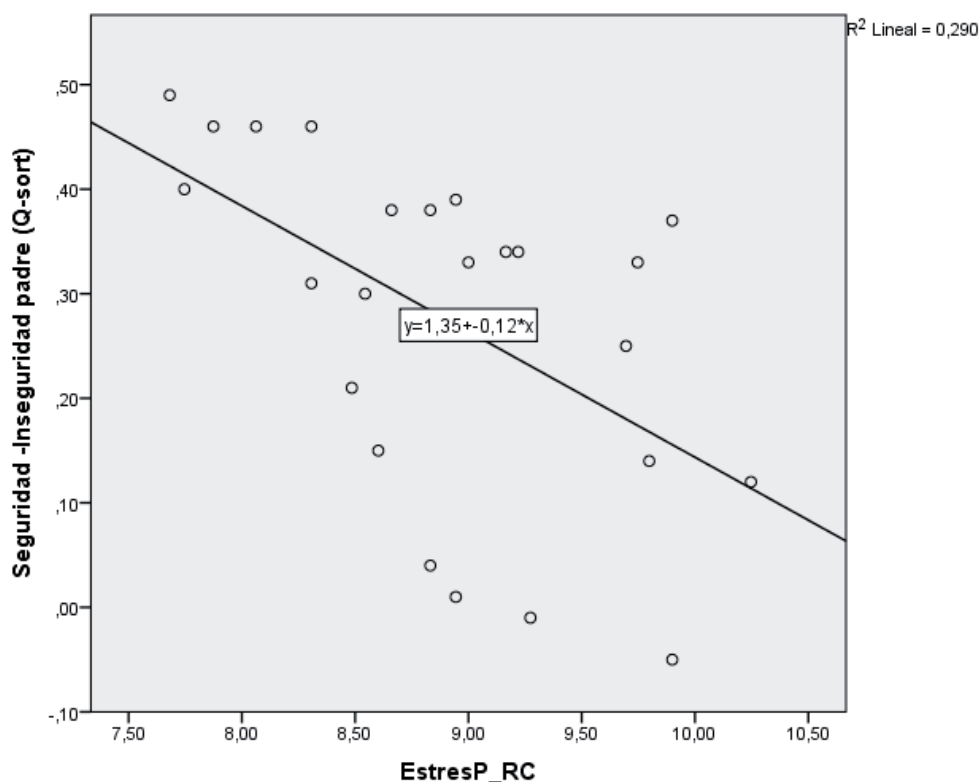


Imagen 47. Gráfico de dispersión entre las variables Seguridad padre-hijo y Estrés total del padre.

5. DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

Tal y como ha quedado expuesto en los apartados anteriores el objetivo de esta investigación se ha centrado en estudiar la naturaleza del proceso de formación de los primeros vínculos de apego, en una muestra de niños con Síndrome de Down. Para ello se han evaluado algunas de las variables que se han manejado como posibles determinantes de la seguridad del apego infantil, según avalan las investigaciones reflejadas en la literatura sobre el tema hasta el momento. Específicamente, se ha centrado en variables como los rasgos de personalidad de los padres, el grado de estrés derivado del ejercicio de la parentalidad así como la forma en que éstos organizan el ambiente familiar en torno a su hijo. Como se ha podido ver en el capítulo anterior cada una de estas variables se ha valorado en ambos progenitores, a fin de estudiar la diferencia entre éstos, en caso de que así fuese, y cómo puede influir cada uno de ellos en el establecimiento de los apegos. Así mismo, se ha estudiado cómo dichas variables pueden predecir la calidad de este primer vínculo afectivo, en las fases tempranas del desarrollo.

A continuación se va a proceder a la discusión de los resultados obtenidos. Con el fin de facilitar la claridad de la exposición se ha optado por organizar este apartado atendiendo por separado a cada una de las tres hipótesis formuladas con sus correspondientes objetivos.

5.2. DISCUSIÓN

5.2.1. Discusión de la primera hipótesis

Primera Hipótesis: Existen diferencias, entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Como **primer objetivo** de esta hipótesis se propuso conocer si difiere el grado de seguridad y dependencia en la relación de apego que el niño establece, con ambos progenitores.

Al respecto, los resultados muestran, en cuanto a la dimensión seguridad, que tanto los padres como las madres perciben a sus hijos de un modo bastante similar, teniendo los valores alcanzados signo positivo, lo cual indica que se trata de valoraciones coincidentes con apegos que tienden a ser seguros. Asimismo, no se encuentran diferencias entre ambos progenitores en la dimensión de dependencia. En este caso los resultados encontrados muestran que tanto los padres como las madres perciben que sus hijos no son demasiado dependientes. Como se sabe, el instrumento empleado para valorar la seguridad del apego entiende la calidad de la vinculación en términos de seguridad y de dependencia, tratando de aunar los conceptos recogidos en la teoría del apego, según los cuales un niño con apego seguro es el que utiliza a su figura de apego como refugio en los momentos de malestar y como base de seguridad a partir de la cual explorara el entorno. En ambas dimensiones del Q-sort de apego se recogen estos aspectos del apego seguro, de manera que a medida que el niño alcanza puntuaciones mayores en la dimensión seguridad tendrá mayor confianza en que su figura de apego va a estar accesible y disponible cuando él lo necesite, y obtendrá menores puntuaciones en dependencia, lo que le llevará a implicarse con mayor frecuencia en tareas exploratorias.

En este sentido uno de los primeros trabajos que valoró la calidad del apego con respecto a la figura paterna fue realizado por Main y Weston (1981) observando en sus resultados que el estilo de apego puede ser diferente respecto a la madre o al padre. Estas autoras utilizaron la Situación Extraña para medir la calidad del apego hacia las madres y los padres en una población de 44 niños de entre uno y dos años y medio de edad. Llegaron a la conclusión de que el niño puede tener un apego seguro ó inseguro con ambos progenitores, pero también se encontraron casos en los que el apego con uno de ellos podía ser seguro y con el otro inseguro. No obstante, Fox, Kimmerly & Schafer (1991) en una revisión meta-analítica efectuada con 11 trabajos en los que se había comparado la calidad del apego de la madre con la del padre, no encontraron diferencias significativas al respecto; es decir, el niño que con la madre establecía un apego seguro

también solía establecerlo con el padre. Estos autores explicaban estas similitudes en la vinculación aludiendo a la semejanza en las prácticas de crianza empleadas por ambos progenitores. Más recientemente Caldera (2004), empleando el Q-sort en una muestra de 60 díadas procedentes de población sin discapacidad, encuentra concordancia entre el padre y la madre en cuanto a las dimensiones de seguridad y dependencia. Estos datos se encuentran en consonancia con los alcanzados en este estudio.

En cuanto al **segundo objetivo**, a saber, conocer si existen diferencias en el grado de estrés en ambos progenitores, en concreto, a través de las dimensiones de malestar paterno, la interacción disfuncional padre-hijo, niño difícil y el estrés total, los resultados arrojan puntuaciones bajas o medio-bajas en ambos progenitores en todas las dimensiones; no obstante también se ha podido comprobar que son las madres las que obtienen los resultados más elevados en todas las variables que analizan el grado de estrés parental, siendo en ambos progenitores la media ligeramente más elevada en la dimensión niño difícil.

En este sentido, se ha podido constatar que si bien son las madres las que parecen experimentar niveles ligeramente mayores de estrés que los padres como resultado de las tareas del ejercicio de su rol materno, estas diferencias no son significativas desde el punto de vista estadístico.

El **tercero de los objetivos** vinculado a la primera hipótesis de este trabajo planteaba averiguar la existencia de diferencias entre los padres y las madres en cuanto a sus rasgos de personalidad: ansiedad, extraversión, socialización controlada e independencia.

En este sentido, tal y como ha quedado expuesto en el apartado de resultados, ambos progenitores y atendiendo a los cuatro rasgos de personalidad estudiados, se encuentran en el rango de la normalidad, sin evidenciarse sintomatología de clínica. En particular, las madres parecen estar más ansiosas y son más desenvueltas socialmente y los padres presentan un mejor ajuste psicológico, y tienden a ser más reservados e

inhibidos en sus contactos personales. Además las madres se muestran más espontáneas y animadas frente a los padres que tienden a manifestar una actitud más organizada y escrupulosa. Asimismo, se destaca, a la luz de los resultados obtenidos, que los padres tienden un poco más a la independencia que las madres. Sin embargo, los rasgos de personalidad que arrojaron diferencias significativas entre los padres y las madres son los relacionados con Poca-mucha socialización controlada e Introversión-extraversión.

Finalmente **el cuarto de los objetivos** pretendía describir las variables contextuales del hogar centrándose en la calidad de estimulación y en el apoyo que recibe el niño con SD en el hogar atendiendo a la forma en que padres y madres lo perciben. De nuevo, en este caso, se ha tratado de conocer si ambos progenitores se diferencian en este aspecto de la estimulación de su hijo con SD.

Los resultados hallados reflejan que la calidad general de la estimulación y el apoyo que el niño recibe en casa, es mejor en el caso de las madres que en el de los padres. De nuevo también, en todas las dimensiones estudiadas respecto al contexto familiar, las puntuaciones reflejadas por las madres son más elevadas que las reflejadas por los padres, a excepción de la dimensión Organización del ambiente físico y temporal. Esta dimensión arroja los mismos resultados, en ambos padres, al tratarse de una variable que recoge la información de la propia vivienda en la que convive la familia.

Las diferencias entre progenitores son estadísticamente significativas en dos variables: Total de la escala HOME y en la referida a la Implicación materna frente a la paterna con el niño. Parece que las madres son acreedoras de un mejor ambiente familiar y afirman tener una mayor implicación hacia sus hijos con Síndrome de Down que los padres. La puntuación general total indica que las madres contribuyen en mayor medida a la calidad del ambiente general de casa de sus hijos y de forma especial mediante la implicación materna que viene a referirse a la forma en la que se relaciona la madre con su hijo, a su manera de controlar la conducta de su hijo y al comportamiento de ésta para demostrar su afecto hacia el niño, durante la visita.

En este sentido, y en relación con los resultados obtenidos en este estudio, cabe mencionar el trabajo de Crawley y Spiker (1983) en el que concluían que existía una relación positiva entre la habilidad estimuladora de la madre y la edad mental de los niños con SD. En este mismo sentido, Shonkoff, Hauser-Cram, Krauss y Upshur (1992) encontraron correlaciones entre las conductas de las madres, para la promoción del desarrollo de sus hijos, y el progreso de éstos.

En consecuencia, y en relación con la primera de las hipótesis del trabajo, conocer si existen diferencias, entre el padre y la madre, en relación al estilo de apego que establecen con su hijo con SD, los rasgos de personalidad que presentan los propios padres, el estrés parental que pueden sufrir ante su rol como padres y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar), se puede concluir diferentes cuestiones, dado que no se han encontrado diferencias, en todas las dimensiones analizadas, lo cual lleva a no aceptar en su totalidad la hipótesis planteada.

En primer lugar ambos progenitores establecen un vínculo con tendencia a la seguridad con sus hijos, habiéndose detectado concordancia en ambos. Se coincide con autores como Fox et al. (1991) cuando destacaban que la semejanza en los estilos de crianza y en los niveles de sensibilidad mostrados en las interacciones cotidianas con sus hijos podrían ser las responsables de esta coincidencia.

En cuanto al estrés experimentado por padres y madres tampoco los resultados llevan a poder constatar la existencia de diferencias significativas entre ellos. En relación a los rasgos de personalidad las diferencias entre ellos se dan en los rasgos de extraversión y socialización controlada.

En cuanto a la valoración del contexto familiar, las dimensiones en las que se observan diferencias significativas son, el Total de la escala que recoge las respuestas emocionales y verbales de la madre/padre, la evitación de la restricción o castigo, la organización del ambiente físico y temporal, la provisión de materiales de juego apropiados, la implicación materna/paterna con el niño y las oportunidades de variedad

en la estimulación diaria; manifestado de otra forma expresa la cantidad y calidad general de la estimulación y el apoyo que el niño recibe en su casa, y la dimensión Implicación materna/paterna que valora cuestiones como si la madre/padre mantiene al niño al alcance de su mirada y lo mira frecuentemente, si la madre/padre habla al niño mientras trabaja, si refuerza sus avances, si otorga valor a los juguetes “de más mayores”, si estructura los períodos de juego del niño y si le ofrece juguetes que animan al niño a desarrollar nuevas habilidades. En ambas dimensiones, las madres han mostrado una media mayor que los padres.

5.2.2. DISCUSIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

Segunda Hipótesis: La calidad de la vinculación afectiva que el niño con SD establece con sus padres se relaciona con los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

En conjunto esta hipótesis pretende conocer la implicación que tienen sobre la seguridad del apego los rasgos de personalidad y el estrés de los padres así como la calidad de la estimulación y el apoyo que el niño con SD recibe en el hogar.

A la vista de los resultados encontrados en este trabajo y en relación con el **primero de los objetivos** propuestos, analizar si la seguridad del apego en el niño con SD se relaciona con los rasgos de personalidad de sus progenitores se comprueba, en primer lugar, la baja relación encontrada entre los rasgos de personalidad de la madre y la seguridad del apego del niño. Sin embargo, parece interesante conocer las tendencias encontradas en estas relaciones. Así, por ejemplo, los datos apuntan que aquellos niños que alcanzan mayores niveles de seguridad en la relación de apego con su madre, tienen madres que muestran una actitud más espontánea y flexible ante la vida, tendencia a la extraversión, mayor ajuste y, por ende menores niveles de ansiedad y suelen ser más independientes. Al respecto diversas investigaciones, con población sin discapacidad, han concluido que las diferencias que mostraban las figuras de apego en los rasgos de personalidad estudiados no guardan relación con la seguridad del apego de los niños

(p.ej. Mangelsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang & Andreas, 1990), si bien el sentido de la relación entre los rasgos de personalidad de la madre y el grado de seguridad siguen la misma dirección que los encontrados en el trabajo de Martínez-Fuentes, Brito de la Nuez & Pérez-López (2000). Asimismo se comparte, con estos autores, la idea de que parece que los rasgos de personalidad, por sí solos, no dan lugar a diferencias individuales en el grado de seguridad del apego del niño.

El **segundo de los objetivos** incluidos en esta hipótesis estaba dirigido a comprobar la relación entre la seguridad del apego del niño con cada uno de sus progenitores y el grado de estrés derivado del ejercicio de la parentalidad. Los resultados muestran que las madres que informan tener un malestar mayor como consecuencia de factores personales en relación con la crianza de su hijo, que perciben que su hijo no satisface las expectativas puestas en él y que tienen dificultades para controlar al niño son aquellas que establecen apegos menos seguros y más dependientes con sus hijos. Esta misma tendencia aparece en el caso de los padres. Estos resultados se encuentran en consonancia con los encontrados por Jarvis y Creasey (1991). En este estudio, realizado con 32 familias procedentes de población sin discapacidad y empleando los mismos instrumentos que se han utilizado en este estudio para valorar el apego y el estrés parental, encuentran que el estrés se relaciona con el apego inseguro que el niño establece tanto con el padre como con la madre. Asimismo, el trabajo de Scher y Maysless (2000) destaca que las madres de niños que mostraban apego inseguro ambivalente, entre las edades de 2 y 3 años, presentaban mayores niveles de estrés.

El nacimiento de un niño con SD se convierte en una fuente de estrés añadido para las familias (Van Hooste & Mas, 2003). Son diferentes los motivos por los que este estrés puede verse aumentado; entre ellos, Guralnick, (1998, 1999) alude a la necesidad de información que manifiestan tener los padres en relación al estado actual y futuro de salud y de desarrollo de su hijo, al estado emocional provocado por el proceso de duelo que ha de atravesar la familia, a las dificultades derivadas del desempeño específico de la crianza del niño, etc. Otros autores han señalado que los padres de niños con SD presentan más estrés en relación a la competencia en su rol de padres, salud y depresión (Scott, Atkinson, Minton & Bowman, 1997; Roach, Osmond & Banatt, 1999). Estos

estresores podrían tener efecto negativo sobre las interacciones tempranas padres-hijo y sobre el progreso evolutivo de los niños (Van Hooste & Maes, 2003). Como se trató en el capítulo dedicado al análisis de los vínculos de apego, uno de los factores que ha recibido más apoyo al tratar de explicar la calidad de los vínculos afectivos tempranos se ha situado en el modo en que transcurren las interacciones tempranas padre-hijo; siendo las interacciones sensibles las que tienden a fomentar los apegos seguros. Autores como Dekker et al. (2002) han señalado que los niveles de sensibilidad materna son menores en madres de niños con discapacidad. Si el estrés es una variable que modula la calidad de las interacciones es bastante previsible suponer que tendrá implicaciones sobre la seguridad del apego. Los resultados de este trabajo se encuentran en esta dirección.

Con respecto al **tercer objetivo** de esta hipótesis, identificar si la seguridad del apego en el niño con SD se relaciona con la estimulación y el apoyo que el niño recibe en el hogar, los resultados no muestran relación entre ambas variables, tanto en el caso de los padres como en el de las madres. Son muchas las tareas derivadas del rol de padre/madre; si bien es importante para promocionar el desarrollo del niño el estar en un contexto estimulante de calidad, parece a la luz de los resultados obtenidos en este punto, que no todas las facetas de la parentalidad están igualmente implicadas en la seguridad del apego. Autores como Cassidy, Woodhouse, Cooper, Hoffman, Powell y Rodenberg (2005), después de comprobar como la mayor parte de los estudios realizados sobre la sensibilidad materna y la calidad del apego que la sensibilidad materna es un factor que explica solo en parte la seguridad del apego, proponen la necesidad de matizar los aspectos del comportamiento adulto que serían más relevantes para determinar la calidad del apego: expresado en otros términos y tomando como referencia los resultados de este estudio, parece que la manera en que los padres organizan el entorno familiar no es lo más determinante de la calidad del apego temprano en población infantil con SD. Si se parte de la idea de que un apego es aquel en el que la figura de apego es capaz de ser una base segura, es decir, se siente “lo suficientemente cómoda” con la conducta exploratoria de su hijo, se muestra interesada en apoyarla, se siente “lo suficientemente cómoda” con la conducta de apego del bebé y desea satisfacerla de modo que el bebé encuentra consuelo en ella cuando lo solicita, es posible que aun siendo padres que proporcionan un ambiente del hogar estructurado y

de calidad, tal y como lo refleja la escala HOME, pueden fallar en estos dos aspectos clave que son los que se encontrarían explicando el apego seguro. No obstante, estos resultados sugieren inevitablemente la necesidad de seguir indagando en esta línea, dado que el reducido tamaño de la muestra estudiada dificulta la obtención de resultados concluyentes al respecto.

5.2.3. DISCUSIÓN DE LA TERCERA HIPÓTESIS

Tercera Hipótesis: La seguridad y la dependencia en las relaciones de apego que mantienen los niños con SD y sus padres, se pueden predecir a partir de los rasgos de personalidad del padre/madre, el estrés parental del padre/madre y/o el ambiente familiar con los padres en el hogar (contexto familiar).

Esta hipótesis pretendía la generación de un modelo predictivo que pudiera integrar las tres variables independientes estudiadas en el presente trabajo, es decir, en elaborar un modelo que nos permitiera saber si los rasgos de personalidad de los padres, el grado de estrés parental y el tipo de estimulación y apoyo que recibe el niños con Síndrome de Down en el hogar pueden explicar, en conjunto, el grado de seguridad alcanzado en la relación de apego.

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que los cambios acaecidos en el grado de seguridad del apego que el niño con Síndrome de Down establece con ambos progenitores se deben a una única variable de las tres analizadas; se refiere la variable estrés parental. Es necesario recordar que la relación entre ambas variables tenía un carácter negativo, lo cual significa que a medida que los padres (padre/madre) se sienten más estresados como consecuencia de las exigencias que la crianza de su hijo les plantea, los niños tienen apegos menos seguros. Estos resultados llevan a pensar que el grado de estrés podría estar interfiriendo en el modo en que transcurren las interacciones tempranas entre los padres y sus hijos, de modo que los padres más estresados son aquellos que podrían mostrar más dificultades a la hora de desarrollar interacciones en las que se responda adecuadamente a las necesidades exploratorias del niño así como a las necesidades de ser calmado y reconfortado por el adulto, cuando el

niño lo necesite. Sin embargo, sería conveniente analizar la calidad de la interacción entre padres e hijos con Síndrome de Down, para poder extraer resultados más concluyentes.

Tal como se refirió en el capítulo 2 de este estudio, varios son los trabajos que han profundizado en las interacciones en el seno de las familias con niños con SD. Parece que en los estudios en los que se ha trabajado con muestras con discapacidad intelectual, de diversa etiología, los resultados indicaron que, en comparación con las familias de niños con otras discapacidades distintas al SD, las familias de los niños con SD lo afrontan mejor, parecían tener más armonía, las madres sufrían menos estrés, las relaciones entre los diversos componentes familiares eran más estrechas (Mink, Nihira y Meyers, 1983; Hodapp et al, 2003). Sin embargo cuando los estudios comparaban estas familias con un niño con SD con las que no tenían un hijo con discapacidad, las madres mostraban un grado ligeramente mayor de estrés y una menor capacidad para afrontar la situación Roach et al. (1999) y Scott et al. (1997) observaron que tanto las madres como los padres de niños con SD mostraban más estrés en dimensiones como la competencia de los padres, la salud, restricción de su papel y depresión.

Como manifestaba Cunningham (1996) la mayoría de los estudios concluyen que el 65-70% de las familias de niños con SD funcionaban como la mayoría de las familias que no tienen un miembro con SD. Esta afirmación parece que va en consonancia con los resultados de este estudio.

Con respecto a la hipótesis planteada tampoco nuestros datos nos permiten confirmarla en su totalidad.

6. CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones generales

Si bien los resultados obtenidos han de interpretarse con cierta cautela dado el reducido tamaño de la muestra participante en el estudio, podríamos subrayar las siguientes conclusiones.

En primer lugar, debemos destacar el alto grado de convergencia entre padres y madres en cuanto al grado de seguridad del apego que su hijo con Síndrome de Down establece con ellos.

Por otro lado se ha podido comprobar cómo padres y madres se diferencian en algunos de los rasgos de personalidad estudiados (Poca-mucha socialización controlada e Introversión-extraversión) y en el tipo de estimulación y apoyo que proporcionan a su hijo en el hogar (Total escala e Implicación materna).

En tercer lugar, se puede concluir destacando que el grado de seguridad del apego en niños con Síndrome de Down está relacionada con el grado de estrés parental (tanto en el caso de los padres como en el de la madres) y no solo guarda relación como tal sino que parece tener bastante fuerza desde el punto de vista del pronóstico de la seguridad del apego.

Por último, a tenor de los resultados, se puede concluir sobre la necesidad de enfatizar la importancia de la Atención Temprana como moderadora del estrés familiar, ayudando a las familias a conocer mejor a su hijo con SD, potenciando las respuestas adecuadas de afrontamiento a la nueva situación y, en definitiva, haciendo sentir a los padres confianza y competencia en su rol como tales. Para ello, habría que resaltar la importancia de aportar a los padres información sobre las habilidades y limitaciones de sus hijos, ayudarles en su ajuste emocional, y al de toda la familia, ante el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down o en otros momentos críticos del ciclo vital de su hijo,

como pueden ser la selección de centros escolares o el surgimiento de una enfermedad asociada, ayudar a que crear un entorno natural estimuladamente rico y estructurado e informar a las familias de los recursos de apoyo comunitarios existentes fomentando, a su vez, los apoyos sociales familiares, de amistad, etc. Asimismo la intervención debe centrarse en mejorar los patrones de interacción padres-hijo en los primeros meses de vida, lo que hace necesario que los Centros de atención temprana dispongan de profesionales preparados para valorar dichas interacciones y que sepan responder de manera sensible a éstas, con el fin de promover apegos seguros padres-hijo.

6.2. Limitaciones del estudio

El hecho de que las familias participantes en esta investigación debiesen tener unas condiciones muy específicas (tener, al menos, un hijo con SD; que tuviese una edad cronológica máxima de 36 meses, una edad de desarrollo de entre 9 y 24 meses y una diferencia entre la edad cronológica y la de desarrollo máxima de un año) a fin de contar con una población infantil lo más homogénea posible, redujo el número de participantes. Esta condición tal, y como hemos indicado en los capítulos anteriores, es la que nos lleva a interpretar con reserva los resultados obtenidos.

Además y debido a que las familias eran atendidas en un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) o Asociación Síndrome de Down, participando en programas de Atención Temprana, en los que no sólo se atienden las necesidades del niño y se plantean objetivos dirigidos a mejorar su desarrollo mental, motor y social, sino que fundamentalmente, se efectúan intervenciones dirigidas a los padres a fin de favorecer el proceso de adaptación en la crianza de su hijo, es posible que no se hayan encontrado relaciones más intensas entre las variables estudiadas.

Los escasos estudios encontrados, en torno a la última década, sobre los primeros vínculos afectivos en la población con SD, ha dificultado un análisis comparativo, respecto a los resultados en otras investigaciones y constituyen otra limitación de este estudio.

Las características del instrumento de medida empleado para valorar el grado de seguridad del apego, así como el modo en el que se ha utilizado podría ser un factor que esté enmascarando resultados, al tratarse de valoraciones de la seguridad del apego efectuadas por los padres. El sesgo puede venir dado por el hecho de tratarse de percepciones parentales; por tanto consideramos que sería necesario en investigaciones posteriores el uso de instrumentos más objetivos, como por ejemplo la Situación Extraña de Ainsworth et al. (1978).

6.3. Propuestas de futuras líneas de investigación

Se considera una vez finalizado este trabajo que en posteriores estudios que se realicen sobre este tema o líneas de trabajo similares, se utilice un mayor tamaño muestral, a fin de seguir profundizando en los vínculos afectivos de los niños con Síndrome de Down.

Del mismo modo, aunque la valoración del desarrollo psicomotor, en este trabajo, tenía como único fin hacer un cribado de las familias que podían o no ser participantes de esta investigación, se considera conveniente utilizar algún instrumento de evaluación del desarrollo más actualizado y con mejores propiedades psicométricas.

Así mismo, sería interesante estudiar el efecto moderador que la atención temprana puede tener en la disminución del estrés parental. Los profesionales de la atención temprana, mediante una orientación adecuada, pueden acompañar a los padres en el proceso de conocimiento y aceptación de su hijo tal cual es, ofreciéndoles apoyo, información, asesoramiento, entrenamiento, a fin de que ellos puedan ir sintiéndose más eficaces como padres.

Para finalizar, y dentro de las aportaciones que este estudio puede ofrecer el contexto de la Atención Temprana, también podría ser objeto de estudio el modo en el que se construyen y ejecutan los programas de intervención temprana, en su forma y contenido, para que consideren especialmente la situación de los padres, y el ambiente natural inmediato, fundamentalmente en las fases del establecimiento del primer vínculo

afectivo así como en aquellos momentos, de la etapa vital del niño o de factores de riesgo o circunstanciales que puedan aparecer en el contexto o en el propio niño. Estas vivencias pueden aumentar la probabilidad de un mayor estrés familiar.

BIBLIOGRAFÍA



- Abbeduto, L., Murphy, M., Richmond, E., Amman, A., Beth, P., Weissman, M., Kim, J., Cawthon, S. & Karadottir, S. (2006). Collaboration in referential communication: comparison of youth with Down syndrome or Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 111 (3), 170-183.
- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI/VR)*, (3ª edición). Odessa Florida: Psychological Assessments Resources.
- Abravanel, E. & Sigafos, A.D. (1984). Exploring the presence of imitation during early infancy. *Child Development*, 55, 381-392.
- Adam, E.K., Gunnar, M.R. & Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion and observed parenting behavior: mediator and moderator models. *Child Development*, 75, 110-122.
- Ainsworth, M.D.S. (1964). Patterns of attachment behaviour shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Q*, 10, 51-58.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. In M. Bettye, Caldwell & Henry N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research*, Vol. 3. Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932-937.
- Ainsworth, M.D.S. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 463-488.) Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1974). Mother-infant interaction and the development of competence. En K. Connolly & J. Bruner (Eds.), *The growth of competence* (pp. 97-118). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M.D.S. & Wittig, B.A. (1969). Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Dir.), *Determinants of infant behaviour*, vol. 4. London: Methuen.

- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton, D.J. (1984). El vínculo entre la madre y el bebé: la “socialización” como producto de la responsividad recíproca a las señales. En M.P. Richards (Ed.), *La integración del niño en el mundo social* (pp. 61-102). Buenos aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1974).
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978a). *Patterns of attachment: a Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978b). Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. En A.R. Shaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17-57). New York: Academic Press.
- Alcock, K.J. (2006). The development of oral motor control and language. *Down syndrome Research and Practice*, 11(1), 1-8. Recuperado de <http://information.downsided.org/dsrp/11/01>
- Alcock, K.J. & Gordon, E. (2002). Oral motor and language development. Paper presented at the *Euresco Conference Series-Brain and Cognition in Human Infants*, Acquafredda di Maratea, Italy.
- Andreu, T. (1996). Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de la atención temprana. *Revista de Educación Especial*, 22, 55-66.
- Angulo, M.C., Gijón, A., Luna, M. & Prieto, I. (2012). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas del síndrome de Down*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación e Innovación Educativa.
- Archer, J. (1992a). Childhood gender roles: social context and organization. In H. McGurk (Ed.), *Childhood social development: contemporary perspectives*. Hove, England: Erlbaum.
- Archer, J. (1992b). *Ethology and human development*. Henfordshire, England: Harvester Wheatsheaf.
- Arsenian, J.M. (1943). Young children in an insecure situation. *Journal of abnormal and social psychology*, 38, 225-249.
- Artigas, M. (2005). *Síndrome de Down (trisomía 21). Protocolos de genética*, (pp. 37-43). Asociación Española de Pediatría. Recuperado de <http://aeped.es/protocolos/genetica>.
- Atkinson, L., Chisholm, V., Dickens, S., Scott, B., Blackwell, J.L., Tam, F. & Goldberg, S. (1995). Cognitive coping, affective distress and maternal sensitivity: mothers of children with Down syndrome. *Developmental Psychology*, 31, 668-676.

- Atkinson, L., Chisholm, V.C., Scott, B., Goldberg, S., Vaughn, B.E., Blackwell, J.L., Dickens, S. & Tam, F. (1999). Maternal sensitivity, child functional level and attachment in Down syndrome. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3), 45-66.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: a review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M. H., Bokhorst, C. L. & Schuengel, C. (2004). The importance of shared environment in infant-father attachment: A behavioral genetic study of the Attachment Q-Sort. *Journal of family psychology*, 18, 545-549.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*, 6 (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bates, J. (1987). Temperament in infancy. En J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*, 2 (pp. 1101-1149). New York: Wiley.
- Bates, J. (1989). Concepts and measures of temperament. En Kohnstamm, G.A., Bates, J. & Rothbart, M., *Temperament in childhood* (pp. 3-26). New York: Wiley.
- Bateson, P.P.G. (1966). The characteristics and context of imprinting. *Biological Reviews*, 41, 177-220.
- Bateson, P.P.G. (1976a). De la antropología a la epistemología. En Bateson, G. (2006), *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, P.P.G. (1976b). Rules and reciprocity in behavioural development. In P.P.G. Bateson & R.A. Hinde (Eds.), *Growing points in ethology* (pp. 401-421). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Beard, R.M. (1971). Los primeros dos años: el desarrollo psicosocial. En *Psicología evolutiva de Piaget* (pp. 200-232). Buenos Aires: editorial Kapelusz S.A.
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. & Ventura-Juncá, P. (2010). *Aportes de la epigenética en la comprensión del ser humano*. Rev. Med. Chile, 138: 388-372. Recuperado en http://revistagpu.cl/2013/GPU_junio_2013_PDF/Editorial_2013-2.pdf

- Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1987). An organizational approach to symbolic development in children with Down syndrome. *Child development*, 36, 5-29.
- Bell, R.Q. (1979). Parent, child and reciprocal influences. *American Psychologist*, 34, 821-826.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. (1997). Theory testing, effect-size evaluation and differential susceptibility to rearing influence: the case of mothering and attachment. *Child Development*, 68, 598-601.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of security. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). New York: The Guilford Press.
- Belsky, J. & Cassidy, J. (1994). Attachment: theory and evidence. In M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Developmental through life*, (pp. 373-402). London: Blackwell
- Belsky, J. & Isabella, R. (1988). Maternal, infant and social contextual determinants of attachment-security. En J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: an empire approachment. *Child Development*, 58, 787-795.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Q-sort security and first year nonmaternal care. En K. McCartney (Ed.), *New Directions in child development*, 49. *The social ecology of daycare* (pp. 7-22). San Francisco: Jossey Bass.
- Belsky, J., Fish, M. & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: family antecedent and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27, 421-431.
- Belsky, J. & Pasco Fearon, R. (2008). Precursors of attachment security. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Belsky, J., Spritz, B. & Cmic, K. (1996). Infant attachment security and affective-cognitive information processing at age 3. *Psychological Science*, 7, 111-114.
- Benoit, D. & Parker, K.C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Berger, K.S. (2004). Los primeros dos años en el desarrollo psicosocial. En Berger, K.S., *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia* (pp. 201-232). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Berlyne, D.E. (1958). The influence of the albedo and complexity of stimuli on visual fixation in the human infant. *British Journal of Psychology*, 49, 315-318.
- Bermejo-Sánchez, E., Cuevas, L., Grupo periférico del ECEMC & Martínez-Frías, M.L. (2012). Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España sobre los datos registrados por el ECEMC en el período 1980-2011. Boletín ECEMC. *Revista de Dismorfología y Epidemiología*, VI (2), 73-110.
- Bishop, D.V.M. (2002). Motor immaturity and specific speech and language impairment: Evidence for a common genetic basis. *American Journal of Medical Genetics*, 114(1), 56-63.
- Blanca, M.J. & Rando, B. (1999). *Ejercicios de diseños experimentales básico en psicología*. Málaga: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga.
- Block, M.E. (1991). Motor development in children with Down syndrome: a review of the literatura. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 8, 179-209.
- Bokhorst, C.L., Bakersmans-Kranenburg, M.J., Fearon, R.M.P., van Ijzendoorn, M.H., Fonagy, P. & Schvengel, C. (2003). The importance of shared environment in mother-infant attachment security: a behavioral genetic study. *Child Development*, 74, 1769-1782.
- Botto, A. (2013). ¿Lamarck tenía razón? Genes, Ambiente y herencia epigenética. *Revista Psiquiátrica Universitaria*, 116-118. Recuperado en http://revistagpu.cl/2013/GPU_junio_2013_PDF/Editorial_2013-2.pdf
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-371.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 9-27.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida-3: La pérdida afectiva*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (Trabajo original publicado en 1980.)
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida-1: El apego*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (Trabajo original publicado en 1969.)
- Bowlby, J. (2009). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Bowlby, J. (2010). *El apego y la pérdida-2: La separación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (Trabajo original publicado en 1973).
- Braungart-Riecker, J.M., Garwood, M.M., Powers, B.P. & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect and affect regulation: predictors of later attachment. *Child Development*, 72, 252-270.
- Bretherton, I. (1980). Young Children in stressful situations: the supporting role of attachment figures and unifamiliar caregivers. *Uprooting and Development. Current Topics in Mental Health*, 179-210. doi: 10.1007/978-1-4684-3794-2_9
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the theory and research in child development*, 50, (1-2, serial n° 209), 3-37.
- Bretherton, I. & Ainsworth, M.D.S. (1974). Responses of one-year-olds to a stranger in a strange situation. En M. Lewis & L.A. Rosenblum (Eds.), *Origins of fear*. New York: Wiley.
- Bretherton, I. & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. A constructs revisited. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: an attachment story completion task for 3-years-olds. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Briegel, W., Schneider, M. & Schwab, K.O. (2007). 22q11.2 deletion syndrome: Behaviour problems of infants and parental stress. *Child: Care, Health and Development*, 33, 319-324.
- Brinker, R.P. & Lewis, M. (1982). Discovering the competent handicapped infant: a process approach to assessment and intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2 (2), 1-16.

- Britner, P.A., Marvin, R.S. & Pianta, R.C. (2005). Development and preliminary validation of the Caregiving Behavior System: Association with child attachment classification in the preschool Strange Situation. *Attachment and Human Development*, 7, 83-102.
- Brock, J. & Jarrold, C. (2004). Language influences on verbal short-term memory performance in Down syndrome: Item and order recognition. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 1334-1346.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. En R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Theories of child development: revised formulations and current issues, Vol. 6* (pp. 187-251). Greenwich, C.T.: Jai Press.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: research models and fugitive findings. En R.H. Wozniak & K.W. Fisher (Eds.), *Development in context* (pp. 3-44). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Bruner, J. (1981). The social context of language acquisition. *Language and Communication*, 1, 155-178.
- Brunet, O. & Lezine, I. (1964). *El desarrollo psicológico de la primera infancia*. Madrid: Pablo del Río S.A.
- Brunet, O. & Lezine, I. (1971). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: MEPSA.
- Brunet, O. & Lezine, I. (1997). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. (Revisión) Madrid: PSYMTEC.
- Buceta, M.J. & Fernández de la Iglesia, J.C. (2004). Atención temprana en deficiencia mental y síndrome de Down. En J. Pérez-López & A.G. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 275-291) Madrid: Ediciones Pirámide.
- Buceta, M.J., Pérez López, J. & Brito de la Nuez, A. (2004). Evaluación y pruebas de evaluación infantil aplicadas a la atención temprana. En J. Pérez-López & A. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 135-154). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Buckley, S. (2000). El desarrollo cognitivo de los niños con síndrome de Down: consecuencias prácticas de las recientes investigaciones psicológicas. En J. Rondal, J. Perera, & L. Nadel (Eds.), *Síndrome de Down. Revisión de los últimos conocimientos* (pp. 151-166). Madrid: Espasa.

- Buckholt, J.A., Rutherford, R.B. & Goldberg, K.E. (1978). Verbal and nonverbal interaction of mothers with their Down's syndrome and nonretarded infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 337-343.
- Buium, N., Rynders, J. & Turnure, J. (1974). Early maternal linguistic environment of normal and Down syndrome language-learning children. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 154-165.
- Bull, M.J. (2011). Informe clínico. Supervisión de la salud de niños con síndrome de Down. *Pediatrics*, 128 (2), 1-16.
- Burchinal, M., Follmer, A. & Bryand, D. (1996). The relation of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among africanamerican families. *Developmental Psychology*, 6, 1073-1083.
- Burnette, J.L., Davis, D.E., Green, J.D., Worthington, E.L. Jr. & Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: the mediating role of rumination, empathy and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 46, 276-280.
- Buss, A. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing traits*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Bustos, C., Herrera, H.O. & Mathiesen, M.E. (2001). Calidad del ambiente del hogar: Inventario HOME como un instrumento de medición. *Estudios Pedagógicos*, 27, 7-22.
- Cahill, K.R., Deater-Deckard, K., Pike, A. & Hughes, C. (2007.) Theory of mind, self-worth, and the mother-child relationship. *Social development*, 16, 45-56.
- Cajide Labandeira, M.C. (2004). *Declinación de la inteligencia en el síndrome de Down*. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Caldera, Y. (2004). Paternal involvement and infant-father attachment: A Q-set study. *Fathering*, 2 (2), 191-210.
- Caldwell, B.M. & Bradley, R.H. (1984). *Home observations for measurement of the environment*. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock.
- Calhoun, M. & Kuczera, M. (1996). Increasing social smiles of young children with disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 1265-1266.
- Canal Down2 (2005). *Discapacidad intelectual ¿Qué es? ¿Qué define? ¿Qué pretende?* Recuperado en http://www.down21.org/salud/neurobiologia/diacapacidad_int.htm

- Candel, I. (2003). Elaboración del programa de atención temprana. En I. Candel (Dir.), Perpiñan, S. & Bonilla, M., *Atención temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 29-55). Madrid: F.E.I.S.D.
- Candel, I. & Carranza, J.A. (1993). Características evolutivas de los niños con síndrome de Down en la infancia. En I. Candel (Dir.), *Programa de atención temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 55-87). Madrid: CEPE.
- Cantero, M.J. (2007). Intervención Temprana en el desarrollo afectivo. En A. Gómez Artiga., P. Viquer Seguí y M. J. Cantero López (Coords.), *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. (pp. 175-200). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cantero, M.J. (2010). Calidad del vínculo de apego en la infancia. En Lafuente, M.J. y Cantero, M.J., *Vinculaciones Afectivas. Apego, Amistad y Amor* (pp. 127-165). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cantero, M.J. & Cerezo, M.A. (2001). Interacción madre-hijo como predictora de conductas de apego: evaluación de dos modelos causales. *Infancia y Aprendizaje*, 93, 113-132.
- Carlesimo, G.A., Marotta, L. & Vicari, S. (1997). Long-term memory in mental retardation: Evidence for a specific impairment in subjects with Down's syndrome. *Neuropsychologia*, 35, 71-79.
- Carlson, V.J. & Harwood, R.L. (2003). Attachment, culture and caregiving system: the cultural patterning of everyday experiences among anglo and puerto rican mother-infant pairs. *Infant Mental Health Journal*, 24, 53-73.
- Carvajal, F. & Iglesias, J. (1997). Mother and infant smiling exchanges during face-to-face interaction in infants with and without Down syndrome. *Developmental Psychobiology*, 31, 277-286.
- Carvajal, F. & Iglesias, J. (2000). Looking behavior and smiling in Down's syndrome infants. *Journal of Nonverbal Behavior*, 24, 225-236.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulations: influences of attachment relationships. En N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: biological and behavioural considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3, Serial nº 240).
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory, research and clinical application* (pp. 3-21). New York: Guilford Press.
- Cassidy, J. (2003). Continuity and change in the measurement of infant attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39, 409-412.

- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 3-22). New York: The Guilford Press.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2008). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. Segunda edición revisada. New York: The Guilford Press.
- Cassidy, J., Kirsh, S., Scolton, K. & Parker, R. (1996). Attachment and representations of peer relationships. *Developmental Psychology*, 32, 892-904.
- Cassidy, J., Ziv, Y., Mehta, T.G. & Feeney, B.C. (2003). Feedback seeking in children and adolescents: associations with self-perceptions, attachment representations and depression. *Child Development*, 74, 612-628.
- Cassidy, J., Woodhouse, S., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Rodenberg, M.S. (2005). Examination of the precursors of infant attachment security: implications for early intervention and intervention research. En L.J. Berlin, Y. Ziv, L.M. Amaya-Jackson & M.T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachment: theory, research, intervention and policy* (pp. 34-60). New York: Guilford Press.
- Cattell, R.B. (1988). *16PF. Cuestionario factorial de personalidad (adolescentes y adultos)*, (8ª edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Cattell, R.B. & Krug, S.E. (1986). The number of factors in the 16PF: overview of the evidence with special emphasis on methodological problems. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 509-526.
- Cattell, R.B., Eber, H.W. & Tatsuoka, M.M. (1980). *Cuestionario de los 16 factores de la personalidad*. México: El Manual Moderno.
- Chapieski, L. & Evankovich, K. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Seminars in Perinatology*, 21, 221-239.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and method* (2nd ed., pp. 1-23) Hoboken, NJ: Wiley.
- Cicchetti, D. & Aber, J.L. (1986). Early precursors to later depression: An organizational perspective. En L. Lipsit & C. Rovee-Collier (Eds.). *Advances in infancy*, (Vol.4, pp. 87-137). Norwood, N.J.: Ablex.
- Cicchetti, D. & Beeghly, M. (1990). An organizational approach to the study of Down syndrome: contributions to an integrative theory of development. En D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *Children with Down's syndrome: a developmental perspective* (pp. 29-62). New York: Cambridge University Press.

- Cicchetti, D. & Pogge-Hesse, P. (1982). Possible contributions of the study of organically retarded persons to developmental theory. En E. Zingler & D. Balla (Eds.), *Mental retardation: the developmental difference controversy* (pp. 277-318). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Cicchetti, D. & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. En M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives* (pp. 3-30). Nueva York: Guilford Press.
- Cicchetti, D. & Serafica, F.C. (1981). Interplay among behavioral systems: illustrations from the study of attachment, affiliation and wariness in young children with Down's syndrome. *Developmental Psychology*, 17 (1), 36-49.
- Cicchetti, D. & Sroufe, L.A. (1976). The relationships between affective and cognitive development in Down's syndrome infants. *Child Development*, 47, 920-929.
- Cicchetti, D. & Sroufe, L.A. (1978). An organizational view of affect: illustration from the study of Down's syndrome infants. En M. Lewis & L.A. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 309-350). New York: Plenum Press.
- Clark, S. & Symons, D. (2000). A longitudinal study of a Q-sort attachment security and self-processes at age 5. *Infant and Child Development*, 9, 91-104.
- Clements, M. & Barrett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: examining the strange situation and attachment Q-sort. *Infant Mental Health Journal*, 23, 625-642.
- Colás Bravo, M.P. & Buendía Eisman, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Editorial Alfar S.A.
- Colman, R.A. & Thompson, R.A. (2002). Attachment security and the problem-solving behaviors of mothers and children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 48, 337-359.
- Contestabile, A., Fila, T., Cerccarelli, C., Bonasoni, P., Bonapace, L., Santini, D., Bartedagui, R. & Ciani, E. (2007). Cell cycle alteration and decreased cell proliferation in the hippocampal dentate gyrus and in the neocortical germinal matrix of fetuses with Down syndrome and Ts65Dn mice. *Hippocampus*, 17, 665-678.
- Contreras, J.M., Kerns, K.A., Weimer, B.L., Gentzler, A.L. & Tomich, P.L. (2000). Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 14, 111-124.

- Costas, C. (2009). Evaluación del desarrollo en A.T. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Vol. 23 (2), 39-55.
- Cox, A.D. & Lambrenos, K. (1992). Childhood physical disability and attachment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 1037-1046.
- Crawley, S. & Spiker, D. (1983). Mother-child interactions involving two-year-olds with Down syndrome: a look at individual differences. *Child Development*, 54, 1312-1323.
- Crittenden, P.M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11 (3), 259-277.
- Cunningham, C. (1995). *El síndrome de Down. Una introducción para padres*. Barcelona: Paidós.
- Cunningham, C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down syndrome: Research and Practice*, 4(3), 87-97. Recuperado de http://www.downsnet.org/library/biblio/articles_list.asp
- Cummings, E. M. (2003). Toward assessing attachment on an emotional security continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39, 405-408.
- Chapman, R. & Hesketh, L. (2000). Behavioural Phenotype of individuals with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 6, 84-95.
- Daxinger, L. & Whitelaw, E. (2012). Understanding transgenerational epigenetic inheritance via the gametes in mammals. *Natural Review. Genetics*, 13 (3), 153-162. doi: 10.1038/nrg3188
- Dekker, M.C., Koot, H.M., Van Der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43 (8), 1087-1098.
- Delgado, E. y Galán, E. (1998). *Patología cromosómica. Grandes síndromes en pediatría* (Vol. 8). Bilbao: Asociación Española de Pediatría.
- De Linares, C. & Pérez-López, J. (2004). Programas de intervención familiar. En J. Pérez-López & A.G. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 353-363). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Delius, A., Bovenschen, I. & Spangler, G. (2008). The inner working model as a “theory of attachment”: development during the preschool years. *Attachment and Human Development*, 10 (4), 395-414.

- DeMulder, E.K. & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with effectively ill and well mothers: current behavioral correlates. *Developmental Psychopathology*, 3, 227-242.
- Denham, S., Blair, K., Schmidt, M. & DeMulder, E. (2002). Compromised emotional competence: seeds of violence sown early? *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 70-82.
- De Oliveira, C.A., Moran, G. & Pederson, D.R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotions. *Attachment and Human Development*, 7 (2), 153-170.
- De Wolff, M.S. & van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A., López, J.A., Pérez-López, J. & Martínez-Fuentes, M.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22 (4), 1033-1038.
- Dierssen, M. (2010). Descifrando el código genético en el síndrome de Down: cada vez más cerca de entender y predecir. En *Actas del II Congreso Iberoamericano de Síndrome de Down* (pp. 43-59). Granada: Real Patronato sobre Discapacidad. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD).
- Dierssen, M., Hearult, Y. & Estivill, X. (2009). Aneuploidy: from a physiological mechanism of variance to Down syndrome. *Physiological Reviews*, 80, 887-920.
- Dilalla, L.F., Kagan, J. & Reznick, J.S. (1994). Genetic etiology of behavioral inhibition among 2-year-old children. *Infant Behavior and Development*, 17, 405-412.
- Douglas, M.T. & McGourty, S. (1996). Using mothers versus trained observers in assessing children's secure base behavior: theoretical and methodological considerations. *Child Development*, 67 (2), 597-605.
- Down España (2010). *El síndrome de Down*. Recuperado de <http://www.sindromedown.net/index.php?idMenu=6&idIdioma=1>
- Doyle, A.B., Markiewicz, D., Brendgen, M., Lieberman, M. & Voss, K. (2000). Child attachment security and self-concept: associations with mother and father attachment style and marital quality. *Merrill-Palmer Quarterly*, 46, 514-539.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregivers state of mind. *Child Development*, 72, 14-67.

- Dmitriev, V. (2001). *Early intervention for children with Down syndrome: Time to begin*. Austin: Pro-Ed.
- Dunst, C.J. (1980). *Styles of maternal interaction: mothers and their retarded infants and mothers and their nonretarded infants*. Proceeding of the Second International Conference on Infant Studies. New Haven. Connecticut.
- Dunst, C.J. (1990). Sensorimotor development in infants with Down syndrome. En D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *Children with Down syndrome: a developmental perspective* (pp. 180-230). New York: Cambridge University Press.
- Dunst, C.J. (1998). Sensorimotor development and developmental disabilities. En J.A. Burack, R.M. Hodapp & E. Zigler (Eds.), *Handbook of Mental Retardation and Development* (pp.135-182). New York: Cambridge University Press.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Cross, A.H. (1986). Mediating influences of social support: personal, family and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417.
- Durrett, M.E., Otaki, M. & Richards, P. (1984). Attachment and the mother's perception of support from the father. *International Journal of Behavioral Development*, 7, 167-176.
- Dykens, E.M. (1995). Measuring Behavioral phenotypes: provocations from the "new genetics". *American Journal on Mental Retardation*, 99, 522-532.
- Dykens, E.M., Hodapp, R.M. & Evans, D.W. (2006). Profiles and development of adaptive behavior in children with Down syndrome. *Down syndrome Research and Practice*, 9(3), 45-50.
- Dykens, E.M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T. & King, B.H. (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 484-492.
- Egeland, B. & Farber, E.A. (1984). Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55, 753-771.
- Emde, R.N., Katz, E.L. & Thorpe, J.K. (1978). Emotional expression in infancy: II. Early deviations in Down's syndrome. En M. Lewis & L.A. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 351-360). New York: Plenum Press.
- Enesco, I. & Delval, J. (2003). La concepción del bebé en la psicología actual. En I. Enesco (Coord.), *El desarrollo del bebé. Cognición, emoción y afectividad*. (pp. 229-265). Madrid: Alianza Editorial.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

- Escapa, R. & Serés, A. (2004). *Síndrome de Down. Aspectos médicos y psicopedagógicos*. Barcelona: Masson y Fundación Catalana Síndrome de Down.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Londres: Tavistock/ Routledge. (Publicado en 1954 bajo el título Object-relations theory of the personality, Nueva York: Basic Books).
- Fairbairn, W.R.D. (1963). Synopsis of an objetc-relations theory of the persobality. *International. Journal of Psycho-Analysis.*, 44, 224-225.
- Fantz, R.L. (1961). The origin of form perception. *Scientific American*, 204, 66-74.
- Fantz, R.L. (1965). Ontogeny of perception. En A.M. Schrier, H.F. Harlow & F. Stollnitz (Dirs.), *Behavior of Nonhuman primates*, vol. 2. New York/London: Academic Press.
- Fantz, R.L. (1966). Pattern discrimination and selective attention as determinents of perceptual development from birth. En A.J. Kidd & J.L. Rivoire (Dirs.), *Perceptual development in children*. New York/London: Academic Press.
- Feiring, C., Fox, N.A., Jaskir, J. & Lewis, M. (1987). The relation between social support, infant risk status and mother-infant interaction. *Developmental Psychology*, 23, 400-405.
- Fernández Sampedro, M., González Blasco, G.M. & Martínez Hernández, A.M. (1993). El niño y la niña con síndrome de Down. En R. Bautista (Coord.), *Necesidades Educativas Especiales* (pp. 227-249). Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe, S.L.
- Fidler, D.J., Barrett, K.C. & Most, D.E. (2005). Age-related differences in smiling and personality in Down syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17 (3), 263-280.
- Fidler, D. J., Hepburn, S. & Rogers, S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: Evidence for an emerging behavioural phenotype? *Down syndrome Research and Practice*, 9 (3), 37-44. Recuperado de <http://www.down-syndrome.info/library/periodicals/dsrp/09/03/>
- Fidler, D.J., Hodapp, R.M. & Dyckens, E.M. (2000). Stress in families of young children with Down's syndrome, Williams syndrome and Smith-Magenis syndrome. *Early Education and Development*, 11, 395-406.
- Fidler, D.J., Hodapp, R.M. & Dyckens, E.M. (2002). Behavioral phenotypes and special education: Parent report of education: Parent report educational issues for children with Down syndrome, Prader-Willi syndrome and Williams syndrome. *Journal of Especial Education*, 36, 80-88.

- Fidler, D.J., Lawson, J & Hodapp, R.M. (2003). What do parents want?: An analysis of education-related comments made by parents of children with different genetic mental retardation syndromes. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 28, 196-204.
- Fidler, D.J., Most, D.E. & Philofsky, A.D. (2007). *The Down syndrome behavioural phenotyp: taking a developmental approach*. Paper prepared from presentations and discussions at the Down Syndrome Research Directions Symposium, Portsmouth, UK. Recuperado de <http://www.down-syndrome.org/reviews/2069/>
- Field, T., Diego, M., & Hernández-Reif, M. (2010). Preterm infant massage. Therapy research: a review. *Infant Behavior and Development*, 33 (2), 115-124.
- Field, T., Schanberg, S.M., Scafidi, F., Bauer, C.R., Vega-Lahr, N., García, R., Nystrom, J. & Kuhn, C.M. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preform neonates. *Pediatrics*, 77, 654-658.
- Finkel, D., Wille, D.E. & Matheny, A.P., Jr. (1998). Preliminary results froms twin study of infant caregiver attachment. *Behavior Genetics*, 28, 1-8.
- Fischer, M.A. (1987). Mother-child interaction in preverbal children with Down syndrome. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 179-190.
- Flórez, J. (1995). Patología cerebral en el síndrome de Down: Aprendizaje y conducta. En J. Perera (Ed.), *Síndrome de Down. Aspectos específicos* (pp. 27-52). Barcelona: Masson.
- Flórez, J. (2009). En el 50º aniversario del descubrimiento de la trisomía 21. *Revista Síndrome de Down*, 26, 104-119.
- Flórez, J., Troncoso, M.V. & Dierssen, M. (1997). *Síndrome de Down: Biología, desarrollo y educación. Nuevas perspectivas*. Barcelona: Masson y Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
- Fortes del Valle, M.C. & Flores, A. (2007). Intervención temprana en niños con discapacidad intelectual. En A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí & M.J. Cantero López (Coords.), *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. (pp. 241-270). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fox, N.A., Kimmerly, N.L. & Schfer, W.D. (1991). Attachment to mother /attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- Freeman, S.F.N. & Kasari, C. (2002). Characteristics and qualities of the play dates of children with Down syndrome: emerging or true friendships? *American Journal on Mental Retardation*, 107, 16-31.
- Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos*. O.C., VI.

- Furby, L. (1974). Attentional habituation and mental retarded. A theoretical interpretation of MA and IQ differences in problem solving. *Human development*, 17, 118-138. doi: 10.1159/000271337
- Ganiban, J., Barnett, D. & Cicchetti, D. (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12, 1-21.
- García, B. (2003). Las relaciones del bebé. En I. Enesco (Coord.), *El desarrollo del bebé. Cognición, emoción y afectividad* (pp. 201-227). Madrid: Alianza Editorial.
- Gathercole, S.E. (2006). Nonword repetition and word learning: the nature of the relationship. *Applied Psycholinguistics*, 27, 513-543.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Adult attachment interview protocol (2ª ed.)*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.
- George, C. & Solomon, J. (2008). The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2ª ed., pp. 833-865). New York: Guilford Press.
- Gervai, G., Nemoda, Z., Lakatos, K., Ronai, Z., Toth, I., Ney, K. & Sasvari-Szekely, M. (2005). Transmission disequilibrium tests confirm the link between DRD4 gene polymorphism and infant attachment. *American Journal of Medical Genetics, Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 132B, 126-130.
- Gewirtz, J.L. & Petrovich, S.B. (1982). Early social and attachment learning in the frame of organic and cultural evolution. En T.M. Field, A. Huston, H.C. Quay, L. Troll & G.E. Finley (Eds.), *Review of human development*. New York: Wiley.
- Gijón, A., Sánchez, M. & Vázquez, C. (2004). *Guía para la atención educativa de los alumnos y alumnas con síndrome de Down*. Sevilla: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación.
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A. & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: a specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (3), 182-191.
- Gillion, M., Shaw, D.S., Beck, J.E., Schonberg, M.A. & Lukon, J.L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: strategies, antecedent and development of self-control. *Developmental Psychology*, 38, 222-235.

- Ginot, E. (2007). Intersubjectivity and neuroscience. Understanding enactments and their therapeutic significance within emerging paradigms. *Psychoanalytic Psychology*, 24 (2), 317-332.
- Gluckman, P.D., Hanson, M.A., Cooper, C., & Thornburg. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 359 (1), 61-73.
- Goldberg, S. (1988). Risk-factors in infant-mother attachment. *Canadian Journal of Psychology*, 42, 173-188.
- Goldberg, S. & Divitto, B. (1995). Parenting children from preterm. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: children and parenting*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Goldsmith, H.H. & Alansky, J.A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 805-816.
- Goldsmith, H.H., Bradshaw, D.L. & Rieser-danner, L.A. (1986). Temperament as a potential development influence on attachment. En J.V. Lerner & R.M. Lerner (Eds.), *Temperament and social interacting infancy and childhood* (pp. 5-34). New directions for child development, 31. San Francisco: Bass.
- Goodvin, R. (2008). Attachment security, self concept and self evaluation in response to feedback: extending the internal working model in early childhood. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (7-B), 48-65.
- Grácia, M. & Del Río, M.J. (2000). Intervención naturalista en la comunicación y el lenguaje para familias de niños pequeños con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 64, 17 (1), 2-14.
- Groh, A.M., Roisman, G.I., Booth-La Force, C., Fraley, R.C., Owen, M.T., Cox, M.J. & Burchinal, M.R. (2014). The adult attachment interview: Psychometrics, stability and change from infancy and development origins IV. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79 (3), 51-66. doi: 10.1111/mono.12113
- Grossman, K., Grossman, K.E., Spangler, S., Suess, G. & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborn responses as related to quality of attachment in Northern Germany. En Bretherton, I. & Waters, E., Growing points of attachment theory. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2, Serial nº 209).
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana. Documento 55/2000*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

- Guralnick, M.J. (Ed). (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Brookes: Publishing Co.
- Guralnick, M.J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal of Mental Retardation*, 102 (4), 319-345.
- Guralnick, M.J. (1999). Developmental and systems linkages in early education for children with Down syndrome. En Rondal, J., Perera, J. & Nadel, L., *Down syndrome: a review of current knowledge* (pp. 51-63). London: Whurr.
- Guralnick, M. J. & Bricker, D. (1987). The effectiveness of early intervention for children with cognitive and general developmental delays. En Guralnick, M. J. y Bennett, F., *The effectiveness of early intervention for at-risk and handicapped children* (pp. 115-168). London: Academic Press Inc.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harlow, H.F. (1961). Development of affectional patterns in infant monkey. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour*, 1. London: Methuen.
- Harlow, H.F. & Harlow, M.K. (1965). The affectional system. In A.M. Schrier, H.F. Harlow & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior and non human primates*, vol. 2, (pp. 287-334). New York: Academic Press.
- Harlow, H.F. & Harlow, M.K. (1999). Social deprivation in monkeys. En J.J. Bolhuis & J.A. Hogan (Eds.), *The development of animal behavior* (pp. 275-282). Massachusetts: Blackwell.
- Harlow, H.F. & Zimmerman, R.R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.
- Hepburn, S., Philofsky, A., Fidler, D.J. & Rogers, S. (2007). Autism symptoms in toddler with Down syndrome: a descriptive study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(1), 48-57 doi:10.1111/j.1468-3148.2007.00368.x
- Hess, E.R. (1964). Imprinting in birds. *Science*, 146, 1128-1139.
- Hille, E.T., den Ouden, A.L., Saigal, S., Wolke, D., Lambert, M., Whitaker, A., Pinto-Martin, J.A., Hout, L. & Paneth, N. (2001). Behavioural problems in children who weigh 1000 gr. or less at birth in four countries. *Lancet*, 357 (9269), 1641-1643.
- Hodapp, R.M. (1997). Direct and indirect behavioural effects of different genetic disorders of mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 67-79.

- Hodapp, R.M. & Fidler, D.J. (1999). Special education and genetics: Connections for the 21st century. *Journal of Special Education*, 22, 130-137.
- Hodapp, R.M., Ricci, L.A., Ly T.M. & Fidler, D.J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 137-151.
- Hofer, M.A. (2006). Psychological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 84-88.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddler's and preschooler's attachment classifications: the Circle of Security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Holdman-Davis, D., Tesh, E.M., Goldman, B.D., Miles, M.S. & D'Auria, J. (2000). Use of the HOME inventory with medically fragile infants. *Children's Health Care*, 29, 257-278.
- Holliday, R. (2005). Epigenetics: an overview. *Developmental Genetics*, 15, 453-457.
- Hoppes, K. & Harris, S.L. (1990). Perceptions of child attachment and maternal gratification in mothers of children with autism and Down syndrome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 365-370.
- Horno, P. (2004). *Educando el afecto. Reflexiones para familias, profesorado, pediatras...* Barcelona: Grao.
- Hrdy, S.B. (2005). Evolutionary context of human development: The cooperative breeding model. En C.S. Carter, L. Ahnert, K. Grossmann, S. Hrdy, M. Lamb & Porges et al. (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 9-32.) Cambridge, MA: MIT Press.
- Hsu, H.C., & Fogel, A. (2003.) Stability and transitions in mother-infant face-to-face communication during the first 6 months: A microhistorical approach. *Developmental Psychology*, 39, 1061-1082.
- Hurtado, F. (1993). *Estimulación temprana y síndrome de Down. Programa práctico para el lenguaje expresivo en la primera infancia*. Valencia: Promolibro.
- Huston, A.C., McLoyd, V.C. & García Coll, C. (1994). Children and poverty: issues in contemporary research. *Child Development*, 65, 275-282.
- Isabella, R. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
- Isabella, R. & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: a replication study. *Child Development*, 62, 373-384.

- Jacobson, S.W. & Frye, H.F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Development*, 62, 572-582.
- Janssen, C.G., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (6), 445-453.
- Jarrold, C., Baddeley, A.D. & Phillips, C. (2007). Long-term memory for verbal and visual information in Down syndrome and Williams syndrome: Performance on the doors and people test. *Cortex*, 43, 233-247.
- Jarrold, C., Nadel, L. & Vicari, S. (2007). *Memory and neuropsychology in Down syndrome*. Paper prepared for presentations and discussions at the Down Syndrome Research Directions Symposium, Portsmouth, UK. Recuperado de <http://www.down-syndrome.org/reviews/2068/>
- Jarrold, C., Purser, H.R.M. & Brock, J. (2006). Short-term memory in Down syndrome. In T.P. Alloway & S.E. Gathercole (Eds.), *Working memory and neurodevelopmental disorders*. Hove, UK: Psychology Press, 239-265.
- Jarvis, P. & Creasey, G. (1991). Parental fitness doping and attachment in families with an 18-months-old infant. *Infants Behavior & Development*, 14 (4), 383-395.
- Jiménez, M. (2000). *Las relaciones interpersonales en la infancia: sus problemas y soluciones*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Johnston, F. & Stansfield, J. (1997). Expressive pragmatics skills in pre-school children with and without Down's syndrome: parental perceptions. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 41(1), 19-29.
- Josse, D. (s.f.). *Brunet-Lézine revisado. Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia*. Madrid: Psymtéc.
- Josse, D. (1997). *Brunet-Lézine revisé: Échelle de développement psychomoteur de la petite enfance*. Paris: Établissements d'Applications Psychotechniques.
- Kaitz, M., Meschulach-Sarfaty, O., Auerbach, J. & Eidelman, A. (1988). A reexamination of newborn's ability to imitate facial expressions. *Developmental Psychology*, 24, 3-7.
- Kasari, C. & Sigman, M. (1996). Expression and understanding of emotion in atypical development: autism and Down syndrome. En M. Lewis & M.W. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 109-130). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Kasari, C. & Sigman, M. (1997). Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal Autism Development Disorder*, 27, 39-57.

- Kasari, C., Freeman, S.F.N. & Bass, W. (2003). Empathy and response to distress in children with Down syndrome: coordinated joint attention and social referencing looks. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 55-67.
- Kasari, C., Freeman, S.F.N., Mundy, P. & Sigman, M.D. (1995). Attention regulation by children with Down syndrome: coordinated joint attention and social referencings looks. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 128-136
- Kasari, C., Mundy, P., Yirmiya, N. & Sigman, M. (1990). Affect and attention in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 55-67.
- Kaye, K. & Wells, A.J. (1980). Mother's jiggling and the burst-pause pattern in neonatal feeding. *Infant Behaviour and Development*, 3, 29-46.
- Kerns, K.A., Klepac, L. & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescent's perceptions of security in the child-mother relationship. *Development Psychology*, 32, 457-466.
- Kirsh, S.J. & Cassidy, J. (1997). Preschooler's attention to and memory for attachment-relevant information. *Child Development*, 68, 1143-1153.
- Kisilevsky, B.S., Hains, S.M., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye., H.H., Zhang, K. & Wang, Z. (2003). Effects of experience on fetal voice recognition. *Psychological Science*, 14, 220-224.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. & Riviere (1952). *Developments in psychoanalysis*. Londres: Hogarth
- Kneips, L.J., Walden, T.A. & Baxter, A. (1994). Affective expressions of toddlers with and without Down syndrome in a social referencing context. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 301-312.
- Kochanska, G. (1998). Mother-child relationship, child fearfulness and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *Developmental Psychology*, 34, 480-490.
- Kochanska, G. & Coy, K.C. (2002). Child emotionality and maternal responsiveness as predictors of reunion behaviors in the strange situation: links mediated and unmediated by separation distress. *Child Development*, 73, 228-240.
- Kogan, K., Wimberger, H. & Bobbitt, R. (1969). Analysis of mother-child interaction in young mental retardes. *Child Development*, 40, 700-812.
- Kohnstamm, G.A. (1986). *Temperament discussed*. Lisse: Suets & Zeitlinger.

- Koo, B.K., Blaser, S., Harwood-Nash, D., Becker, L.E. & Murphy, E.G. (1992). Magnetic resonance imaging evaluation of delayed myelination in Down syndrome: a case report and review of the literature. *Journal of Child Neurology*, 7(4), 417-21.
- Kopp, C.B. (1983). Risk factors in development. En M.M. Haith & J.J. Campos (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 2. Infancy and developmental psychobiology* (pp. 1081-1188). New York: Wiley.
- Korbel, J.O., Tirosch-Wagner, T., Urban, A.E., Chen, X-N., Kasowski, M., Dai, L., Grubert, F., Erdman, C. & Korenberg, J.R. (2009). The genetic architecture of Down syndrome phenotypes revealed by high-resolution analysis of human segmental trisomies. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 106, 12031-12036.
- Krakow, J.B. & Kopp, C.B. (1982). Sustained attention in young Down's syndrome children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2 (2), 32-42.
- Krakow, J.B. & Kopp, C.B. (1983). The effects of developmental delay on sustained attention in young children. *Child Development*, 54, 1143-1155.
- Lafuente, M.J. (2010a). Concepto de apego. En Lafuente, M.J. & Cantero, M.J., *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor* (pp. 21-52). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lafuente, M.J. (2010b). El sistema de apego. En Lafuente, M.J. & Cantero, M.J., *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor* (pp. 55-91). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lafuente, M.J. (2010c). Formación del primer apego y evolución del apego durante la infancia. En Lafuente, M.J. & Cantero, M.J., *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor* (pp. 93-124). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lafuente, M.J. (2010d). La calidad del apego después de la infancia y la niñez. En Lafuente, M.J. & Cantero, M.J., *Vinculaciones Afectivas. Apego, Amistad y Amor* (pp. 199-248). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Laible, D. (2004). Mother-child discourse surrounding a child's past behavior at 30 months: links to emotional understanding and early conscience development at 36 months. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 159-180.
- Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M. & Gervai, J. (2000). Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5, 633-637.
- Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M. & Gervai, J. (2002). Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor

(DRD4) gene in attachment disorganization: interaction of the exon III 48-BP repeat the -521 C/T promoter polymorphisms. *Molecular Psychiatry*, 7, 27-31.

- Lamb, M. & Easterbrooks, M.A. (1981). Individual differences in parental sensitivity: origins, components and consequences. En M. Lamb & K.R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition: theoretical and empirical considerations* (pp. 127-153). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Landry, S.H., Garner, P.W., Pirie, D. & Swank, P.R. (1994). Effects of social context and mother's requesting strategies on Down's syndrome children's social responsiveness. *Development Psychology*, 30, 293-302.
- Landry, S.H., Miller-Loncar, C.L., Smith, K.E. & Swank, P.R. (2002). The role of parenting in children's development of executive processes. *Developmental Neuropsychology*, 21 (1), 15-41.
- Laws, G. (1995). Developing memory skills: Activities to improve memory and reasoning skills. *Down syndrome: Research and Practice*, 5, 1-4.
- Laws, G. & Bishop, D.V.M. (2004). Verbal deficits in Down's syndrome and specific language impairment: A comparison. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 423-451.
- Lecannelier, F., Kimelman, M., González, L., Núñez, C. & Hoffman, M. (2008). Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 197-207.
- Legerstee, M., Bowman, T.G. & Fels, S. (1992). People and objects affect the quality of vocalizations in infants with Down syndrome. *Early Development and Parenting*, 1, 149-156.
- Linn, M., Goodman, J. & Lender, W. (2000). Played out? Passive behavior by children with Down syndrome during unstructured play. *Journal of Early Intervention*, 23(4), 264-278.
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D. & Meaney, M.-J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277, 1659-1662.
- López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M.J. Ortiz & S. Yáñez (Eds.), *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos I*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- López, F. & Ortiz, M.J. (2000). El desarrollo del apego durante la infancia. En I. Etzebarria, M.J. Fuentes & M.J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 41-64). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lorenz, K.Z. (1937). The companion in the bird's world. *Auk*, 54, 245-273.
- Lorenz, K.Z. (1981). *The foundations of ethology*. New York: Springer-Verlag.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M. & Reeve, A. (Eds.), (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports* (10th. Ed). American Association of Mental Retardation, Washington DC.
- Lupien, S.J., King, S., Meaney, M.J., & McEwen, B.S. (2000). Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry*, 48, 976-980.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening or atypical behaviors and disorganized infant attachment patterns. En J.I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (Serial nº 258), 25-44.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Grunebaum, H.V. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and development and security of attachment. *Child Development*, 61, 820-831.
- McMahan True, M., Pisani, L. & Oumar, F. (2001). Infant mother attachment among the Dogon of Mali. *Child Development*, 72, 1451-1466.
- McMillan, J.H. & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa (5ª ed.)*. Parte II. *Diseños y métodos de investigación cuantitativa* (pp. 127-396). Madrid: Pearson Educación S.A.
- Magai, C. (1999). Affect, imagery and attachment. Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 787-802). New York: The Guilford Press.
- Mahler, M.S. (1963). Thoughts about development and individuation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 307-324.
- Mahler, M.S. (1972). On the first three phases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 333-338.

- Mahoney, G. & Robenalt, K. (1986). A comparison of conversational patterns between mothers and their Down syndrome and normal infants. *Journal of the Division for Early Childhood*, 10, 172-180.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant child, and adult attachment: Flexible vs. Inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behaviour and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Main, M., Kaplan, K. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209), 66-104.
- Malabou, C. (2007). *¿Qué hacer con nuestro cerebro?* Madrid: Arena libros.
- Mangelsdorf, S. (1990). Infant proneness -to- distress temperament, maternal personality and mother-infant attachment. Association and goodness of fit. *Child Development*, 61, 820-831.
- Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S. & Andreas, D. (1990). Infant proneness -to- distress temperament, maternal personality and mother-infant attachment: Associations and goodness of fit. *Child Development*, 61, 820-831.
- Mangelsdorf, S., Plunkett, J.W., Dedrick, C.F., Berlin, M., Meisels, S.J., McHale, J.L. & Dichtellmiller, M. (1996). Attachment security in very low birth weight babies. *Developmental psychology*, 32, 914-920.
- Mans, L., Cicchetti, D. & Sroufe, L.A. (1978). Mirror reactions of Down's syndrome infants and toddlers: cognitive underpinnings of self-recognition. *Child Development*, 49, 1247-1250.
- Marfo, K. (1991). The maternal directiveness theme in mother-child interaction research: implications for early intervention. En K. Marfo (Ed.), *Early intervention in transition: current perspectives on programs for handicapped children* (pp. 177-203). New York: Praeger.

- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marshall, N., Hegrenes, J. & Goldstein, S. (1973). Verbal interactions mothers and their retarded children versus mothers and their non-retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 77, 415.
- Martínez, S. (2010). La neurobiología del desarrollo. Una revolución en marcha y sus implicaciones en SD. En *Actas del II Congreso Iberoamericano de Síndrome de Down* (pp. 39-42). Granada: Real Patronato sobre Discapacidad. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD).
- Martínez-Fuentes, M.T. (1996). Factores implicados en el vínculo de apego en la infancia. Temperamento del niño y características maternas. *Tesis Doctoral publicada en formato CD-Rom, 1997*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Martínez-Fuentes, M.T. (2004). Atención temprana y alteraciones de la vinculación afectiva. En J. Pérez-López & A.G. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 310-329). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Martínez-Fuentes, M.T., Brito de la Nuez, A. & Pérez-López, J. (2000). Temperamento del niño y personalidad de la madre como antecedentes de la seguridad del apego. *Anuario de Psicología*, 31(1), 25-42.
- Marvin, R.S. (1977). An ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behavior. In T.M. Alloway, L. Krames & P. Pliner (Eds.), *Advances in the study of communication and affect: Vol.3. Attachment behavior* (pp. 25-60). New York: Plenum Press.
- Marvin, R.S. & Britner, P.A. (1999). Normative development. The ontogeny of attachment. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 44-67). New York: The Guilford Press.
- Marvin, R.S. & Britner, P.A. (2008). Normative development. The ontogeny of attachment. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 269-294). 2ª edición revisada. New York: The Guilford Press.
- Mason, W.A. (2008). Social development: psychobiological perspective. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42, 389-396.
- Matía, A. (Coord.) (2011). *Programa español de salud para personas con Síndrome de Down*. Madrid: F.E.I.S.D.
- Mayorga-Fernández, M.J., Madrid-Vivar, D. & García-Martínez, M.P. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Escritos de Psicología*, 8(2), 52-60. D

oi: 10.5231/psy.writ.2015.1306

- McCollum, J.A. & Chen, Y-J. (2003). Parent-child interaction when have Down syndrome. The perceptions of taiwanese mothers. *Infants and Young Children*, 16 (1), 22-32.
- McElwain, N. L. & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20, 247-255.
- Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Meltzoff, A.N. & Moore, M.K. (1989). Imitation in newborn infants: exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanism. *Developmental Psychology*, 25, 954-962.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, F. (2000). Profiles of language development in children with Down syndrome. En J. Miller, M. Leddy & L.A. Leavitt (Eds.), *Improving the communication of people with Down syndrome*, (pp. 11-40). Baltimore: Brookes Publishing Inc.
- Miller, F. (2001). Características de la comunicación de las personas con síndrome de Down. En Miller, F., Leddy, M. & Leavitt, L.A., *Síndrome de Down: comunicación, lenguaje, habla* (pp. 11-35). Barcelona: Masson.
- Miller, F., Stoel-Gammon, C., Leddy, M., Lynch, M. & Miolo, G. (1992). *Factors limiting speech development in children with Down syndrome*. Miniseminar presented at the anual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, San Antonio, Tx.
- Miller, W.B. & Rodgers, J.L. (2001). *The ontogeny of human bonding systems: Evolutionary origins, neural bases, and psychological manifestations*. Boston: Kluwer.
- Minde, K., Minde, R. & Vogel, W. (2006). Culturally sensitive assessment of attachment in children aged 18-24 months in a South African township. *Infant Mental Health Journal*, 27, 544-558.
- Mink, I., Nihira, C. & Meyers, C. (1983). Taxonomy of family life styles: I. Home with TMR children. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 484-497.
- Moran, G., Perderson, D., Pettit, P. & Krupka, A. (1992). Maternal sensitivity and infant-mother attachment in a developmentally delayed sample. *Infant Behavior and Development*, 15, 427-442.

- Nadel, L. (1996). Learning and neural function in Down's syndrome. In J.A. Rondal, J. Perera, L. Nadel & A. Comblain (Eds.), *Down's syndrome: Psychological, psychobiological, and socio-educational perspectives* (pp. 21-42). London: Whurr publishers.
- Navarro, A., Enesco, I. & Guerrero, S. (2003). El desarrollo emocional. En I. Enesco (Coord.), *El desarrollo del bebé. Cognición, emoción y afectividad* (pp. 171-199). Madrid: Alianza Editorial.
- O'Connor, M., Sigman, M. & Brill, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 11, 151-164.
- O'Connor, T.G. & Croft, C.M. (2001). A twin study of attachment in preschool children. *Child Development*, 72, 1501-1511.
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J., Britner, P.A., & The English and Romanian Adoptees Study Team. (2003). Child-parent attachment following early severe institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15, 19-38.
- O'Dell, J. & Karson, S. (1969). Some relationships between the MMPI and 16PF. *Journal Clinic for Psychology*, 25 (3), 297-283.
- Ohr, P.S. & Fagen, J.W. (1991). Conditioning and long-term memory in three-month-old infants with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 151-162.
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19 (4), 687-692.
- Ortiz, M. J., Fuentes, M. J. & López, F. (1991). Desarrollo socioafectivo en la primera infancia. En Coll, C., Marcheu, A. & Palacios, J., *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva* (pp. 151-176). Madrid: Alianza Editorial.
- Owen, M. & Cox, M. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11, 152-164.
- Palacios, J. (2000). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. Etxebarria, M.J. Fuentes & M.J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 267-281). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Palacios, J. & Mora, J. (1990). Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia. *Desarrollo Psicológico y Educación*, I, 81-102.
- Palisano, R.J., Walter, S.D., Russell, D.J., Rosenbaum, P.L., Gemus, M. & Galuppi, B.E. (2001). Gross motor function in children with Down

syndrome: creation of motor growth curves. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 82, 494-500.

Parker, S., Greer, S., & Zuckerman, B. (1988). Double jeopardy: the impact of poverty or early child development. *Pediatrics Clinics of North America*, 35, 1127-1241.

Passman, R.H. & Erck, T.W. (1977). *Visual presentation of mothers for facilitating play in childhood; the effects of silent films of mothers*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. New Orleans, L.A.

Passman, R.H. & Weisberg, P. (1975). Mothers and blankets as agent for promoting play and exploration by young children in a novel environment: the effects of social and nonsocial attachment objects. *Developmental Psychology*, 11, 170-177.

Pederson, D. & Moran (1995). A categorical descriptions of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. En E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 21-30.

Pederson, D. & Moran (1996). Expressions of attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67, 915-927.

Pederson, D., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K. & Acton, H. (1990). Maternal Sensitivity and the security of Infant-Mother Attachment: a Q-Sort Study. *Child Development*, 61, 1974-1983.

Pennington, B.F., Moon, J., Edgin, J., Stedron, J. & Nadel, L. (2003). The neuropsychology of Down syndrome: Evidence for hippocampul dysfunction. *Child Developmental*, 74, 75-93.

Perera, J. (1995). Introducción. La especificidad en el síndrome de Down. En J. Perera (Dir.), *Síndrome de Down, aspectos específicos* (pp. 9-11). Barcelona: Masson.

Pérez-Salas, C.P. & Santelices, M.P. (2009). Vinculación en niños con discapacidad intelectual: reflexiones para la promoción de un apego seguro. *Psicopatología Salud Mental*, 14, 17-25.

Peterson, N.J., Drotar, D., Olness, K., Guay, L. & Kiziri-Mayengo, R. (2001). The relationship of maternal and child HIV infection to security of attachment among Uganda infants. *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 3-17.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence children*. New York: International University Press.

- Pianta, R.C., Marvin, R.C., Britner, P.A. & Borowitz, K.C. (1996). Mother's resolution of their children diagnosis: organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17, 239-256.
- Pinquart, M., Feussner, C. & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachment from infancy to early adulthood. *Attachment and Human Development*, 15(2), 189-218. doi: 10.1080/14616734.2013.746257. Epub 2012 Dec 5.
- Poehlman, J. (2005). Representations of attachment relationships in children of incarcerated mothers. *Child Development*, 76, 979-996.
- Póo, P. & Gassió, R. (2000). Desarrollo motor en niños con síndrome de Down. *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 4 (3), 34-40.
- Porges, S.W. (2005). The role of social engagement in attachment and bonding: A phylogenetic perspective. In C.S. Carter, L. Ahnert, K. Grossmann, S. Hrdy, M. Lamb, S. Porges et al. (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 33-54). Cambridge, MA: MIT Press.
- Posada, G. (2006). Assessing attachment security at age three: Q-sort home observations and the MacArthur Strange Situation adaptation. *Social Development*, 15, 644-658.
- Posada, G., Carbonell, O.A., Alzate, G. & Plata, S.J. (2004). Through colombian lenses: ethnographic and conventional analyses of maternal care and their associations with secure base behavior. *Developmental Psychology*, 40, 508-518.
- Posada, G., Kaloustian, G., Richmond, M.K. & Moreno, A.J. (2007). Maternal secure base support and preschooler's secure base behavior in natural environments. *Attachment and Human Development*, 9 (4), 393-411.
- Posada, G., Waters, E., Crowell, J.A. & Lay, K.L. (1995). Is it easier to use a secure mother as a secure base? Attachment Q-sort correlates of the adult attachment interview. In E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-based behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3, Serial nº 244), 133-145.
- Posada, G., Carbonell, O.A., Plata, S.J., Pérez, J. & Peña, O. (2014). El Q-Sort del apego: una herramienta para evaluar la seguridad emocional en las relaciones de apego. En B. Torres Gómez de Cádiz, J.M. Causadias & G. Posada (Eds. y Comp.), *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática Editorial, S.L.
- Posada, G., Jacobs, A., Carbonell, O.A., Alzate, G., Bustamante, M.R. & Arenas, A. (1999). Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts. *Developmental Psychology*, 35, 1379-1388.

- Posada, G., Jacobs, A., Richmond, M.K., Carbonell, O.A., Alzate, G., Bustamante, M.R. & Quincero, J. (2002). Maternal caregiving and infant security in two cultures. *Developmental Psychology*, 38 (1), 67-78.
- Posada, G., Gao, Y., Wu, F., Posada R., Tascon, M., Schoelmerich, A., Sagi, A., Kondo-Ikamura, K. & Synnevaag, B. (1995). The secure-base phenomenon across cultures: Children's behavior, mother's preferences, and expert's concepts. In E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* 60 (Serial N° 244), 27-48.
- Povee, K., Roberts, L., Bourke, J. & Leonard, H. (2012). El funcionamiento familiar en las familias con un hijo con síndrome de Down: un enfoque con métodos múltiples. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 961-973.
- Pueschel, S.M. (1988). Procesos cognitivos y aprendizaje en niños con síndrome de Down. En *Síndrome de Down. Avances médicos y psicopedagógicos*. Barcelona: Fundación Catalana para el Síndrome de Down.
- Pueschel, S.M. (1990). Clinical aspects of Down syndrome from infancy to adulthood. *American Journal of Medical Genetics*, 7, 52-56
- Pueschel, S.M. (2002). *Síndrome de Down: hacia un futuro mejor. Guía para los padres*. 2ª edición. Barcelona: Masson y Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, M.E., Kuczynski, L. & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two-and three-years olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.
- Raikes, H.A., Virmani, E.A., Thompson, R.A. & Hatton, H. (2013). Declines in peer conflict from preschool through first grade: influences from early attachment and social information processing. *Attachment and Human Development*, 15, 65-82.
- Rast, M. & Meltzoff, A.M. (1995). Memory and representation in young children with Down syndrome: Exploring deferred imitation and object permanence. *Development and Psychopathology*, 7, 393-407.
- Relier, J-P. (1994). *Ama a tu hijo antes de que nazca*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Ricci, L.A. & Hodapp, R.M. (2003). Father's perceptions, stress and involvement with children with Down's syndrome versus those with other types of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 273-284.

- Ricks, M.H. (1985). The social transmission of parental behavior: attachment across generations. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing point of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2, serial nº 209), 211-230.
- Rivière, A. & Coll, C. (1987). Individuation et interactions dans le sensorimoteur: notes sur la construction génétique du sujet et de l'objet social. En M. Siguán (Comp.), *Comportement, cognition, conscience* (pp. 201-240). París: Presses Universitaires de la France.
- Roach, M.A., Barrat, M.S. & Leavitt, L.A., (2001). Diferencias individuales en la comunicación de las madres con sus niños pequeños con síndrome de Down. En Miller, F., Leddy, M. & Leavitt, L.A., *Síndrome de Down: comunicación, lenguaje, habla* (pp. 93-110). Barcelona: Masson.
- Roach, M.A., Osmond, G.I. & Banatt, M.S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 161-171.
- Roach, M.A., Stevenson, M., Miller, J.F. & Leavitt, L.A. (1998). The structure of mother-child play: young children with Down's syndrome and typically developing children. *Developmental Psychology*, 34 (1), 77-87.
- Roberts, J.E., Price, J. & Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 26-35.
- Rogers, B & Arvedson, J. (2005). Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 74-82.
- Román, J.M., Sánchez, S. & Secadas, F. (1999). *Desarrollo de habilidades en niños pequeños*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rondal, J., Perera, J. & Nadel, L. (2000). *Síndrome de Down: revisión de los últimos conocimientos*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rosner, B., Hodapp, R., Fidler, D., Sagun, X. & Dykens, E. (2004). Social competence in persons with Prader-Willi, Williams and Down's syndromes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 209-217.
- Rothbart, M. & Bates, J. (1998). Temperament. In W. Damon (series Ed.) & N. Eisenberg (vol. Ed.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social emotional and personality development* (5th Ed.) (pp. 308-418). New York: Wiley.
- Rubin, K.H., Both, L., Zahn-Waxler, C. & Cummings, E.M. (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 3 (3), 243-251.

- Ruíz, E. (2001). Evaluación de la capacidad intelectual en personas con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 18, 80-88.
- Ruskin, E.M., Kasari, C. Mundy, P. & Sigman, M. (1994a). Attention to people and toys during social and object mastery in children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 99 (1), 103-111.
- Ruskin, E.M., Kasari, C. Mundy, P. & Sigman, M. (1994b). Object mastery motivation of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 98 (4), 499-509.
- Rutgers, A.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H. & van Berckelaer-Onnes, I.A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6), 1123-1134.
- Rutter, M. (2006). *Genes and behavior: nature-nurture interplay explained*. Oxford, UK: Blackwell.
- Sagi, A., van Ijzendoorn, M.H., Aviezer, O., Donnell, F. & Maysseless, O. (1994). Sleeping out of home in a kibbutz communal arrangement: it makes a difference for mother-infant attachment. *Child Development*, 65, 992-1004.
- Salgado de la Teja, K. (2003). *Reacciones emocionales de los padres, ante la presencia de un hijo con discapacidad*. Recuperado de http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?Id_articulo=437-438
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Sarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. En J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sánchez, N.J., Gómez Macías, C. & Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF). *Revista Pensando Psicología*, 7 (12), 11-23.
- Sanders, J.L. & Morgan, S.B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 19 (4), 15-32.
- Saudino, J.K. & Plomin, R. (1997). Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 43, 1-23.

- Schaffer, H.R. (1971). Cognitive structure and early social behaviour. En H.R. Schaffer (Comp.), *The Origins of Human Social Relations*. Londres y Nueva York: Academic Press.
- Schaffer, H.R. (1979). Acquiring the concept of the dialogue. In M.H. Bornstein & W. Kessen (Eds.), *Psychological development form infancy: image to intention* (pp. 279-305). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scher, A. & Maysel, O. (2000). Mother of anxious/ambivalent infants: maternal characteristics and child-care context. *Child Development*, 71 (6), 1629-1636.
- Schneider, B.H. (2006). ¿Cuánta estabilidad en los estilos de apego está implícita en la teoría de Bowlby?: Comentario al artículo de Félix López, *Infancia y Aprendizaje*, 29 (1), 25-30.
- Schore, A.N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16 (3), 249-264.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of self*. New York: Norton and Compañy.
- Schore, A.N. (2004). Commentary on “Dissociation”: a developmental psychobiological perspective by A. Panzer and M. Viljue. *South African Psychiatry Review*, 7, 16-17.
- Scott, B.S., Atkinson, L., Minton, H.L. & Bowman, T. (1997). Psychological distress of parents of infants with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 161-171.
- Sears, R.R., Maccoby, E.E. & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. New York: Harper & Row.
- Selikowitz, M. (1993). *Síndrome de Down*. Madrid: Instituto Social de Servicios Sociales (INSERSO).
- Shaffer, D.R. (2002a). *Desarrollo social y de la personalidad*. (Aguado, J., Ananiadou, K., del Barrio, C., González, C., & van der Meulen, trads.) (4ª Edición). Madrid: Thomson.
- Shaffer, D.R. (2002b). Perspectivas recientes acerca del desarrollo social y de la personalidad. En Shaffer, D.R., *Desarrollo social y de la personalidad* (pp. 75-111). Madrid: Thomson.
- Shaffer, D.R. (2002c). Desarrollo emocional y social temprano I: El desarrollo emocional y el establecimiento de relaciones íntimas. En Shaffer, D.R., *Desarrollo social y de la personalidad* (pp. 113-143). Madrid: Thomson.

- Shaffer, D.R. (2002d). Desarrollo emocional y social temprano II: las diferencias individuales y sus implicaciones para el desarrollo futuro. En Shaffer, D.R., *Desarrollo social y de la personalidad* (pp. 145-171). Madrid: Thomson.
- Shaffer, D.R. (2002e). La familia. En Shaffer, D.R., *Desarrollo social y de la personalidad* (pp. 377-421). Madrid: Thomson.
- Shonkoff, J.P., Hauser-Cram, P., Krauss, M.W. & Upshur, C.C. (1992). Development of infants with disabilities and their families: implications for theory and service delivery. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57 (6), 1-153.
- Sigman, M., Ruskin, E., Arbeile, S., Corona, R., Dissanayake, C., Espinosa, M., Kim, N., López, A. & Zierhut, C. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (1), 1-114.
- Skoto, B. (2009). With new prenatal testing, will babies with Down syndrome slowly disappear? *Arch Dis Child* (publicado online el 15 de junio de 2009). doi: 10.1126/adc.2009.166017
- Smith, C., Calkins, S. & Keane, S. (2006). The relation of maternal behavior and attachment security to toddler's emotions and emotion regulation. *Research in Human Development*, 3 (1), 21-31.
- Sobotká, D., Dittrichová, J. & Mandys, F. (1996). Comparison of maternal perceptions of preterm and fullterm infants. *Early Development and Parenting*, 5, 73-79.
- Sokal, R. & Rohlf, F.J. (2002). *Introducción a la bioestadística*. Barcelona: Editorial Reventé, S.A.
- Solís, M.L. & Abidin, R.R. (1991). The Spanish version Parenting Stress Index: a psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20 (4), 372-378.
- Solomon, J. & George, C. (2000). Toward an integrated theory of maternal caregiving. En J. Osofsky & H. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of infant mental health. Parenting and child care*, vol. 3 (pp. 324-367). USA: John Wiley and Sons, Inc.
- Solomon, J. & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications*. (2ª ed., pp. 386-416). New York, NY: Guilford Press.
- Sommerville, J.A. & Woodward, A.L. (2005). Pulling out the intentional structure of action: The relation between action processing and action production in infancy. *Cognition*, 95, 1-30.

- Sorce, J. & Emde, R. (1981). Mother's presence is not enough: effect of emotional availability on infant explorations. *Developmental Psychology*, 17, 737-745.
- Spieker, D. & Hopmann, M.R. (1997). The effectiveness of early intervention for children with Down syndrome. En M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 271-305). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Spieker, S.J. & Booth, C. (1988). Family risk typologies and patterns of insecure attachment. En J. Belsky & T. Nezborski (Eds.), *Clinical implications of attachment theory* (pp. 95-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic study of the child*, 2, 313-342.
- Spitz, R. (1957). *No and yes: On the genesis of human communication*. New York: International Universities Press.
- Spitz, R. (1959). *A genetic field theory of ego formation: its implications for pathology*. New York: International Universities Press.
- Spitz, R. (1963). Life and the dialogue. En H. Gaskill (Ed.), *Counterpoint: libidinal object and subject* (pp. 154-176). New York: International Universities Press.
- Spitz, R. (1984). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Spitz, R. & Cobliner (1965). *The first year of life*. New York: International Universities Press.
- Sroufe, L.A. (1979). The coherence of individual development. *American Psychologist*, 33, 834-841.
- Sroufe, L.A. (1988). A developmental perspective on day care. *Early Childhood Research Quarterly*, 3, 283-291.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from Barth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, W. (2005). *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

- Stern, D.N. (1977). *The first relationship: infant and mother*. Londres: Fontana. Open Books.
- Stoel-Gammon, C. (2001). Down syndrome phonology: Developmental patterns and intervention strategies. *Down syndrome: Research and Practice*, 7, 93-100.
- Sullivan, M. & Lewis, M. (1990). Contingency intervention: a program portrait. *Journal of Early Intervention*, 14 (4), 367-375.
- Sullivan, M. & Lewis, M. (2003). Emotional expressions of young infants and children. A practitioner's primer. *Infants and young children*, 16 (2), 120-142.
- Takeuchi, M.S., Miyaoka, H., Tomoda, A., Suzuki, M., Liu, Q. & Kitamura, T. (2010). The effect of interpersonal touch during childhood on adult attachment and depression: a neglected area of family and developmental psychology? *Journal of Child and Family Studies*, 19 (1), 109-117.
- Tannock, R. (1988). Mother's directiveness in their interactions with their children with and without Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 154-165.
- Tarabulsky, G.M., Provost, M.A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D.R. & Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32 (1), 132-136.
- Teti, D. & Ablard, K.E. (1989). Security of attachment and infant-sibling relationships: a laboratory study. *Child Development*, 60, 1519-1528.
- Teti, D. M., & McGourty, S. (1996). Using mothers versus trained observers in assessing children's secure base behavior: Theoretical and methodological considerations. *Child Development*, 67, 597-605.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Teti, D., Nakasawa, M. Das, R., & Wirth, O. (1991). Security of attachment between preschoolers and their mothers: relations among social interaction, parenting stress and mother's sorts of the attachment Q-set. *Developmental Psychology*, 27, 440-447.
- Teti, D., Sakin, J., Kucera, E. & Corns, K.M. (1996). And baby makes four: predictors of attachment security among preschool-aged firstborns during the transition to siblinghood. *Child Development*, 67, 579-596.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. En J.Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 265-286). New York: The Guilford Press.
- Thompson, R.A. (2000). The legacy of early attachment. *Child Development*, 71, 145-152.
- Thompson, R.A. (2006). The development of the person: social understanding, relationships, self, conscience. En W. Damon, R.M. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (6th ed., pp. 24-98). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Thompson, R.A. (2015). Relationships, regulation and early development. En R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science. Vol 3. Social and emotional development* (7^a ed.), (pp. 201-246). New York: Wiley.
- Thompson, R.A. & Meyer, S. (2007). The socialization of emotion regulation in the family. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). New York: Guilford Press.
- Thompson, R.A. & Raikes, H.A. (2003). Toward the next quarter-century: conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 15, 691-718.
- Thompson, R.A., Cicchetti, D., Lamb, M.E. & Malkin, C. (1985). Emotional responses of Down syndrome and normal infants in the strange situation: the organization of affective behavior in infants. *Developmental Psychology*, 21, 828-841.
- Torres, B. (1993). Depresión infantil: consideraciones desde la teoría del apego. En Ortíz, M.J. & Yáñez, S., *Teoría del apego y relaciones afectivas* (pp. 161-187). Bilbao: Universidad del País Vasco, Servicio Editorial.
- Tronick, E.Z. (1989). Emotions and emotional communications in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Van Dam, M. & van Ijzendoorn, M.H. (1988). Measuring attachment security: concurrent and predictive validity of the Parental Attachment Q-Set. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 447-457.
- Van Hooste & Maes, B. (2003). Family factors in the early development of children with Down syndrome. *Journal of Early Intervention*, 25 (4), 296-309.
- Van Ijzendoorn, M.H., Marinus, H. & Kroonenberg, P. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: a meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59, 3-9.

- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van Ijzendoorn, M.H., Golberg, 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.
- Van Ijzendoorn, M. H., Vereijken, C. M. J. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q-Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, (4), 1188-1213. doi: 10.1111/j1467-8624.2010.01451.x
- Van Ijzendoorn, M.H., Moran, G., Belsky, J., Pederson, D., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Kneppers, K. (2000). The similarity of siblings attachments to their mother. *Child Development*, 71, 1086-1098.
- Van Ijzendoorn, M.H., Rutgers, A.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Swinkels, S.H., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F.B., Buttelaar, J.K. & van Engeland, H.C. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with Autism Spectrum Disorder: comparison with children with mental retardation, with language delays and with typical development. *Child Development*, 78 (2), 597-608.
- Vargas, T. & Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Vaughn, B. & Waters, E. (1990). Attachment behavior at home and in the laboratory: Q-Sort observations and strange situation classifications of one-year-olds. *Child Development*, 61, 1965-1973.
- Vaughn, B., Goldberg, S., Atkinson, L., Marcovitch, S., MacGregor, D. & Seifer, R. (1994). Quality of toddler-mother attachment in children with Down syndrome: Limits to interpretation of strange situation behavior. *Child Development*, 65, 95-108.
- Vaughn, B., Coppola, G., Verissimo, M., Monteiro, L., Santos, A. J., Posada, G. & Kortha, B. (2007). The quality of maternal secure-base scripts predicts children's secure-base behavior at home in three sociocultural groups. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 65-76.
- Verdugo, M.A. (1994). Estrés familiar: metodologías de intervención. *Siglo Cero*, 25 (2), 37-45.

- Verdugo, M.A. (2002). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Rev. Española de Discapacidad Intelectual*, 34 (205), 5-19.
- Vicari, S. (2006). Motor development and neuropsychological patterns in persons with Down syndrome. *Behaviour Genetics*, 36 (3), 355-364.
- Vicari, S., Bellucci, S. & Carlesimo, GA. (2000). Implicit and explicit memory: a functional dissociation in persons with Down syndrome. *Neuropsychologia*, 38, 240-251.
- Vicari, S., Bellucci, S. & Carlesimo, G.A. (2005). Visual and spatial long-term memory: Differential pattern of impairments in Williams and Down syndromes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 305-311.
- Vidal, (2002). *Técnicas de análisis multivariante para investigación social y comercial. (Ejemplos prácticos utilizando SPSS versión 11)*. Madrid: RA-MA.
- Vinter, A. (1986). The role of movement in eliciting early imitations. *Child Development*, 57, 66-71.
- Walters, R.H. & Parke, R.D. (1965). The role of the distance receptors in the development of social responsiveness. In L.P. Lipsitt & C.C. Spiker (Dirs.), *Advances in child development and behaviour*, vol. 2. New York/London: Academic Press.
- Ward, M.J., Vaughn, B.E. & Robb, M.D. (1988). Social-emotional adaptation and infant-mother attachment in siblings: role of the mother in cross-siblings consistency. *Child Development*, 59, 643-651.
- Wartner, U.G., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in south Germany: predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- Waters, E. *Assessing secure base behavior and attachment security using the Q-Sort method*. Recuperado de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs_method.html
- Waters, E. (1987). *Attachment Q-set (versión 3)*. Recuperado de <http://www.johnbowlby.com>
- Waters, E. & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209), 41-65.

- Waters, E., Hamilton, C.E. & Weinfield, N.S. (2000). The stability of attachment from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Development*, 71 (3), 678-683.
- Waters, H.S., & Rodrigues-Doolabh, L. (2001). Are attachment scripts the building blocks of attachment representations? Paper presented at the *Meeting of the Society for Research in Child Development*. Recuperado de <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/sred2001/sned2001.htm>
- Waters, H.S. & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment and Human Development*, 8, 185-198.
- Watson, J.B. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York: Norton.
- Weinfield, N., Sroufe, A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*, 71 (3), 695-702.
- Weinfield, N., Sroufe, L.A., Egeland, B. & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New York: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psycho-Anal*, 34, 1-9. (Reimpreso en *Collected Papers*, 1958, bajo la dirección de Winnicott, D.W., Londres: Tavistock Publications).
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. Reproducido en Winnicott, D.W. (1965), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). New York: Int. Univ. Press
- Wishart, J. (1997). Aprendizaje en niños pequeños con síndrome de Down: tendencias evolutivas. En J.A. Ronald, J. Perera, L. Nadel & A. Comblain (Eds.), *Síndrome de Down: Perspectivas psicológica, psicobiológica y socio-educacional*, (pp. 119-137). Madrid: IMSERSO.
- Wishart, J. (2002). Learning in young children with Down syndrome: Public perceptions, empirical evidence. In M. Cuskelly, A. Jobling & S. Buckley (Eds.), *Down syndrome across the life span* (pp. 18-27). London: Whurr Publishers.
- Wishart, J. & Duffy, L. (1990). Instability of performance on cognitive tests in infants and young children with Down's syndrome. *British Journal of Educational Psychology*, 60, 10-22.
- Wisniewski, K., Kida, E. & Brown, W. (1997). Repercusión de las anomalías genéticas del síndrome de Down sobre la estructura y la función cerebral. En J.A. Rondal, J. Perera, L. Nadal & A. Comblain (Dir.),

Síndrome de Down: Perspectivas psicológicas, psicobiológicas y socio-educacional (pp. 24-44). Madrid: IMSERSO.

Zahn-Waxler, C., Chapman, M. & Cummings, E. M. (1984). Cognitive and social development in infants and toddlers with a bipolar parent. *Child Psychiatry and Human Development*, 15 (2), 75-85.

Zevalkink, J., Riksen-Walraven, J.M. & van Lieshout, C.F.M. (1999). Attachment in the Indonesian caregiving context. *Social Development*, 8 (1), 21-40.

Zhang, T.Y. & Meaney, M.J. (2010). Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *Annual Review of Psychology*, 61, 439-466. Doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163625