

# **La familia como factor de riesgo en psicopatología infantojuvenil: Apego y depresión.**

*Trabajo Final de Grado: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud*

**Alba Rizos Bonet**  
**Consultora: Diana Ribes Fortanet**  
**Junio 2017**

## **Copyright**

© *Alba Rizos Bonet*

Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

## Agradecimientos,

A la mía, mi familia,  
y a todos aquellos que han compartido conmigo esta aventura.

¡GRACIAS!

*“Es posible que  
gran parte de nuestra incapacidad  
para acariciar y abrazar a los demás  
se deba a la insuficiencia de nuestra infancia”*

Deborah Offit, 1979

## FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

<b>Título del trabajo</b>	<i>La familia como factor de riesgo en psicopatología infantojuvenil: Apego y depresión</i>
<b>Nombre del autor</b>	<i>Alba Rizos Bonet</i>
<b>Nombre del consultor</b>	<i>Diana Ribes Fortanet</i>
<b>Fecha de entrega</b>	<i>06/2017</i>
<b>Ámbito del trabajo final</b>	<i>Psicología Clínica y de la Salud: Psicopatología infantil</i>
<b>Titulación</b>	<i>Grado en Psicología</i>
<b>Resumen del trabajo (máximo 250 palabras)</b>	
<p>La implicación de los padres en la educación de los hijos juega un papel muy importante en el desarrollo de un apego seguro. El apego seguro asegura un correcto funcionamiento social, emocional y cognitivo, así como proporciona las bases para el resto de interacciones sociales. Sin embargo, son pocos los estudios que se han interesado en la influencia del tipo de estilo de apego de los padres en el desarrollo de enfermedades mentales en los hijos. Actualmente, se otorga a los factores genéticos una influencia importante.</p> <p>El objetivo de este trabajo final de grado es estudiar la relación existente entre la crianza mediante un patrón de apego inseguro y su influencia en el desarrollo de un trastorno depresivo en los niños. Para ello, se administra el cuestionario CDI en niños y niñas de entre 8 y 12 años procedentes de la provincia de Castellón. Sólo aquellos niños que superen la puntuación de corte en el CDI, formarían la muestra final del proyecto.</p> <p>Los resultados que se obtendrían a partir de los instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva y el apego identificado por el menor, determinarían si existe una relación significativa entre el estilo de apego inseguro y el desarrollo de un trastorno depresivo. Las conclusiones fomentan el desarrollo y la implantación de programas de detección temprana de menores en situación de riesgo así como “<i>escuelas para padres</i>” para ofrecer a los progenitores los recursos necesarios para fomentar una interacción saludable y mejorar la calidad de la crianza de sus hijos.</p>	

**Palabras Clave**

Apego padres e hijos, depresión, infancia, Apego inseguro, Factor de riesgo

**Abstract (in English, 250 words or less)**

The involvement of parents in the education of children plays a very important role in the development of a secure attachment. Secure attachment ensures proper social, emotional, and cognitive functioning, as well as providing the basis for all other social interactions. However, few studies have been interested in the influence of the type of attachment style of parents in the development of mental illness in children. At present, genetic factors are given a significant influence.

The objective of this final grade work is to study the relationship between parenting through an insecure attachment pattern and its influence on the development of depressive disorder in children. For that, the CDI questionnaire is administered to children between 8 and 12 years of age from the province of Castellón. Only those children who pass the cut score in the CDI would form the final sample of the study.

The results that would be obtained from the instruments of evaluation of the depressive symptomatology and the attachment identified by the child, would determine if there is a significant relationship between the style of insecure attachment and the development of a depressive disorder. The findings encourage the development and implementation of early detection programs for at-risk children as well as "*parent schools*" to offer parents with the resources they need to develop healthy interaction and improve the quality of their children's upbringing.

**Key words**

Parent-Child Attachment, depression, childhood, insecure attachment, risk factor

# ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN	7
1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN	17
2. REVISIÓN TEÓRICA	21
3. PROBLEMA	25
4. PREGUNTAS E HIPÓTESIS	25
5. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	26
6. MÉTODO	26
6.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
6.2 PARTICIPANTES	28
6.3 INSTRUMENTOS	30
6.4 PROCEDIMIENTO	32
7. RESULTADOS	34
8. CONCLUSIONES	36
9. DISCUSIÓN	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
11. ANEXOS	50
ANEXO 1	50
ANEXO 2	51

# 0. INTRODUCCIÓN

La concepción etiológica de la psicopatología en niños y adolescentes ha mantenido a lo largo de los tiempos una explicación basada fundamentalmente en la familia. Durante el siglo XIX, la justificación por excelencia a la explicación de los factores de riesgo en psicopatología infantil ha sido la causa orgánica (Ezpeleta, 2005). Sin embargo, con la aparición y el desarrollo del psicoanálisis, la explicación primaria y casi universal de los trastornos psiquiátricos en la infancia se ha decantado hacia la relación del niño con sus padres, y principalmente, la relación con la madre. Freud consideró el vínculo entre la madre y su hijo como una relación *“única, sin comparaciones, establecida inalterablemente para toda la vida, como el primer y más fuerte objeto de amor y como prototipo de todas las relaciones posteriores”* (Vargas y Polaino-Lorente, 1996, p.15). De este modo, el psicoanálisis concebía la psicopatología mental como la aparición de un conflicto interno no resuelto y provocado por una deficiencia en las relaciones de los padres con sus hijos. Por otro lado, el enfoque conductual, coincide con el psicoanálisis a la hora de atribuir el origen del trastorno a la familia; sin embargo, diverge sustancialmente de la escuela psicoanalítica en la identificación de los hechos y los procedimientos concretos que la determinan. Actualmente, las numerosas investigaciones existentes en genética formal y/o familiar, así como en genética molecular, refieren importancia a las disposiciones o predisposiciones genéticas en explicar la vulnerabilidad de la transmisión familiar genéticamente de los hijos a padecer cierto trastorno psicopatológico. Así lo ponen de manifiesto estudios que demuestran una mayor coincidencia psicopatológica entre los padres biológicos e hijos adoptados frente los resultados obtenidos entre aquellos y los padres adoptivos (Ezpeleta, 2005).

Hoy en día, se otorga un papel importante a los factores genéticos en el desarrollo de la psicopatología. Para hacer mayor hincapié, se hace muy difícil dar una explicación al origen y el desarrollo de la mayoría de las psicopatologías sin el empleo de este concepto. El factor de riesgo genético es tan solo uno de los que van a ser descritos en las próximas páginas:

## ***Factores genéticos***

En la bibliografía existente, son numerosos los estudios representativos que han puesto a prueba el papel de la genética en la transmisión familiar de los trastornos psicopatológicos. Entre ellos, destaca el estudio realizado por el equipo de Wickramaratane y Weissman (1998): durante 10 años se dedicaron a observar un grupo formado por 182 niños procedentes 91 familias diferentes, donde uno, ambos o ninguno de los progenitores, habían padecido un trastorno depresivo mayor anteriormente. Los resultados obtenidos permitieron llegar a la conclusión que el

trastorno depresivo de los padres se asociaba en los niños en una probabilidad ocho veces mayor de sufrir el trastorno en el inicio de la infancia, cinco veces en la edad adulta, el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad se multiplica por tres, así como el de desarrollar un trastorno de conducta, que asciende a cinco veces mayor riesgo. Canino, Bird, Rubio-Stipec, Bravo y Alegría (1990) en un estudio comparativo de 130 niños de padres con diversos trastornos recogidos en el DSM-III y 235 de padres sin diagnóstico, llegaron a la conclusión que, los hijos de los padres con enfermedad mental presentaban mayor número de alteraciones adaptativas y funcionales, así como una mayor puntuación en el *Child Behaviour Checklist*.

Existen diversos modelos que explican el tipo de influencia de los genes en la aparición de una enfermedad mental. El modelo más tradicional es el de *diátesis-estrés* y concibe que una persona predispuesta, ya sea genéticamente o no, enfrentado a una situación estresante, puede experimentar la precipitación del trastorno en cuestión: un niño, predispuesto genéticamente a la depresión, tiene probabilidades de desarrollar el trastorno depresivo tras la separación de sus padres, por ejemplo (Ezpeleta, 2005).

Indirectamente, la dotación genética tiene un papel fundamental en la determinación de las características reactivas y adaptativas básicas: el *temperamento*. De este modo, un niño impulsivo y con una escasa evitación hacia los daños, presentará una mayor tendencia a relacionarse con sus similares, incrementando así las probabilidades de acabar adquiriendo un hábito tóxico por la fácil accesibilidad a los mismos (Ezpeleta, 2005). Por otro lado, los genes participan también en el origen y en el desarrollo de la pubertad, etapa del ciclo vital en el que se multiplican las probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos en consonancia con la influencia del *género*: los trastornos de la conducta alimentaria afectan mayormente a las chicas, alcanzando un ratio de un hombre afectado de cada 9-10 mujeres. En última instancia, y aunque no todos los estudios llegan a la misma conclusión, el ambiente familiar adverso provocado por el desarrollo de un trastorno en el hijo provoca el riesgo de modificar la dinámica familiar y generar de este modo, un mantenimiento de las conductas problemáticas y el consiguiente agravamiento de la enfermedad (Ezpeleta, 2005).

Actualmente, no existe una clasificación sobre la interacción familiar que sugiera la aparición de enfermedades mentales en aquellos niños con riesgo genético de desarrollar un determinado trastorno (Wamboldt y Wamboldt, 2000).



### ***Factores asociados a la vida prenatal.***

A continuación, se describe brevemente la influencia de la madre gestante sobre el aparato psicológico del feto y su desarrollo tras el nacimiento. Un estudio realizado por el equipo de O'Connor y colaboradores (2002), en el que se tomó una muestra formada por 7.000 mujeres gestantes observadas durante el embarazo y posteriormente al parto, concluyó que la experimentación de *ansiedad* durante la gestación podría asociarse al desarrollo de trastornos emocionales y conductuales en sus hijos durante la infancia (O'Connor, Heron, Glover y Alspac Study Team, 2002).

En el mismo año, se publicó un estudio de Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser y Buitelaar (2002) cuyo objetivo fue investigar, por un lado, la *ansiedad ante el embarazo* (miedo al parto, a dar a luz un bebé con discapacidad mental y/o física, preocupación por la apariencia física del niño, etc.) y por otro lado, la evaluación del *estrés percibido* en tres momentos distintos de la gestación. Los resultados arrojaron a la luz que aquellas madres con una ansiedad percibida durante la gestación, se asociaba ligeramente con un déficit en la regulación de la atención de sus hijos, a los 3 meses de edad. Asimismo, aquellas madres que puntuaron positivamente en la variable de estrés percibido, tenían mayor probabilidad de dar a luz un bebé con una conducta difícil presentada por el niño a los tres meses de edad. Ambas características temperamentales constituyen un potente factor de riesgo para el desarrollo tardío de un trastorno psicológico (Ezpeleta, 2005).

### ***Estructura parental.***

En las últimas décadas, se ha investigado ampliamente los factores de riesgo asociados a las estructuras atípicas familiares, comunes en el mundo occidental en el que vivimos. Uno de los primeros estudios llevados a cabo fue el realizado por el equipo de Wadsworth, Burnell, Taylor y Butler (1985). Tomaron una muestra de casi 18.000 niños y evaluaron la influencia del tipo de familia en el desarrollo de déficits conductuales y funcionales. Llegaron a la conclusión que aquellos niños procedentes de familias monoparentales, en comparación con aquellos niños configurados en un contexto familiar formado por ambos progenitores, presentaban un rendimiento más bajo en vocabulario, coordinación visomotora y presentaban comúnmente mayores problemas de conducta. Los niños que vivían en un ambiente familiar con un sólo padre, así como los hijos procedentes de padres adoptivos, fueron percibidos más neuróticos y antisociales que los niños que contaban con ambos progenitores.

Para hacer más hincapié en el tema, se cita a continuación, una pequeña muestra de los recientes estudios realizados sobre las familias atípicas constituidas por

parejas *homosexuales y/o bisexuales*, cada vez más frecuentes en el mundo occidental y a las técnicas reproductivas más extendidas en nuestra sociedad. Este auge no ha dejado indiferente a nadie y ha generado un amplio tema de debate: *¿corren los hijos de estas parejas un mayor riesgo de padecer un trastorno, por el mero hecho de serlo de estos?*. Para contestar a esta pregunta, se han seleccionado dos estudios cuyos resultados obtenidos se considera pueden despejar la duda, o quizás, concluir el extenso debate abierto. Los resultados pueden dejar indiferente a más de uno.

A principios de los años noventa, se realizó un estudio longitudinal con una muestra formada por 25 jóvenes procedentes de familias lesbianas y 21 procedentes de familias heterosexuales. Los resultados tras la evaluación del bienestar psicológico, la identidad familiar y las relaciones sociales no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos (Tasker y Golombok, 1995). Chan, Raboy y Patterson (1998) seleccionaron una muestra de 80 familias con un niño de 7 años concebido artificialmente mediante inseminación, 55 de madres lesbianas, 25 de padres heterosexuales, 50 constituidas en parejas y 30 monoparentales. Tras la evaluación, se concluyó que el desarrollo de todos estos niños era normal y sus adaptaciones no guardaban relación ni con la orientación sexual de los padres ni con el número de ellos conviviendo en el hogar familiar.

El optimismo reflejado en ambos estudios revisados anteriormente no esconde la existencia de trabajos en contra de esta visión positiva de la cuestión. Ante la polémica acaecida en los Estados Unidos a mediados de los años noventa tras la publicación de un informe dirigido al tribunal supremo que recogía en él diversas razones en contra del reconocimiento de la homosexualidad como una enfermedad, -entre otros aspectos-, surgieron de inmediato, numerosas publicaciones criticando el contenido del informe. Entre los investigadores que quisieron desmontar esta defensa, se encuentra el equipo formado por Golombok y Tasker (1996): a través de la teoría de la personalidad social llamada “sentido común” junto con la afirmación “parecido produce parecido” llegaron a la conclusión que los hijos de homosexuales:

- estarán a menudo más afectados por la inestabilidad de sus padres (en cuanto a residencia y pareja)
- tendrán relaciones más deficientes con sus iguales y adultos,
- tendrán mayor número de probabilidades de ser homosexuales e inestables emocionalmente
- y por último, presentarán una mayor probabilidad de ser promiscuos y precoces en las relaciones sexuales.

No es necesario buscar en la bibliografía presente que la orientación sexual de una persona o pareja no tiene por qué estar asociada a unas prácticas educativas e interactivas con sus hijos de fuerte carga psicopatológica. Sin embargo, la condición homosexual está emparejada a un mayor riesgo de padecer trastornos emocionales y de personalidad, los cuáles sí pueden constituirse en factores de riesgo (Ezpeleta, 2005).

### ***Conflicto conyugal.***

El conflicto conyugal referido entre los padres de un niño está reconocido como un factor de riesgo importante en el desarrollo de un trastorno para el hijo de la pareja. Asimismo, la situación de conflicto conyugal encierra a su vez, multitud de factores intervinientes en la conflictividad que, a su vez, pueden ejercer un papel en el desarrollo de psicopatologías filiales: trastornos mentales de los padres, existencia de estresores graves o agudos en la estructura familiar, adversidad psicosocial, etc. A continuación, se describe la importancia a la hora de identificar y dar una explicación sobre la influencia que aporta la familia, así como una descripción sobre las dinámicas conyugales de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales en los menores (Ezpeleta, 2005).

Bretherton (1984) señaló que los padres tienen el poder de garantizar una correcta adaptación y desarrollo de sus hijos ofreciendo durante la crianza una relación interactiva estable. Un sistema familiar con una estabilidad relacional dañada o amenazada aumenta las probabilidades de provocar un sufrimiento en los menores traducido en la mayoría de ocasiones en trastornos de la conducta, resultado de una adaptación pobre del niño en su ambiente (Serrano, Moreno y Galán, 2014).

Numerosos autores coinciden que los conflictos conyugales son los responsables de los problemas de adaptación, y no a la inversa (Cortés, 2002; Ramírez, 1999; Westerman y Schonhltz, 1993). Acerca de los trabajos que recogen las consecuencias negativas del *divorcio* de los padres sobre la salud mental de los hijos, Amato y Keith (1991) defienden que los hijos de padres divorciados parecen poseer un mayor ajuste psicológico en comparación con los hijos de familias biparentales intactas, aunque sí presentan una mayor conflictividad a nivel conyugal. Asimismo, Justicia y Cantón (2011) afirman que, si se limitan las discusiones de los padres en presencia de los hijos, y estas se resuelven correctamente, este hecho puede motivar la adquisición de estrategias de solución de problemas para las futuras relaciones interpersonales. En ese mismo estudio se recoge un dato interesante acerca de la implicación del aprendizaje por modelado en el desarrollo de la conducta agresiva infantil: los niños que son expuestos en un ambiente familiar con discusiones frecuentes pueden aprender que el comportamiento agresivo es una

herramienta adecuada para resolver los problemas en las relaciones interpersonales.

Entre las recientes investigaciones dedicadas al análisis de la relación existente entre psicopatología infantojuvenil y el vínculo conyugal, destaca el estudio realizado por el equipo de Serrano, Moreno y Galán (2014). Estos autores seleccionaron una muestra compuesta por 68 niños junto con sus padres de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años y procedentes del Servicio de Atención a Familias de la comunidad de Extremadura. Este recurso da respuesta a las demandas de atención psicológica en los grupos familiares que por sus dinámicas relacionales y/o características sociales ponen en riesgo el correcto desarrollo de los menores. Los resultados del estudio arrojaron que los hijos procedentes de parejas con conflicto marital muestran un menor nivel de *competencia social* en la escolarización. Por otro lado, un menor grado de satisfacción conyugal percibido por la pareja se asocia con la presencia de quejas somáticas y conducta delictiva en los hijos. La presentación de quejas somáticas en los hijos también se asocia a una insatisfacción en las expresiones del afecto percibidas por los padres. En cuanto a la evaluación de la *cohesión grupal* o número de actividades compartidas por la pareja, el estudio indica que los hijos cuyos padres mantienen un nivel alto de actividades conjuntas tienen menos probabilidades de presentar síntomas ansiosos o depresivos y problemas de atención y se muestran más competentes en la socialización y la escolarización. Por último, se concluye el estudio prestando atención al *grado de ajuste total percibido* por la pareja: la percepción de desajuste marital por la madre es traducido en una mayor presencia de conductas de aislamiento depresivo, problemas somáticos, mayor tendencia a la internalización de los conflictos y reducción de la competencia en el hijo. En cambio, si el desajuste marital es percibido por el padre, los resultados arrojan que los hijos de estos presentan más síntomas somáticos, en comparación con aquellos progenitores varones que refieren un ambiente conyugal armonioso.

### ***Emoción expresada.***

La emoción expresada (EE) hace referencia a los juicios de contenido afectivo que una persona expresa hacia otra, normalmente con una enfermedad crónica. La EE se evalúa tomando en cuenta las críticas, la hostilidad, así como el exceso de implicación emocional que le manifiestan las personas que viven con esta. Esta variable influye, por tanto, en el pronóstico de los trastornos mentales, así como en el curso del mismo una vez se ha establecido. En este sentido, la falta de calor afectivo y la desaprobación expresada por los padres son factores que se traducen en el hijo en autoestima baja y sentimiento de rechazo (Bradley, 2000).

### ***Características de los padres y las familias.***

El establecimiento de los factores de riesgo señalados anteriormente depende principalmente de ciertas características psicológicas de los progenitores.

La *separación matrimonial* ha sido considerada tradicionalmente como un factor de riesgo para la psicopatología de los menores. Sin embargo, lo destacable en los divorcios no es la pérdida que supone para el hijo. Un estudio llevado a cabo por Rutter (1985) demostró que los divorcios matrimoniales se asocian con conductas delictivas en los hijos de padres separados; sin embargo, este riesgo no se asocia en aquellos casos de fallecimiento de uno de los padres. Lo remarcable en estos casos es el conflicto y la agresividad que acompañan las rupturas familiares. Asimismo, las conductas delictivas también se asocian a aquellas parejas que, pese a las discusiones y las situaciones de conflicto, mantienen la convivencia de pareja.

Otro factor que puede influir en el desarrollo de trastornos conductuales y emocionales en los menores es el tipo o la *calidad* de la familia. Un estudio demostró que las deficientes relaciones de pareja, la inestabilidad conyugal y los cambios de pareja implican un incremento en las probabilidades de sufrir problemas sociales, trastornos de la atención y el pensamiento y un deterioro generalizado en la interacción madre-hijo (Najman et al., 1997).

Oates (1997) analizó a fondo las consecuencias cuando los pacientes psiquiátricos son los padres. Los trastornos mentales se relacionan con disputas matrimoniales, adversidades sociales, aumento de los estresores, abuso y/o abandono de los hijos y cambio de los cuidadores principales del menor. Este riesgo es mucho mayor cuando los trastornos mentales son graves, sumado este riesgo además, a la fuerte determinación genética de las enfermedades mentales (Ezpeleta, 2005).

A continuación, se presenta una revisión de algunos estudios publicados acerca de los trastornos psiquiátricos en los padres y su implicación en la salud mental de los hijos. De todos ellos, destaca el estudio longitudinal realizado por Johnson, Cohen, Kase, Smailes y Brook (2001) cuyo objetivo fue el estudio del papel de las conductas desadaptativas de los progenitores y su relación entre los trastornos psiquiátricos de éstos y los trastornos psiquiátricos de sus hijos. Aquellos padres diagnosticados de enfermedad mental presentaban mayor número de conductas desadaptativas en el hogar familiar, traducido en un incremento de las posibilidades de desarrollar un trastorno psicológico en los hijos durante la infancia y la adolescencia. No obstante, destaca que incluso, aquellos hijos de padres sin trastorno psicológico pero que fueron educados por padres con conductas desadaptativas en el seno familiar, mantenían aun así, el riesgo de presentar trastornos psiquiátricos. En el anexo 1 se

resumen las conductas desadaptativas de los padres consideradas de riesgo y la probabilidad de incurrir en el desarrollo de trastornos en los hijos.

El equipo de Näslund (Näslund, Persson-Blennon, McNeil, Kaij y Malmquist-Larsson, 1984) concluyó que la *esquizofrenia* se asociaba con un aumento de la vinculación ansiosa en los hijos. Posteriormente, el mismo equipo estudió las consecuencias en los hijos con *madres psicóticas*: estas madres se mostraron más tensas e inseguras que las madres de la muestra control, lo que se traducía en discrepancias entre la entonación verbal y el contenido de las expresiones (Persson-Blennow, Näslund, McNeil y Kaij, 1986).

En cuanto a los *trastornos bipolares*, se ha observado que los hijos de padres que padecen este trastorno muestran una deficiencia en la vinculación materna y una alteración generalizada en la regulación adaptativa de las emociones (Gaensbauer, Harmon, Cytryn y McNnew, 1984).

Por otro lado, la existencia de enfermedades médicas en los padres, sobretodo si son graves y crónicas, también constituye un factor de riesgo en la salud mental del hijo. Según un estudio llevado a cabo a principios de los años noventa, los hijos de padres con enfermedad terminal, presentaban una mayor tasa de sintomatología depresiva, más síntomas de ansiedad rasgo-estado y una disminución en la autoestima. Asimismo, los padres de estos hijos se identificaron como menos competentes socialmente y desarrollaban en mayor medida problemas en la regulación de la conducta (Siegel et al., 1992).

### ***Padres con trastornos afectivos.***

La alta prevalencia de los trastornos afectivos ha generado que sea la patología mental más estudiada acerca de su influencia sobre la salud mental de los hijos, y más concretamente sobre la *transmisión familiar*. En este contexto, destacan los estudios realizados sobre la influencia de los trastornos depresivos.

Un estudio concluyó que los hijos de padres con trastorno depresivo tienen más posibilidades de padecer una enfermedad mental en comparación con los hijos de padres no depresivos. Este riesgo se incrementa hasta en un 40% una vez el hijo de los padres depresivos ha cumplido los 20 años. Asimismo, estos menores tienen más probabilidades de padecer dificultades en su funcionamiento general, sentimientos de culpabilidad y problemas interpersonales y en la vinculación (Beardslee, Versage y Gladstone, 1998). Cabe destacar que, no sólo este riesgo está asociado a los trastornos depresivos. Los hijos de padres con este trastorno, tienen un riesgo mayor en presentar trastornos de ansiedad, depresión mayor en la

infancia y la adolescencia y dependencia ética en la adolescencia e inicio de la juventud (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau y Olfson, 1997).

La influencia de una madre depresiva sobre su hijo ha sido ampliamente estudiada a lo largo de los últimos años. Sin embargo, no sólo la transmisión genética tiene un papel excepcional en la génesis de la psicopatología. La interacción personal madre-hijo es también un factor a tener en cuenta. A continuación, se incluyen algunas conclusiones extraídas sobre alguno de los estudios que ha evaluado esta relación. Zuckerman y colaboradores (1990) observaron que los bebés de madres que habían presentado síntomas depresivos en el embarazo, presentaban 2,6 más probabilidades de realizar conductas irritables (llanto excesivo e incontrolable), en comparación con la muestra de madres sin síntomas. En ese mismo año, Goodyer (1990) describió aquellas características conductuales de las madres depresivas que influyen negativamente en el estado emocional y cognitivo conductual de sus hijos: la interacción entre madre-hijo es más negativa, con más palmetazos y desaprobaciones verbales y los abrazos y las sonrisas son escasos. Otro estudio comparativo entre madres depresivas y madres normales de bebés lactantes y niños en edad preescolar, sugiere que los hijos de madres con trastorno depresivo presentan un retraso en la adquisición de competencias, muestran más irritabilidad, menor índice de respuesta a las relaciones sociales, menor rango de afecto y vínculo inseguro (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little y Briggs-Gowna, 2001).

Un dato interesante observado en los hijos de madres depresivas cuando se les indica que no respondan a las llamadas de sus hijos ha sido que los hijos de éstas se alteran mucho menos, en comparación con los hijos de madres normales ante la misma actuación, los cuales se agitaban tanto conductualmente como fisiológicamente. Este dato ha sido interpretado como un estado de *indefensión aprendida* (Field, 1994).

En definitiva, la influencia negativa de los padres con trastorno afectivo se puede asociar no sólo a este factor de riesgo, sino también al tipo de relaciones conyugales de la pareja y los conflictos maritales que puede acelerar el desarrollo del trastorno afectivo en cuestión (Prince y Jacobson, 1995).

### ***Influencias de los trastornos exteriorizados.***

Ezpeleta (2005) afirma que, entre los agentes causales en la génesis de los trastornos exteriorizados o conductas perturbadoras, destaca las familias monoparentales, nivel socioeconómico bajo, trastornos psiquiátricos y delincuencia en los progenitores, acontecimientos vitales estresantes, conflictos y divorcio, entre otros. Esta relación viene asociada a una previa actuación familiar indisciplinada

durante la infancia del menor.

En el contexto en el que nos encontramos, existe una teoría llamada *teoría de la coacción* (Patterson, Forgatch, Yoerger y Sttollmiller, 1998) que da respuesta al desarrollo y al mantenimiento de la conducta antisocial. Este equipo atribuye el origen de las conductas perturbadoras en los hijos a las prácticas educativas incoherentes y los comentarios negativos. De este modo, las desaprobaciones que emiten los padres a los menores intensificarían las conductas antisociales. Las respuestas erróneas de los padres alimentan un círculo vicioso que promueve las conductas perturbadoras del niño y el mantenimiento del mismo por la intensificación de las reacciones irritables en los padres. Estas situaciones no favorecen el aprendizaje de habilidades socialmente aceptables (esperar turno, prorrogar gratificaciones). En esta línea, el padre percibe a su hijo más difícil y hostil y su hijo percibe al padre como su enemigo. Numerosos estudios avalan esta coacción mutua negativa como factor de riesgo en la exteriorización de los trastornos psiquiátricos en la infancia. Sin embargo, los trastornos exteriorizados no sólo se asocian a la percepción mutua de hostilidad por parte de los padres y sus hijos, también va acompañado de la observación del menor de enfrentamientos entre sus progenitores. Los niños diagnosticados de trastorno de la conducta proceden mayoritariamente de ambientes familiares coléricos, y supuestamente, acaban sensibilizándose a la cólera de los enfrentamientos y reaccionando irritablemente a las frustraciones (Cummings y Cummings, 1988).

En consecuencia, esta percepción de ataque continuo provoca dificultades en la adaptación óptima del menor en los contextos interpersonales y promueve la agresividad y el menosprecio hacia los otros; en definitiva, en el desarrollo de conductas antisociales.

Ezpeleta (2005) asegura que los trastornos psiquiátricos son multicausados. Ante esto, la familia posee un papel importante en la fluctuación de la mayor parte de los factores de riesgo: los factores que circulan mediante la herencia genética, los que dependen de los estilos educativos, interactivos y relacionales de padres-hijos, los factores de riesgo asociados a la clase social y ambiente sociocultural, los factores que acompañan a la estructura familiar (intacta, desestructurada, monoparental, y así una amplia lista que no procedería en el marco de este trabajo. A continuación, y más detenidamente, se incluye una descripción y revisión del vínculo inseguro como factor de riesgo en psicopatología infantil, el cual ha sido seleccionado como tema de estudio para la elaboración del presente trabajo final de grado.



# 1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

La definición de apego se entiende como la vinculación afectiva, estable y consistente que se establece entre el niño y su madre, como resultado de la interacción recíproca entre ambos. Este vínculo no sólo se fomenta a través del repertorio conductual con el que el niño viene al mundo, sino también a través de la sensibilidad y la conducta materna (Vargas y Polaino-Lorente, 1996). Castillo define que el apego se describe como la necesidad que siente el niño por examinar y establecer cierto grado de proximidad y contacto físico con sus figuras vinculantes. Asimismo, la calidad del apego se establece en función de las interacciones que se originan entre ambos, y no sólo por las conductas del niño (Castillo, Tuzzato y Marrero, 1990). Sin embargo, es importante resaltar que el concepto de apego no sólo incluye aspectos emocionales sino también sociales, cognitivos y conductuales (Celedón, Barón, Martínez, Cogollo y Miranda, 2016).

Veamos, a continuación, una revisión de los antecedentes históricos acerca de la teoría del apego. Su nacimiento es considerado uno de los acontecimientos más importantes en la historia de la psicología contemporánea. La teoría desarrollada por el autor John Bowlby (1907-1991) se alejaba de los planteamientos teóricos del psicoanálisis, los cuáles defendieron que el estrecho vínculo afectivo que se desarrollaba entre el niño y su madre era un amor interesado que nacía a través de la alimentación que le aseguraba su madre. Bowlby formuló la teoría del apego desde el marco de la etología y consideró el apego entre madre-bebé como una conducta innata con un importante valor adaptativo (Bowlby, 1969). Asimismo, y basándose en la teoría de los *sistemas de control*, Bowlby señaló que la conducta instintiva no era un patrón fijo de comportamiento que se reproducía siempre de igual manera ante un determinado estímulo, sino un programa con corrección de metas que se adapta y modifica según el ambiente (Bowlby, 1969). En conclusión, el apego hace alusión a un conjunto de conductas diversas, cuya activación y desactivación, intensidad y configuración de sus expresiones depende de una multitud de factores ambientales e individuales (Bowlby, 1969).

Ainsworth llevó a cabo un experimento llamado la Situación del Extraño (Ainsworth y Bell, 1970) cuyo objetivo fue evaluar el equilibrio entre las conductas de apego y exploración, en condiciones muy estresantes. Los resultados obtenidos le permitieron describir tres patrones conductuales, representativos en los cuatro tipos de apego establecidos. Estos son:

- **Grupo A. El apego inseguro-evitativo o ansioso-evitativo:** los niños clasificados dentro de este grupo, rara vez lloraban en las situaciones de separación con su madre y alternaban las conductas de búsqueda y aproximación. Este tipo de comportamiento infantil se debe a la conducta evitativa de la madre en las

interacciones diarias con su hijo (Vargas y Polaino-Lorente, 1996). Las características de los niños clasificados dentro de este grupo son: escaso afecto compartido, aceptación del extraño, distanciamiento y evitación de la mirada (Sroufe, 1985).

- **Grupo B. El apego seguro:** Los niños clasificados en este grupo, utilizaban a sus madres como una base segura desde donde explorar el mundo exterior. En las situaciones experimentales de separación, la conducta de apego se intensifica, la conducta de exploración se reduce y aparecen síntomas de angustia. En las situaciones de reunión, el niño busca proactivamente el contacto con su madre (Vargas y Polaino-Lorente, 1996). Las características conductuales de estos niños son: conducta exploratoria de los juguetes, afecto compartido durante el juego, admite a los extraños en presencia de la madre, búsqueda activa de la madre en situaciones estresantes y proactividad al iniciar la interacción con ésta (Sroufe, 1985).
- **Grupo C. El apego inseguro-resistente o ansioso-ambivalente:** Los niños clasificados dentro de este grupo se mostraban fuertemente angustiados en las situaciones de separación y el regreso de la madre no les generaba una sensación de tranquilidad, sino que continuaban mostrándose irritados y ansiosos por la anterior separación, en signo de protesta (Cassidy y Berlin, 1994). En este caso, los niños que presentan un apego resistente tienen dificultades para separarse y explorar, se muestran cautelosos ante personas y situaciones novedosas y presentan conductas disruptivas (pataleos, lloros, golpes) al regreso de la madre tras la separación (Sroufe, 1985).
- **Grupo D. El apego ansioso-desorientado-desorganizado:** Los niños clasificados en este grupo se mostraron confundidos, con síntomas depresivos y en las situaciones experimentales de regreso de la madre, apenas realizaban contacto ocular (Vargas y Polaino-Lorente, 1996). Diversos autores han comprobado que los padres de estos niños son padres con traumas y problemas por resolver, madres depresivas o alcohólicas (O'Connor, Sigman y Brill, 1987; Lyons-Ruth, 1991).

En este caso, el nivel de implicación de los padres en la educación de su hijo juega un papel muy importante en el desarrollo de un apego seguro. El apego seguro garantiza un correcto funcionamiento social, emocional y cognitivo, así como proporciona las bases para el resto de interacciones sociales (Sroufe, 1979; Anastasiow, 1986). Sin embargo, lo que realmente interesa en el contenido del presente trabajo final de grado son las consecuencias que puede ocasionar el establecimiento de un apego inseguro en el futuro desarrollo del niño.

La interacción afectiva de los padres con sus hijos correlaciona significativamente con la aceptación del niño con sus iguales y la aceptación de éstos, por parte del menor. Aquellos niños que hayan establecido un apego seguro con sus padres adquirirán un mayor número de habilidades sociales. En cambio, aquellos niños cuyos padres hayan interactuado con sus hijos de forma inadecuada, presentarán mayores problemas en las relaciones con sus iguales y se mostrarán más agresivos (Ezpeleta, 2005).

El tipo de apego también interviene en la *calidad de las relaciones con los hermanos*: un niño con un estilo de apego seguro, no se mostrará amenazado cuando su madre dirija la atención hacia otros niños, porque estos niños seguros confían en la disponibilidad emocional de la madre. Asimismo, el apego seguro se relaciona también con una conducta positiva hacia los hermanos (Ezpeleta, 2005).

El apego del niño a los padres ha sido poco estudiado más allá de la infancia. Se sospecha que, en general, los apegos parentales disminuyen durante la adolescencia, sin embargo, el enfoque etiológico sostiene que los apegos seguros son estables y proporcionan en el adolescente competencia y autonomía. El estudio de López Campbell y Watkins (1988) constató que aquellos adolescentes en etapa universitaria y que habían crecido en un ambiente de conflictos conyugales, presentaron importantes problemas de adaptación con respecto al grupo de universitarios que no presenciaron conflictos durante la adolescencia, especialmente si eran mujeres. En definitiva, la consolidación de un apego saludable durante los primeros años de vida, determina en gran medida el desarrollo de unas relaciones sociales óptimas.

El *desarrollo de la propia identidad* es un proceso que comienza en la infancia y continúa en la madurez y la calidad del autorreconocimiento y el desarrollo del yo, viene influenciado por el tipo de interacciones sociales del niño con sus padres. En este sentido, sorprende saber que, aquellos niños que se encuentran estresados y cuyos padres son menos afectivos y efectivos, desarrollan un temprano conocimiento de su identidad, pues en estos contextos, tienen que actuar por cuenta propia. De este modo, vivir en un ambiente familiar amenazante provoca que los niños inseguros confíen menos en sus padres que en sí mismos y se mantengan más vigilantes, provocando un prematuro desarrollo del autoconocimiento personal del infante. Sin embargo, un autoconocimiento prematuro no presupone un autoconcepto positivo en el menor. El niño que confía en sus cuidadores, confía mejor en sí mismo, y en autoaceptarse a sí mismo (Ezpeleta, 2005).

La calidad del apego madre-hijo también afecta al *desarrollo de la inteligencia*: los niños con un apego seguro a su madre, demuestran una mejor actuación cognitiva que los niños con apego inseguro. En esta línea, Klein (1991) llegó a la conclusión que, las funciones cognitivas de niños de tres años, cuyos pesos al nacer fueron muy bajos, estaban relacionadas según la calidad de la interacción padre-madre-hijo, en contra de su relación con las características personales. El juego desempeña también, una importante función en el desarrollo cognitivo. Las madres que toman la iniciativa en la interacción lúdica con sus hijos, estimulan en estos las posibilidades de exploración durante el primer año de vida (Bell, 1971; Ainsworth, 1974).

En cuanto al apego y la adquisición del lenguaje, los padres, y en especial, las madres, juegan un papel decisivo en el *desarrollo de la competencia comunicativa* de sus hijos. El lenguaje se adquiere en el contexto familiar y para que se lleve a cabo este proceso, es necesario el establecimiento del apego. En esta línea, Anastasiow (1986) defiende que un niño apegado a su madre, experimenta deseos de imitar y comunicarse con sus figuras de apego. Es esta imitación la que posibilita el desarrollo de la función comunicativa en el menor.

La entrada en el colegio es una situación estresante para el niño y para su familia. Los niños con problemas de *ajuste escolar* son niños con un apego inseguro a sus padres. Muchos de los problemas de aprendizaje en esta etapa se deben a que estos niños nunca se han sentido lo suficientemente seguros, respecto a la disponibilidad materna, como para motivar la conducta exploratoria (Ezpeleta, 2005). Debido a la irregular disponibilidad emocional de su madre, el menor ha estado perdiendo el tiempo en atraer la atención de aquella, provocando que no haya tenido la oportunidad de explorar el ambiente. Este niño presenta dificultades para concentrarse porque sus sentimientos emocionales dominan su propia capacidad de aprendizaje, resultando que dirija su actividad a atraer o evitar la atención del profesor, en deterioro de su rendimiento escolar (Ezpeleta, 2005). Al pie de estas líneas se presenta la relación del tipo de problemas escolares según el tipo de apego disfuncional característico.

**Tabla 1.** *Relación del tipo de problemas escolares según el tipo de apego disfuncional característico.*

<i>Problemas emocionales</i>	<i>Problemas escolares</i>
<i>Grupo A: Ansioso-evitativo</i>	<i>Fallos en la adquisición de habilidades escolares</i>
<i>Grupo C: Ansioso-ambivalente</i>	<i>Pérdida de habilidades escolares en el futuro</i>
<i>Grupo D: Ansioso-desorientado-desorganizado</i>	<i>Resistencia al uso de habilidades escolares.</i>

*Nota: Fuente: Ezpeleta, L. (2005).*

A lo largo de los tiempos, se ha consolidado un debate mediático creado en torno la universalidad de la teoría del apego infantil. Van Ljzendoorn (1990) defendió la universalidad del apego respecto a las dos hipótesis que conforman el núcleo central de la teoría: en cuanto a la primera hipótesis, sostiene que la respuesta contingente de la madre a las señales de su hijo es uno de los determinantes más significativos en la configuración del apego. La segunda hipótesis hace referencia a la competencia que adquiere el niño en las relaciones de apego seguro. Para este autor, la teoría del apego es universal porque en todas las culturas se defiende que es la madre la responsable de establecer una relación segura con su hijo. No obstante, afirma que la respuesta a las señales del menor no tiene por qué contener idénticas conductas de cuidado sino que, por el contrario, posiblemente esté condicionada más o menos a las influencias culturales.

## 2. REVISIÓN TEÓRICA

Actualmente, son numerosos los estudios existentes en materia de evaluación del tipo de apego como factor de riesgo en la salud mental de los hijos. Sin embargo, los trabajos que podemos encontrar en las bases de datos disponibles en la red, evalúan la influencia del apego en situaciones muy diversas: apego en el maltrato infantil, en el *bullying*, en jóvenes con personalidad antisocial y psicopática, la presencia y el afecto del padre durante el primer año de vida del niño. Veamos detenidamente una recopilación de estudios seleccionados para la presente revisión teórica.

Muela, Torres y Balluerka (2014) llevaron a cabo recientemente un estudio cuyo objetivo fue examinar si las experiencias de maltrato infantil influían en el apego y en los indicadores de psicopatología en la adolescencia. Asimismo, también se interesaron en estudiar si el apego podía ejercer algún efecto conciliador sobre las consecuencias psicopatológicas del maltrato infantil. Seleccionaron una muestra con 318 adolescentes residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años y pertenecientes a tres colectivos distintos: jóvenes víctimas de maltrato infantil que se encontraban bajo medidas de protección a la infancia en acogimiento residencial; jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de riesgo de desamparo; y por último, un grupo de jóvenes que no se encontraban en situación de desprotección infantil. Los instrumentos de evaluación que aplicaron a los tres grupos fueron el *Sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato* infantil (SICMI), cuyo cuestionario permite identificar y clasificar el maltrato sufrido por los sujetos en diferentes etapas del ciclo vital; la *Versión española del Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes* (BASC), cuestionario que evalúa los indicadores de psicopatología; y los cuestionarios de valoración para padres o cuidadores (BASC-P) y para profesores (BASC-T).

Los resultados obtenidos, coincidiendo con estudios similares previos, ponen de manifiesto que aquellos adolescentes que no han sufrido maltrato durante la infancia puntúan significativamente en la dimensión de seguridad de apego, y menos en las dimensiones de evitación y preocupación, en comparación con la muestra de adolescentes que han sufrido maltrato infantil. En cuanto a los indicadores de psicopatología, los resultados sugieren que los niños maltratados presentan en la adolescencia importantes trastornos psiquiátricos. Por último, los resultados mostraron que aquellos niños que presentan un estilo de apego inseguro muestran un mayor nivel indicativo de psicopatología que aquellos niños bajo un apego seguro. Recientemente, Muela, Balluerka, Torres y Gorostiaga, (2016) estudiaron la influencia de las experiencias de maltrato infantil con el estilo de apego romántico en la infancia. Para ello, seleccionaron una muestra similar a la del estudio previo, en el que se encontraban adolescentes que habían sido víctimas de maltrato infantil, un grupo de jóvenes en riesgo de desamparo y un tercer grupo de adolescentes sin riesgo de desprotección y aplicaron los siguientes instrumentos: El *Sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato infantil* (SICMI) y el *Cuestionario de Relaciones Interpersonales* (ECR-S), este último evalúa los sentimientos de ansiedad y evitación respecto al apego en el contexto de las relaciones de pareja. La combinación de puntuaciones altas y bajas otorga cuatro modelos de apego: los sujetos con un estilo de apego seguro muestran una puntuación baja en ansiedad y evitación; los preocupados y los ansiosos presentan elevada ansiedad y baja evitación; y los temerosos elevada ansiedad y evitación.

Los resultados mostraron que aquellos adolescentes víctimas de maltrato o en situación de desprotección, puntuaron más alto en la dimensión de evitación del apego romántico, en comparación con los jóvenes que no habían experimentado maltrato. Esta estrategia evitativa, tal y como afirman los autores, puede provocar consecuencias negativas en las relaciones de pareja que establezcan los adolescentes a lo largo de su vida.

Magaz y colaboradores (Magaz, Chorot, Sandín, Santed y Valiente, 2011) publicaron recientemente otro trabajo cuyo objetivo era estudiar la influencia existente entre los estilos de apego y la probabilidad de sufrir conductas de acoso entre iguales en la adolescencia. La muestra estaba formada por un total de 600 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años de edad, pertenecientes a varios centros educativos de enseñanza secundaria de la Comunidad de Madrid. Los instrumentos de evaluación seleccionados fueron el *Cuestionario de Relaciones Adolescentes*, *ARSQ* y el *Cuestionario de Acoso entre Iguales* (*CAI*). El primer cuestionario permite obtener puntuaciones para los cuatro tipos de apego (apego seguro, preocupado, evitativo y miedo) mientras que el *CAI* es un cuestionario de autoinforme que evalúa el acoso entre iguales. Los resultados obtenidos demostraron que únicamente el estilo de apego miedoso/preocupado predecía

significativamente el ser o no víctima de acoso en la adolescencia, en comparación con las modalidades de apego seguro y evitativo, que no parecían tener relación alguna con el hecho de ser o no víctima de acoso. No obstante, en cuanto al apego evitativo, diversos estudios, entre ellos el publicado por Monks y colaboradores (Monks et al., 2005) mostraron la existencia de una relación entre el estilo evitativo y las conductas de acosador. Los datos obtenidos en el estudio de Magaz apoyan los trabajos previos publicados en relación entre el apego y las conductas asociadas al maltrato o abuso en la infancia y la adolescencia.

Otro trabajo recientemente publicado es el propuesto por el equipo de Celedón y colaboradores (Celedón, Barón, Martínez, Cogollo y Miranda, 2016) cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el estilo de apego y el desarrollo de una personalidad antisocial y psicopática caracterizada por egocentrismo, frialdad emocional, falta de sinceridad y de remordimientos. Para ello, seleccionaron una muestra formada por 100 jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años procedentes de del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes de una ciudad de Colombia. Los instrumentos de evaluación que administraron a la muestra fue la *Escala de Apego Romántico y no Romántico (IPPA)* de Casullo (Casullo, 2005) y el *Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV)*. Los resultados señalan que la muestra que puntuó significativamente en la escala de psicopatía en el PCL-YV, además de la percepción negativa de la figura de apego, estos jóvenes presentaban un déficit en el control de los impulsos, dificultades para acatar las normas, reglas y leyes, dificultad para elaborar el duelo, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para responsabilizarse de sus actos, conductas sexuales precoces y/o promiscuas y ausencia de culpa, remordimiento o vergüenza. Además, se identificó que el estilo de crianza por el cual habían sido educados era permisivo y autoritario. Sin embargo, aunque las conclusiones extraídas en el estudio no permiten establecer una relación causal entre el apego y la psicopatía, si es cierto que la privación afectiva durante la infancia, así como la inhibición en el vínculo filiar madre-padre-hijo puede ser determinante en la génesis de una personalidad psicopática.

La presencia en el entorno familiar de una figura paterna presente y afectuosa influye en el desarrollo emocional del niño y disminuye la probabilidad de que éste último presente en el futuro problemas conductuales. Así lo observaron en un estudio que evaluó a 192 familias inglesas y la interacción de los padres con sus hijos en los primeros meses de vida. Posteriormente, se observó el comportamiento del hijo al cumplir los doce meses de vida. Los resultados extraídos de este estudio pueden concluir que aquellos niños cuyos padres estaban presentes y se mostraban cariñosos en las relaciones con sus hijos presentan menos problemas conductuales. En cambio, los hijos de aquellos padres más distantes y que interactuaban en

menos ocasiones con estos, presentaban mayores conflictos conductuales (González, 2012).

Couto y Tavares (2016) analizaron el pasado año un total de 46 artículos publicados en los últimos 20 años para examinar la relación entre el tipo de apego y el comportamiento suicida en los adolescentes y el papel del apego y otros factores de riesgo/protección en los niños. Las diferentes investigaciones se realizaron con estudiantes de secundaria o de universidad para examinar en la muestra seleccionada la presencia de varios tipos de comportamiento suicida y riesgo de suicidio, intento de suicidio, ideación suicida, intento de ideación suicida y la autolesión, sin intento de suicidio. Para ello, el instrumento de evaluación utilizado mayoritariamente fue el Cuestionario de Comportamientos suicida (Osman et al., 2001) y el Cuestionario de Ideación Suicida (Reynolds, 1988). Estas escalas miden la frecuencia y la severidad de la ideación suicida y el riesgo de suicidio. Las conclusiones alcanzadas permiten determinar que los trastornos depresivos junto con un estilo de apego inseguro, contribuyen al riesgo de suicidio en la adolescencia.

Aunque la mayoría de los estudios han señalado una relación existente entre el comportamiento suicida y el apego seguro, no se ha llegado a un consenso sobre qué tipo de apego inseguro (evitación, preocupado, desorganizado) o dimensión del vínculo parental se refiere al comportamiento suicida en la adolescencia.

En el contexto de los trastornos de personalidad, también existen diversas publicaciones que analizan la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales. Erkan, Gencoglan, Akguc, Ozatalay y Fettahogly (2015) compararon los estilos de apego y psicopatología en adolescentes de padres con trastorno bipolar con un grupo control sano. Para ello, seleccionaron una muestra formada por 25 adolescentes en los que al menos uno de los padres estaba diagnosticado de trastorno bipolar y 28 adolescentes de entre 12 y 17 años cuyos padres no presentaban trastorno de la personalidad. Los instrumentos que se administraron fueron el *Programa de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar (K-SADS-PL)* y la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Los estilos de apego de los participantes se evaluaron de acuerdo con el *Cuestionario de Escalas de Relaciones con Adolescentes (A-RSQ)*. Los resultados obtenidos se traducen en la existencia de un riesgo mayor de desarrollar un trastorno psicopatológico en los hijos de padres con trastorno bipolar. Asimismo, presentaban, en comparación con el grupo control, más trastornos depresivos, trastornos de atención, trastornos conductuales y de ansiedad. El trastorno bipolar en los padres afecta negativamente en la salud mental y los estilos de apego en sus hijos, lo que provoca un riesgo mayor a la hora de desarrollar un estilo de apego inseguro.



### 3. PROBLEMA

A partir de la revisión de los principales estudios en materia de relación del tipo de apego se desprenden diversas preguntas y problemas que motivan la investigación de la influencia del tipo de apego en el desarrollo de trastornos depresivos en los niños.

Son numerosos los estudios presentes en la literatura que en cierto modo, han estudiado las posibles interacciones del estilo de apego paternal y su influencia en el desarrollo de trastornos de internalización en los hijos. Sin embargo, se promueve que la investigación futura realice estudios cuyo objetivo sea refutar o validar la hipótesis que el estilo de apego inseguro es un factor de riesgo predisponente para el desarrollo de los trastornos depresivos, evaluando el estilo de apego en el niño (López-Seco et al., 2016). Actualmente, son nulos los estudios existentes en nuestra lengua que evalúan el tipo de apego parental y su influencia en el desarrollo de la depresión en la infancia tardía.

Conocer los efectos que tiene el tipo de apego sobre los diversos trastornos psicológicos puede ser de gran utilidad para favorecer su prevención a la hora de detectar el grado de apego desadaptativo en las escuelas junto a otros factores de vulnerabilidad como la sensibilidad a la ansiedad, a los estilos parentales de crianza o para elaborar intervenciones de prevención primaria en la población infantojuvenil.

### 4. PREGUNTAS E HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta los problemas planteados en el apartado anterior, la pregunta principal que se quiere dar respuesta con el diseño de este proyecto de investigación es:

- ¿Existe relación entre el estilo de apego inseguro y la existencia de un trastorno depresivo en los hijos?

Por tanto, la **hipótesis** derivada que debería ser verificada o refutada es:

- Los niños depresivos identificarán un estilo de apego inseguro evitativo o inseguro ambivalente hacia sus padres o principales cuidadores.

## **5. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Para poder dar una respuesta a la pregunta planteada en el apartado anterior y validar o refutar la hipótesis descrita, el presente trabajo expondrá un proyecto de investigación que analice la influencia de la variable independiente sobre la variable dependiente.

El propósito principal de esta investigación es analizar la importancia de educar a nuestros hijos con un estilo educativo y un vínculo paternal seguro. Las investigaciones existentes en esta materia defienden que el estilo de apego de los padres posee importantes implicaciones en el desarrollo posterior de un trastorno psicológico, y en definitiva, una influencia importante sobre la salud mental de los hijos.

A partir de los posibles resultados obtenidos en la investigación, se pueden plantear programas para la detección temprana de los menores en situación de riesgo y desarrollar propuestas de intervención para guiar a los padres y ofrecerles los recursos necesarios para mejorar la calidad en la crianza de sus hijos y en última instancia, fomentar una interacción saludable con los mismos.

## **6. MÉTODO**

Para describir el método utilizado se hablará acerca del diseño de la investigación, los participantes, los instrumentos empleados y el procedimiento.

### **6.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Las variables consideradas son:

Variable independiente: estilo de apego (seguro, inseguro ambivalente o inseguro evitativo).

Variable dependiente: la presencia de sintomatología depresiva en niños de entre 7 y 12 años.

Variaciones extrañas a controlar: sexo, presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos con la depresión, CI, enfermedad médica significativa, tratamiento psicológico.

La metodología a emplear será cualitativa, pues permite trabajar desde los sujetos en base a conceptos y de modo inductivo, establecer relaciones científicas. El

proyecto de investigación se trata de un diseño ***ex post facto prospectivo de grupo único*** pues, en primer lugar, se selecciona aquellos alumnos que presenten sintomatología depresiva y posteriormente, se mide la variable independiente. Este tipo de diseño de investigación permite que se tenga cierto control sobre las variables extrañas y que, junto con la formación de un tamaño de muestra significativamente grande, se aumente la validez externa.

Asimismo, este tipo de diseños cuenta con una mayor validez interna en comparación con los diseños retrospectivos de grupo único, ya que en este caso se mide en primer lugar la variable dependiente y posteriormente, la variable independiente. De esta forma, se asegura que la variable independiente antecede a la variable dependiente.

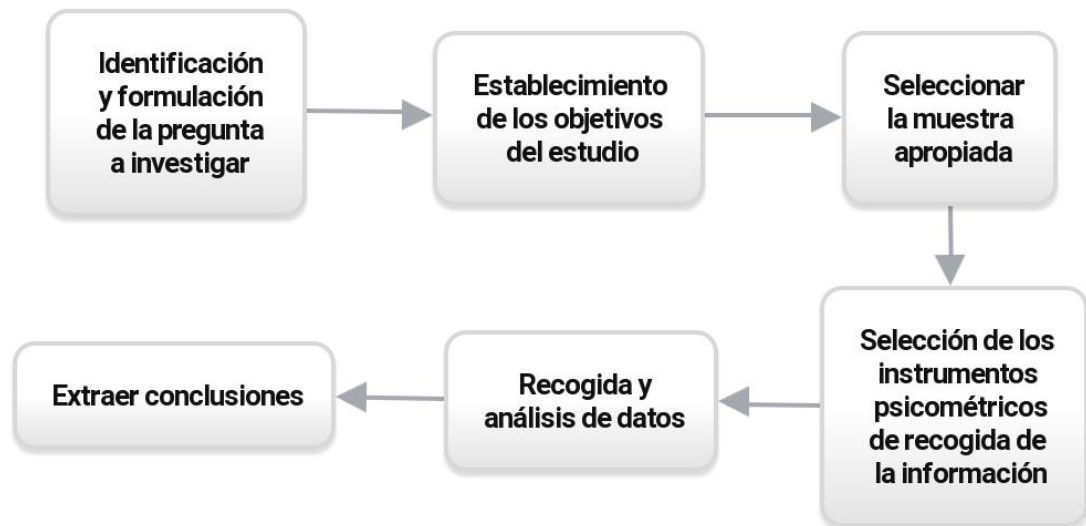
Este proyecto de investigación tiene una finalidad predictiva; al trabajar con todas las puntuaciones y no con medias, se precisa encontrar una función que relacione las puntuaciones de la variable predictora (variable independiente) con la variable criterio (variable dependiente). Así, mediante el análisis de regresión a partir de una puntuación en la variable predictiva, se puede pronosticar el valor de la variable criterio.

Como el objetivo del estudio es que los resultados sean representativos, la muestra de alumnos participantes en el proyecto será significativamente alto. Por este motivo, es necesario contar con un equipo de profesionales formado por:

- Director, psicólogo/a que se encargue de la gestión burocrática (permisos, recursos económicos, materiales, etc.), el contacto con la *Conselleria* y los directores de los diferentes centros educativos involucrados así como de aquellos problemas que puedan surgir a lo largo del proceso, comunicándolo al coordinador del proyecto de investigación.
- Coordinador, psicólogo/a, que se encargará de la coordinación del equipo profesional, de los imprevistos que puedan surgir durante el estudio y del posterior análisis de los datos obtenidos.
- 15 psicólogos clínicos y/o sanitarios, que se encargarán de la administración de las diferentes pruebas psicométricas, el análisis de los datos y del informe final con las conclusiones extraídas.
- 20 estudiantes de Psicología de último curso del grado en Psicología que puedan acogerse a una beca de colaboración con la institución universitaria y que intervendrán en la aplicación de las pruebas psicométricas.

Los recursos materiales y el espacio serán facilitados por la institución universitaria. En cuanto a los recursos económicos, se contará con subvenciones financieras de la administración local, autonómica o estatal.

**Figura 1.** Esquema del diseño experimental.



created with [www.bubbl.us](http://www.bubbl.us)

## 6.2. PARTICIPANTES:

El estudio se realizará en la provincia de Castellón con la colaboración de la *Direcció Territorial de Castelló* de la *Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport*, que proporcionará el censo del alumnado con su distribución y facilitará el acceso a los centros. Por las características del estudio, los participantes deberán ser seleccionados mediante un **muestreo probabilístico por conglomerados**. Las unidades primarias las constituyen los cursos escolares de cada centro escolar. El número de niños y niñas que formarán la muestra final se desconoce inicialmente, pues sólo se incluirán aquellos que en la administración del CDI, obtengan una puntuación igual o mayor a 17. Es por este motivo que se ha decidido contactar con todos aquellos colegios de la provincia de Castellón para asegurar que el número de alumnos de la muestra final valide la puesta en marcha del proyecto de investigación.

### Criterios de inclusión:

- Población: alumnos de colegios públicos, privados y concertados de la provincia de Castellón que cursen 4º, 5º y 6º de primaria.
- Nacidos a término.

- Con desarrollo psicomotor normal.
- Los principales cuidadores del niño han sido las mismas personas de referencia desde el nacimiento del niño hasta la fecha del presente estudio.
- Obtener una puntuación igual o mayor a 17 en la administración del cuestionario CDI.

### **Criterios de exclusión:**

- menores nacidos prematuramente.
- con alguna discapacidad intelectual.
- menores cuyos principales cuidadores no hayan sido las mismas personas de referencia desde el nacimiento hasta la fecha del presente estudio.
- menores que en algún momento de su infancia hayan sido tutelados por la *Conselleria* o hayan estado en régimen de familia de acogida.

Los criterios éticos que se tendrán en cuenta según el Código Deontológico del Psicólogo (de Psicólogos, 1988) serán los siguientes:

- Artículo 19: El material de evaluación psicológica queda reservado para el uso de los psicólogos participantes en el proceso del estudio que, del mismo modo, se abstendrán de facilitarlo a terceras personas no competentes. Los psicólogos deberán garantizar la correcta custodia de los documentos psicológicos.
- Artículo 25: En hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el psicólogo ofrecerá la información adecuada acerca de las características esenciales de la relación establecida, los problemas que aborda, los objetivos que propone y el método utilizado.
- Artículo 34: En la investigación, el psicólogo rechazará absolutamente la producción en la persona implicada de daños permanentes, irreversibles o innecesarios. Asimismo, la participación en la investigación tendrá que ser autorizada explícitamente por las personas participantes, en este caso al ser menores, el consentimiento informado y la autorización del padre, madre o tutor del alumno.
- Artículo 39: En el ejercicio de la profesión, el psicólogo demostrará un respeto escrupuloso hacia el derecho del sujeto a ser preservada su intimidad. Únicamente se pedirá a los sujetos de la investigación, aquella información estrictamente necesaria con el cumplimiento de las tareas y siempre bajo su previa autorización.

- Artículo 40: Toda aquella información que recoja el psicólogo en el ejercicio de su profesión, ya sea verbal, en forma de datos psicométricos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y un derecho de secreto profesional el cual, únicamente podrá ser eximido bajo consentimiento expreso del sujeto. El psicólogo velará por el cumplimiento que sus colaboradores eventuales respeten el secreto profesional.
- Artículo 45: La exposición oral, impresa, audiovisual o bajo otra forma, de casos clínicos o ilustrativos, con fines didácticos, comunicación o divulgación científica, se ha de hacer de forma que no sea posible la identificación de la persona, grupo, institución de la que se trate. En el caso que el medio utilizado para llevar a cabo estas exposiciones provoque alguna posible identificación del sujeto, será necesario previamente, su consentimiento explícito.
- Artículo 46: Los registros escritos y electrónicos de los datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si se conservan durante un tiempo, deberán almacenarse bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan el acceso de terceras personas a su contenido.

### **6.3. INSTRUMENTOS:**

Existe una amplia variedad de instrumentos psicométricos diseñados para la evaluación del apego infantil, desde la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. En el presente estudio se ha seleccionado el siguiente instrumento:

- *Child Attachment Interview* o CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008; Target, Fonagy y Shmueli-Goetz, 2003), una entrevista semiestructurada dirigida a niños y niñas de entre 7 y 12 años y basada en la capacidad autorreflexiva de los menores para examinar las representaciones que tienen de sí mismos, de sus figuras de apego y de la relación a través de 15 preguntas. En ellas se pide directamente al menor que describa la relación con sus principales cuidadores, incluyendo preguntas acerca de la experiencia y percepción sobre sus figuras de apego, y recordando acontecimientos en los que se produjo una activación del sistema de apego. Este cuestionario permite evaluar, no sólo la capacidad del menor para describir coherente y colaborativamente su experiencia sino también, la capacidad que presenta para reflexionar sobre estos acontecimientos y su significado. El CAI se compone de nueve escalas, todas ellas con el objetivo de evaluar el estado mental global del niño con respecto al apego, y en cada una de las escalas, se asigna una puntuación global de la entrevista. Una vez se han asignado las puntuaciones en cada una de las escalas, se identifica si cumplen con las puntuaciones esperadas

informadas por la teoría y derivadas empíricamente y se analiza la existencia de contradicciones claras entre el comportamiento verbal demostrado por el niño a lo largo de la entrevista y el comportamiento no verbal (por ejemplo, reírse sobre la muerte de una figura de apego).

Para la evaluación de la sintomatología depresiva, se ha seleccionado:

- El autocuestionario *Inventario de Depresión para Niños*, CDI, desarrollado por Kovacs (1992) y adaptado al español por Del Barrio y Carrasco (2004). Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios epidemiológicos, así como en el ámbito clínico en España. El CDI es el autoinforme más utilizado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes entre 7 y 17 años, de aplicación individual o colectiva, con una duración media de 15 minutos. Esta escala se desarrolló a partir del *Beck Depression Inventory* (Beck, 1967), para ser administrado en niños y adolescentes en edad escolar. El CDI consta de 27 ítems que miden la sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. La ventaja en la administración de este instrumento es que de todos los existentes, el CDI es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. A través de 27 ítems, cada uno de ellos con tres alternativas de respuesta (ausencia de sintomatología, sintomatología leve y depresiva), se obtiene una puntuación directa que permite identificar la presencia de sintomatología depresiva en el menor. Para ello, Kovacs (1992) sugirió que el punto de corte fuera de 19, concluyendo de este modo que todos aquellos alumnos cuya puntuación directa sumara 19 o más, pasarían a formar parte de la muestra final del estudio.
- La *Escala de Sintomatología Depresiva para Maestros* (ESDM) de Doménech, Monreal y Ezpeleta (1985) es un instrumento creado para detectar síntomas de depresión infantil en niños entre seis y doce años a partir de la información proporcionada por los maestros. La escuela es un lugar de distracción para el alumno, un centro de interés donde se encuentra con sus compañeros. Sin embargo, también puede transformarse en otros casos en el lugar de la competitividad donde fácilmente surge el estrés. En esta situación pueden aparecer alteraciones psicopatológicas que tal vez desaparezcan cuando se encuentre en su ambiente familiar en el que, obviamente, tiene menos exigencias (Doménech-Llaberia y Polaino-Lorente, 1990). La EDSM está formada por 16 ítems que cubren bastantes aspectos relativos a la psicopatología del niño deprimido. Unos ítems inciden en el área disfórica “¿cree que está triste?”; otros al funcionamiento cognitivo “¿entiende las explicaciones de clase?”, al nivel de actividad “¿se le ve cansado?” y, por último, a la relación social con sus iguales

“¿está con amigos?”. Cada uno de los ítems se puntúa con 0, 1 o 2, según que el síntoma al que se refiere el ítem no esté casi nunca presente, esté algunas veces o casi siempre, respectivamente. Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 32. En la práctica, no se suelen dar puntuaciones extremas; en una muestra de 905 niños y niñas escolarizados de la provincia de Gerona de entre 8 y 11 años, la puntuación más alta fue de 29 y el centil 50 se encontró entre las puntuaciones de 7 y 8. La aplicación es sencilla y rápida (Doménech-Llaberia y Polaino-Lorente, 1990).

- La *Escala de Nivel de Depresión en niños-Revisada* (CDRS-R) de Poznanski y Mokros (1996) es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para ser administrada en niños de 6 a 12 años y también a sus padres o principales cuidadores con el objetivo de diagnosticar la depresión y determinar su gravedad. Cuenta con 17 ítems que permite clasificar a los sujetos en diecisiete síntomas, incluyendo la disfunción relacionada con el trabajo escolar, las relaciones interpersonales, las quejas psicósomáticas y otros pensamientos y sentimientos que comúnmente se presentan en niños y adolescentes deprimidos. Cada una de las puntuaciones obtenidas en los 17 ítems del CDRS-R se suman para crear una puntuación total cuyo rango se establece entre 17 y 113. Una puntuación mayor a 40 corresponde a la presencia de una depresión moderada. (Poznanski y Mokros, 1996).

## 6.4. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación, se ha desglosado el plan de acción en siete fases con la intención de obtener un orden lógico en la recogida y el análisis de la información obtenida con el estudio.

Fase I: En primer lugar, antes de iniciar el proyecto de investigación, se pedirá la aprobación de la Comisión Ética de la *Universitat Oberta de Catalunya* (UOC). Una vez cumplido este paso, se evaluarán los recursos económicos necesarios, a través de subvenciones financieras de la administración local, autonómica o estatal, para gestionar los gastos que ocasionará el estudio: el coste de los profesionales, materiales, logísticos, etc. Asimismo, también deben evaluarse los recursos disponibles en cuanto al espacio físico necesario para llevar a cabo el reclutamiento y las entrevistas con los participantes. Este paso es un requisito indispensable si se desea llevar a cabo el proyecto de investigación.

Fase II: Una vez conseguidos los recursos prioritarios para iniciar el estudio, el primer paso será acordar una entrevista con los directores de los centros educativos



para exponer los objetivos de la investigación y solicitar su colaboración y autorización. Una vez conseguida la aprobación de los centros, se realizará un registro con aquellos alumnos y alumnas que cumplan los criterios de inclusión y tener en cuenta en el estudio las variables socio-demográficas identificadas.

Fase III: Para incluir a los menores en el estudio, se realizará una primera reunión informativa con los padres en el que se informará de los objetivos del estudio, se pedirá su autorización y se resolverán las posibles dudas que surjan. Una vez se obtenga el listado de aquellos alumnos cuyos padres aceptaron explícitamente la participación de sus hijos en el estudio, se les administrará de forma colectiva en el aula el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Aquellos alumnos que puntúen igual o mayor a 17 puntos, se seleccionarán como posibles positivos.

Fase IV: Posteriormente, se pedirá a los profesores de estos niños probables deprimidos que respondan a la Escala de Sintomatología Depresiva para Maestros (ESDM) de forma personal y siempre que hayan tenido un margen de tiempo suficiente para conocer a los alumnos. Cada ítem del cuestionario se puntúa con 0, 1 o 2, según el síntoma al que se refiere el ítem no esté casi nunca presente, esté algunas veces o casi siempre, respectivamente.

Fase V: Se citará a los padres de cada uno de ellos para administrarles la entrevista semiestructurada *Children's Depression Rating Scale Revised* (CDRS-R). El psicólogo completará la escala de manera independiente con el padre/madre/tutor y el alumno, produciendo tres puntuaciones: la puntuación del cuidador, la del menor y la puntuación combinada.

Fase VI: Por último, se entrevista a los niños siguiendo la entrevista del *Child Attachment Interview* (CAI), que contiene preguntas que activan el sistema representacional de apego del niño sin estresarlo, indagando a través de acontecimientos de apego recientes y el modo como se representa la relación con ambos cuidadores. Estas entrevistas se harán en un despacho del centro escolar que sea concedido, evitando interrupciones, y se grabarán en video y audio (previa autorización de los padres de los niños participantes). A continuación, se aplicará el modelo de la entrevista CAI a la madre.

Fase VII: Los psicólogos clínicos se encargarán de analizar los datos recogidos durante las fases IV, V y VI. Posteriormente, se reunirán con el coordinador del proyecto de investigación para recopilar toda la información procedente de las diferentes entrevistas y los resultados obtenidos en la evaluación de las variables. Finalmente, los psicólogos responsables junto con el coordinador y el director del proyecto, elaborarán un informe final que incluirá las conclusiones extraídas de los

resultados obtenidos, para posteriormente publicarlo en las diferentes revistas científicas de carácter nacional e internacional.

## 7. RESULTADOS

El programa ofimático *Excel* es una herramienta de análisis de datos estadísticos muy adecuada para introducir tablas de valores porque permite obtener resultados y efectuar las representaciones gráficas necesarias para facilitar la comprensión de los datos.

En este estudio, se procede al uso de técnicas de análisis cualitativas pues, el objetivo es obtener la relación entre el estilo de apego parental y la depresión en menores de entre 8 y 12 años. Por tanto, antes de realizar el análisis entre la relación de dependencia o independencia entre las dos variables cualitativas, se procede a la construcción de una **tabla de contingencia**. En este estudio, un ejemplo de la tabla de contingencia quedaría de la siguiente manera (N=155):

**Tabla 2.** *Figuración de una posible tabla de contingencia.*

	<i>Estilo de apego parental</i>			
	<i>Seguro</i>	<i>Inseguro evitativo</i>	<i>Inseguro ambivalente</i>	<i>Marginal</i>
<i>Chicos (N=87)</i>	5	9	64	78
<i>Chicas (N=68)</i>	7	13	57	77
<i>Marginal</i>	12	22	121	155

La tabla de contingencia arroja mucha luz al presente estudio, sin embargo, no es suficiente con interpretar la tabla para generar los resultados finales. A partir de una tabla de contingencias se puede analizar si existe alguna relación de dependencia o independencia entre los niveles de las variables cualitativas mediante una expresión numérica que indique el grado en que existe relación.

### **Contraste de la hipótesis**

En cuanto a la hipótesis objeto de estudio, se aplicará la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado, con el objetivo de averiguar si existe una posible asociación entre la presencia de sintomatología depresiva en los escolares y la identificación de un estilo de apego inseguro evitativo o inseguro ambivalente hacia sus padres o principales cuidadores. La prueba *Chi-cuadrado* ofrece un análisis

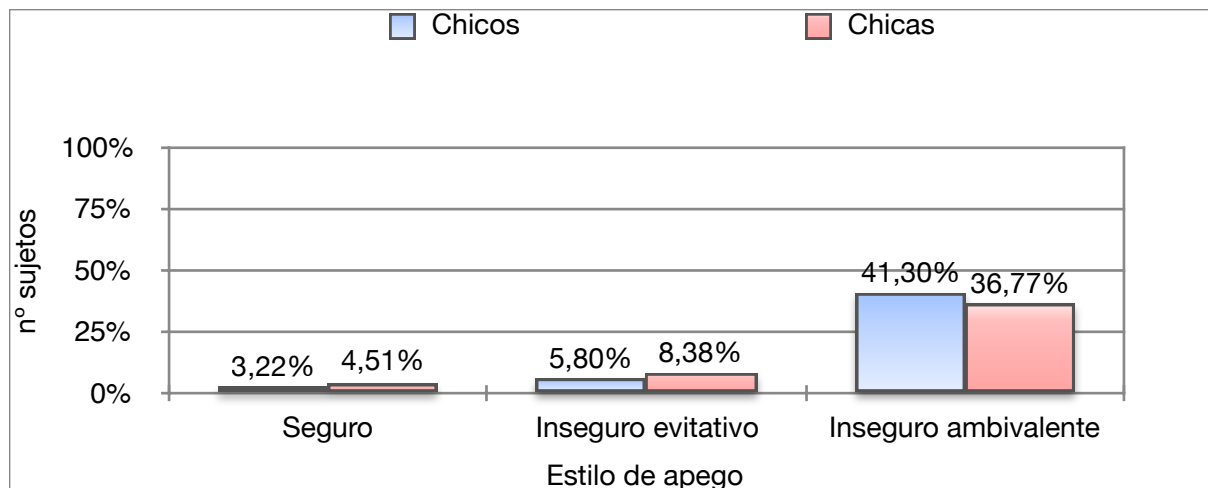
general sobre la existencia de diferencias entre las categorías que agrupan a los datos de la variable dependiente. Para realizar esta prueba de contraste, en primer lugar, se realiza la formulación correcta de las hipótesis para efectuar posteriormente el contraste Chi-cuadrado de homogeneidad:

- $H_0$  (Hipótesis Nula): no se observan diferencias en cuanto a la identificación de un estilo de apego seguro o inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente en niños con depresión y por tanto, existe la misma probabilidad de que el niño depresivo identifique un estilo de apego seguro o inseguro.
- $H_1$  (Hipótesis Alternativa): la sintomatología depresiva influye en la identificación del estilo de apego; sí existen diferencias en cuanto a la probabilidad de identificación de un estilo de apego u otro.

A continuación, se disponen los datos obtenidos tras la administración de los cuestionarios en una tabla de frecuencias a partir del programa *Excel*. Para cada valor o intervalo de valores se indica la frecuencia absoluta observada. Posteriormente, y suponiendo que la hipótesis nula es cierta, se calcula para cada valor o intervalo de valores la frecuencia absoluta que cabría esperar y el grado de libertad. Si el cálculo genera un valor estadísticamente significativo o igual a 0, existiría concordancia entre las frecuencias observadas y las esperadas y se aceptaría la hipótesis nula. En contra, si el valor final del estadístico tomara un valor superior a 0, indicaría que existe una discordancia entre las frecuencias observadas y las esperadas y, en consecuencia, se rechazará la hipótesis nula.

Los resultados obtenidos tras el cálculo del estadístico se espera que tomen un valor superior a 0 que permita rechazar la hipótesis nula y de este modo, verificar la hipótesis objeto de estudio del presente proyecto: los niños depresivos identificarán un estilo de apego inseguro evitativo o inseguro ambivalente hacia sus padres o principales cuidadores (véase, figura 2).

**Figura 2** *Porcentaje de sujetos depresivos (chicos y chicas) según el estilo de apego identificado en el CAI.*



En este apartado, se mostrarán los resultados en cuanto a variables sociodemográficas que permitan caracterizar a la muestra evaluada en función del sexo, el curso académico y la edad, así como también, los resultados obtenidos tras la administración de los instrumentos para posteriormente, aplicar la prueba estadística seleccionada para el contraste de homogeneidad de la muestra.

Finalmente, se debe considerar que exista cierto porcentaje de abandono de sujetos en el estudio por diversos motivos: tiempo que supone cada una de las fases del estudio, cambio de opinión de participación de los padres, cambio de residencia habitual, etc. En el caso que la tasa de abandono sea elevada, se debería evaluar el diseño del proyecto de investigación de nuevo.

## 8. CONCLUSIONES

En el caso que los resultados obtenidos avalaran la hipótesis planteada demostrarían que aquellos niños y niñas que presenten sintomatología depresiva y/o algún trastorno depresivo, en concordancia con la información procedente de los demás informadores seleccionados, identificarán principalmente un estilo de apego parental inseguro-evitativo o inseguro-ambivalente.

El vínculo de apego ha de interpretarse como un factor de primer orden en el desarrollo y su alteración, y por tanto, no debe ser visto únicamente como subsidiario de otras alteraciones. La alteración de la vinculación afectiva del apego tiene un entorno privilegiado de expresión en la escuela. En este sentido, la formación de los maestros y la comunidad educativa permitiría la identificación temprana de aquellos casos de riesgo y de este modo, justificar el desarrollo y la implantación de acciones específicas que puedan mejorar la identificación, la valoración y una derivación adecuada de aquellos menores depresivos con tal de

asegurar el diagnóstico e iniciar lo antes posible el tratamiento psicológico. Dada la asociación reportada, cuando un niño experimenta depresión, puede no ser suficiente tratar únicamente la sintomatología depresiva si el apego inseguro de los padres se mantiene presente.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten fomentar el desarrollo por parte de las instituciones competentes de programas como “*Escuelas para padres*” y campañas de intervención temprana para los cuidadores con factores de riesgo con el objetivo de enseñar a los progenitores estrategias para promover el calor en la relación madre-padre-hijo, mejorar las variables relacionadas con el apego seguro y exponer las posibles consecuencias que suponen para el desarrollo adecuado del niño un estilo de crianza basado en un estilo de apego inseguro.

Cabe destacar del presente estudio que la evaluación de la sintomatología depresiva teniendo en cuenta la información procedente de informantes múltiples (padres y profesores de los alumnos) además del autocuestionario CDI aplicado en el menor, puede contribuir a una comprensión más objetiva y precisa de los fenómenos objeto de estudio de esta investigación.

En cuanto a los estudios previos sobre la relación del estilo de apego y los trastornos depresivos, teniendo en cuenta que la gran mayoría de estos no valoran exclusivamente esta relación con menores deprimidos, en general confirmarían la hipótesis planteada. Un equipo de investigadores realizó un estudio con el propósito de analizar la relación entre el estilo de apego informado y los niveles de síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de niños y niñas de 12 años de edad. Los datos obtenidos demostraron que el estilo de apego inseguro ambivalente e inseguro evitativo se identificaba con unos niveles elevados tanto en síntomas depresivos como en síntomas de ansiedad, en comparación con aquellos niños que señalaron un estilo de apego seguro (Muris, Meesters, van Melick y Zwambag, 2001). Las conclusiones obtenidas en este estudio coinciden con los resultados obtenidos en una investigación llevada a cabo un año antes y realizada por algunos miembros del mismo equipo (Muris, Mayer y Meesters, 2000).

Un reciente estudio promovido por Brumariu y Kerns (2010) demostró que la seguridad en el apego entre madres e hijos está relacionada consistentemente aunque modestamente con la ansiedad y la depresión. El apego seguro se asoció con niveles más bajos de control psicológico (inducción de culpa, retraimiento amoroso, expresión verbal restrictiva, invalidación de los sentimientos del niño, ataque personal al niño y comportamiento emocional errático) y ausencia de síntomas depresivos en los niños. Estos autores sugirieron, además, la importancia de considerar múltiples influencias o moderadores en la relación entre estilos de

apego y la internalización de problemas (apoyo social, regulación emocional, competencia y relación entre compañeros, cognición negativa y autoestima). En una muestra de alto riesgo, el apego materno inseguro no demostró una relación directa con el desarrollo de trastornos de internalización en los hijos; únicamente la negligencia o el abuso de la madre predijo los trastornos (Bifulco, Moran, Jacobs y Bunn, 2009). Brenning y colaboradores (2012) encontraron una semejanza intergeneracional de síntomas internalizantes. Los síntomas depresivos maternos se relacionaron con estrategias parentales desadaptativas y representaciones inseguras de apego en adolescentes. Adicionalmente, el apego y la depresión podrían compartir sistemas biológicos comunes (Starr, Hammen, Brennan y Najman, 2013).

La asociación entre el estilo de apego y el desarrollo de la depresión ha sido recientemente estudiada en una muestra de adolescentes. Agerup, Lydersen, Wallander y Sund (2015) realizaron un estudio de diseño longitudinal, seleccionaron una muestra de participantes formada por 242 adolescentes noruegos de 15 años y evaluaron el estilo de apego identificado por los padres y por los hijos. Clasificaron la muestra en tres categorías distintas que representaban la variable de resultado del diagnóstico de depresión (mayor, menor y sin depresión) desde los 15 hasta cumplir los 20 años de edad, empleando tabulaciones cruzadas para describir la prevalencia de depresión en ambos momentos, así como el cambio a través del tiempo. Posteriormente, se utilizó la regresión multinomial para examinar las relaciones de apego adolescente a los cuidadores a los 15 años, con curso de diagnóstico de depresión. Los resultados obtenidos permitieron llegar a la conclusión que, en general, tanto el apego inseguro materno como paterno se asociaba con el curso de la depresión desde la adolescencia hasta la edad adulta. Asimismo, el apego materno menos seguro fue más probable que estuviese presente en los tres grupos que experimentaron depresión durante el periodo de la investigación: el grupo que no estuvo deprimido a los 15 pero se deprimió en los años posteriores, el grupo que estaba deprimido a los 15 pero se recuperó, así como el grupo que estaba deprimido a los 15 y se mantuvo así hasta los 20. Los resultados y las conclusiones generadas confirmaron parcialmente la hipótesis definida inicialmente: Un apego inseguro a los padres, ya sea a la madre o al padre, se asocia con una mayor probabilidad de experimentar depresión desde la adolescencia hasta la edad adulta joven. No obstante, los autores demandan ampliar la investigación utilizando un diseño longitudinal prospectivo en el que tanto el apego parental como el trastorno depresivo se midan repetidamente en el tiempo en una muestra formada por chicos y chicas en la adolescencia temprana hasta la edad adulta joven (Agerup, Lydersen, Wallander y Sund, 2015).

En contra, en el caso que los resultados obtenidos en este estudio refutasen la hipótesis planteada implicaría la no existencia de diferencias en cuanto a la identificación de un estilo de apego seguro o inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente en niños con depresión (existe la misma probabilidad de que el niño depresivo identifique un estilo de apego seguro o inseguro) y por lo tanto, el estilo de apego que los padres adopten durante la crianza de sus hijos, no contribuiría al desarrollo de la depresión. Esto respaldaría la evidencia que el estilo de apego adoptado en la crianza de los hijos no influiría especialmente en el desarrollo durante la infancia de la depresión, sino que estaría determinado por el papel de distintos factores implicados, como por ejemplo, los factores genéticos, factores asociados a la vida prenatal, las características de las familias y su estructura, conflictos conyugales, la emoción expresada y/o padres con trastorno afectivo. Los datos obtenidos entrarían en contradicción con las afirmaciones actualmente disponibles sobre la bibliografía en torno la pregunta propuesta en este proyecto de investigación. Ante este hecho, se debería revisar los criterios de inclusión u exclusión empleados para la designación de la muestra, la selección de cuestionarios psicométricos y/o el tipo de diseño de la investigación.

Sin embargo, en relación con la anterior revisión teórica, las conclusiones aportadas por los estudios descritos confirmarían la hipótesis planteada para este proyecto, aunque esta relación no podría considerarse tan intensa como lo que se esperaba. Por este motivo, se considera necesario la realización de un estudio más amplio y detallado profundizando en aquellos aspectos que bien por espacio o tiempo, no se han podido trabajar en el presente. Asimismo, y con el objetivo de aportar mayor validez a este trabajo, se propondría nuevas líneas de investigación que incluyan el análisis de la existencia de padres o madres diagnosticados de un trastorno psiquiátrico y su influencia sobre la variable independiente de este estudio. Por otro lado, es interesante que las futuras investigaciones utilicen un diseño longitudinal prospectivo, que permita la observación de la sintomatología depresiva en los niños y la evaluación del estilo de apego identificado por el mismo durante un tiempo prolongado. Este tipo de diseños, a pesar del coste económico y tiempo requerido que supone, mejora sensiblemente la fiabilidad de la investigación.

Actualmente, no existen trabajos científicos recientes que analicen la relación entre estilo de apego y la depresión infantil en una muestra con niños españoles. Este es uno de los principales motivos por lo que se ha decidido la elaboración del presente trabajo final de grado, como precedente para generalizar las conclusiones obtenidas a la población española.

## 9. DISCUSIÓN

Hay que tener en cuenta algunas limitaciones del estudio actual. En primer lugar, según el diseño sugerido para el proyecto de investigación, no se han propuesto técnicas de control de las posibles variables extrañas que pueden interferir en los resultados. Un procedimiento de control válido para el presente trabajo podría ser a través del emparejamiento o apareamiento. De este modo, si se desea estudiar la relación entre depresión (variable independiente) y el estilo de apego parental (variable dependiente) se emparejaría a los sujetos en otras variables relacionadas con la sintomatología depresiva, como por ejemplo, el CI, ansiedad, enfermedades parecidas, etc. y se formarían grupos de sujetos que obtengan niveles similares en estas variables. Por otro lado, el uso de un diseño longitudinal permitiría la predicción de posibles cambios de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo: las evaluaciones durante un periodo de tiempo más largo proporcionan más información sobre la fuerza del poder predictivo del estilo de apego parental y los cambios prospectivos en los síntomas depresivos. De este modo y para futuras investigaciones debe ser importante el empleo de diferentes intervalos de tiempo entre las evaluaciones para determinar la magnitud de los efectos longitudinales de las variables en la validación o refutación de las hipótesis. A pesar de ello, debe considerarse este estudio como un primer paso hacia la comprensión de los procesos que explican la influencia del estilo de apego inseguro y el desarrollo de trastornos depresivos en la infancia usando un intervalo de tiempo relativamente corto entre las evaluaciones.

En segundo lugar, cabe considerar que las preguntas y las hipótesis definidas al inicio del trabajo han sido modificadas posteriormente a medida que se diseñaba el método de la investigación y se extraían unos resultados y unas conclusiones hipotéticas. La definición final de la pregunta puede servir como precedente para iniciar la creación de bibliografía científica alrededor del tema de trabajo seleccionado y diseñar futuras líneas de investigación que deriven en la confirmación de las conclusiones aportadas en este estudio y/o incrementen la información actualmente existente.

En tercer lugar, a pesar que la muestra de este estudio se extrae de las escuelas urbanas y suburbanas y es diversa desde el punto de vista étnico y socioeconómico, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño. Inicialmente, 155 participantes se consideró una muestra razonable para un estudio de trabajo intensivo. Sin embargo, no se pensó que el grupo objetivo no representaría una gran proporción de la muestra. En este sentido, podría ser beneficioso evaluar también, el estilo de apego en aquellos alumnos que no superaron la puntuación de corte en el primer cuestionario y fueron rechazados de la muestra final seleccionada. Otra fuente



potencial de sesgo deriva del tipo de madres examinadas; es posible que la presente muestra esté formada por madres muy implicadas en la crianza y la educación de sus hijos.

Por último, se considera que las futuras investigaciones deberían continuar evaluando cómo el apego inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente puede estar relacionado con la presencia de síntomas depresivos, no sólo en la infancia tardía, sino también en la adolescencia y niños de mayor edad a la seleccionada para este estudio.

A modo de conclusión personal, la realización de este proyecto alrededor del tema de trabajo seleccionado me ha generado ciertas sorpresas y dificultades: al inicio, la escasa bibliografía publicada, no sólo en lengua hispana, sino también en lengua inglesa, dificulta la tarea de emprender un trabajo investigador de ciertas condiciones y extraer los resultados y las conclusiones con las técnicas psicométricas adecuadas. Esto me ha llevado a pensar que se está dando muy poca importancia a la necesidad de criar a nuestros hijos desde un estilo de apego seguro y cálido que fortalezca una educación de calidad, marco para las relaciones interpersonales futuras y una salud mental adecuada en los mismos. Los padres y futuros padres que hoy en día están criando a la población adulta futura, considero que poseen cierto desconocimiento sobre los estilos de apego parental existentes y las posibles consecuencias que puede provocar la crianza de los niños y las niñas a través de un patrón de apego inseguro. Esta información debería facilitarse desde el embarazo por los profesionales sanitarios de los Centros de Atención Primaria, recursos que directa e indirectamente están en contacto con los padres y desde donde se puede llevar a cabo una intervención temprana y posterior derivación a los recursos competentes para minimizar los posibles efectos colaterales que provoca el desarrollo de un trastorno psiquiátrico en la edad infantil.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., y Sund, A. M. (2015). Associations between parental attachment and course of depression between adolescence and young adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 632-642.
- Ainsworth, M. D. S. y Bell, S. M. (1974). Mother-infant interaction and the development of competence. En K. J. Connolly y J. S. Bruner (eds.), *The Growth of Competence*, Nueva York: Academic Press.
- Amato, P. R. y Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. y Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affective ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A. (2009) Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder. *Attach Hum Dev* 11(1), 69–85.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1984). Representing the social world in symbolic play: Reality and fantasy. En I. Bretherton (ed), *Symbolic play. The development of social understanding*. Orlando: Academic Press.

- Brumariu, L. E., y Kerns, K. A. (2010) Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol* 22(1), 177-203.
- Canino, G. J., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., y Alegria, M. (1990). Children of parents with psychiatric disorders in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 398-406.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C. y Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 18-26.
- Cassidy, J. y Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment-Theory and research. *Child Development*, 65, 4, 971-991.
- Casullo, M. M. (2005). *Los estilos de apego: Teoría y medición*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Castillo, M., Tuzzato, R., y Marrero, E. (1990). Interacción madre-hijo y sus efectos en el desarrollo. *Niños*, 25, 71.
- Celedón, J. C., Barón, B., Martínez, P., Cogollo, M. E. y Miranda, M. (2016). Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Encuentros*, 14(1), 151-165.
- Cortés, M. R. (2002). Adaptación de la pareja, conflictos matrimoniales y problemas de conducta en los hijos. En J. Cantón, M. R. Cortés y M. D. Justicia (Eds.), *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.

- Couto, V. V. y Tavares, M. S. A. (2016). Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. *Revista Da SPAGESP*, 17(2).
- Cummings, E. M., y Cummings, J. L. (1988). A process-oriented approach to children's coping with adults' angry behaviour. *Developmental Review*, 8, 296-321.
- Chan, R. W., Raboy, B. y Patterson, C. J. (1998). Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Development*, 69, 443-457.
- de Psicólogos, G. D. C. O. (1988). Código Deontológico del Psicólogo 3.1.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Domènech-Llaberia, E. y Polaino-Lorente, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17(3), 105-113.
- Erkan, M., Gencoglan, S., Akguc, L., Ozatalay, E. y Fettahoglu, E. C. (2015). Attachment styles and psychopathology among adolescent children of parents with bipolar disorder. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 21, 1083-1088.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. En N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioural considerations*. *Monographs of the Society for research in Child Development*, 59, 208-227.

- Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J., Cytryn, L. y McKnew, D. H. (1984). Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141. 223-229.
- González, C. (2012). El apego del padre en los primeros meses determina la conducta del hijo a futuro. *El Mercurio*.
- Goodyer, I. M. (1990). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 161-192.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H.A. y Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1078-1085.
- Justicia, M. J. y Cantón, J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothema*, 1 (23), 20-25.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI* (Manual). Toronto: Multihealth systems.
- Klein, P. S. (1991). Improving the quality of parental interaction with very low weight children: A longitudinal study using a mediated learning experience model. *Infant Mental Health Journal*, 2(4).
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffmann, M. (2011). Apego y Psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
- López, F. G., Campbell, V. L. y Watkins, C. E. (1989). Constructions of current family functioning among depressed and nondepressed college students. *Journal of College Student Development*, 30, 221-228.

- López-Seco, F., Mundo-Cid, P., Aguado-Gracia, J., Gaviria-Gómez, A. M., Acosta-García, S., Martí-Serrano, S., Vilella, E. y Masana-Marín, A. (2016). Insecure maternal attachment is associated with depression in ADHD children. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(4), 189-196.
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement. Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 8(1), 1-23.
- Magaz, A. M., Chorot, P., Sandin, B., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (2011). Estilos de apego y acoso entre iguales (bullying) en adolescentes. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 207-221.
- Muela, A., Torres, B. y Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35(4), 451-469.
- Muela, A., Balluerka, N., Torres, B. y Gorostiaga, A. (2016). Apego romántico en adolescentes maltratados en su niñez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 61-72.
- Muris, P., Mayer, B. y Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety and depression in children. *Social Behavior and Personality*, 28(2), 157-162.
- Muris, P., Meesters, C., van Melick, M. y Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818.
- Najman, J. M., Behrens, B. C., Andersen, M., Bor, W., O'Callaghan, M. y Williams, G. M. (1997). Impact of family type and family quality on child behaviour problems: A longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1357-1365.

- Näslund, B., Persson-Blennow, I. y McNeil, T.F. (1984). Offspring of women with nonorganic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 231-241.
- Näslund, B., Persson-Blennow, I. y Mcneil, T. F. (1985). Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction at three and six weeks of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 441-450.
- Oates, M. (1997). Patients as parents: The risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170 (supl. 32), 22-27.
- O'Connor, M., Sigman, M. y Brill, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55, 831-836.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V. y Alspac Study Team (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of prenatal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1470-1477.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A. y Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8, 443-454.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L. y Sttollmiller, M: (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Poznanski, E. O. y Mokros, H. B. (1996). *Children's depression rating scale, revised (CDRS-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Prince, S. E. y Jacobson, N. S. (1995). A review and evaluation of marital and family therapies for affective disorders. *Journal of marital and Family Therapy*, 21, 377-401.
- Ramírez, M. A. (1999). *Conflictos matrimoniales, prácticas de crianza y problemas de conducta en los niños*. Granada: Universidad de Granada.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal ideation questionnaire: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 349-368.
- Serrano, J., Moreno, J. M. y Galán, A. (2014). Desajuste conyugal y psicopatología infanto-juvenil. *Boletín de Psicología*, 111, 7-23.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. y Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939-956.
- Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14.
- Starr, L. R., Hammen, C., Brennan, P. A. y Najman, J. M. (2013) Relational security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 41(3), 379–388.
- Target, M., Fonagy, P. y Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186.
- Tasker, F. y Golombok, S. (1995). Adults raised as children in lesbian families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 203-215.



- Van Ijzendoorn, M. H. (1990). Developments in cross-cultural research on attachment: Some methodological notes, *Human Development*, 33, 73-80.
- Vargas, T. y Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Pirámide.
- Wadsworth, J., Burnell, I., Taylor, B. y Butler, N. (1985). The influence of family type on children's behaviour and development at five years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 245-254.
- Wamboldt, M. Z. y Wamboldt, F. S. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: Selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1212-1219.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. y Olsson, M. (1997). Offspring of depressed patients. 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.
- Westerman, M. A. y Schonholtz, J. (1993). Marital adjustment, joint parental support in a triadic problem-solving task, and child behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 97-106.
- Wickramaratne, P. J. y Weissman, M. M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 933-942.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S. y Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 11, 190-194.

## 11. ANEXOS

Anexo 1. <sup>1</sup>Odds ratio de conductas desadaptativas de los padres asociadas significativamente en el desarrollo de trastornos mentales en los hijos (Adaptado de Johnson et al., 2001)

<i>Conductas desadaptativas paternas</i>	<i>Odds ratio</i>
<b>Conductas desadaptativas presentes en la madre</b>	
Castigos duros	3,72
Normas incoherentes	2,60
Tiempo escaso de dedicación a los hijos	3,16
Aspiraciones académicas pobres	2,18
Reducido afecto materno expresado	2,19
Posesividad	3,80
Uso de la culpa para controlar a los hijos	4,49
Discusiones con el padre	3,19
Reducido control de la ira hacia el hijo	2,59
Reducida comunicación con el hijo	1,89
Reducida supervisión del hijo	2,97
Preocupación pobre por el hogar	2,66
Fumar delante del hijo	2,63
Maltrato verbal al hijo	3,81
<b>Conductas desadaptativas en el padre</b>	
Tiempo escaso de dedicación al hijo	2,02
Ayuda escasa a la madre	6,02
Afecto paterno escaso	2,52
Discusiones frecuentes con la madre	3,10
Bajo cumplimiento del papel de padre	6,54
Escasa comunicación con el hijo	2,09
Escasa supervisión del hijo	2,20
Fumar delante del hijo	3,98
Preocupación pobre por el hogar	3,48

<sup>1</sup>Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E. y Brooks, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behaviour with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58, 453-460.

## Anexo 2. Calendario de trabajo.

Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs)	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Observaciones/ Comentarios consultor/a
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4			
<b>Semanas</b>	17		1																		
0. Acordar conjuntamente con el consultor qué temática se abordará y la organización del proceso de desarrollo del TFG																					Actividad de seguimiento 0
1. Elección del tema				12																	Apego y psicopatología de los padres y su influencia en la salud mental de los hijos: proyecto de investigación
...1.1. Identificar un tema			3																		Apego padres, psicopatología infantil, psicopatología de los padres
...1.2. Llevar a cabo una búsqueda documental sobre el tema escogido				12	18																Actividad de seguimiento 1
...1.3. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo					19																Actividad de seguimiento 1
2. Planificación del trabajo																					
...2.1. Identificar los elementos fundamentales del TFG					20																Actividad de seguimiento 1
...2.2. Organizar elementos fundamentales del trabajo								10													Actividad de seguimiento 2
...2.3. Temporalizar las diferentes fases del trabajo								10													Actividad de seguimiento 2
3. Desarrollo del trabajo																					
...3.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para la construcción del marco teórico de referencia del TFG				18			5														Actividad de seguimiento 1
...3.2. Integrar el conocimiento para construir el marco teórico								9													Actividad de seguimiento 1
...3.3. Interpretar los resultados esperados											7										Actividad de Seguimiento 2
...3.4. Expresarse correctamente con dominio del lenguaje del campo científico en catalán, castellano o en una tercera lengua																					A lo largo de todo el proceso de elaboración del TFG
4. Entrega de la memoria																					11 junio- entrega documento 26 junio- entrega presentación pública
...4.1. Comunicar de forma correcta la información													22								26 Durante la elaboración de la presentación pública del TFG hasta su entrega el 26 de junio