

LOS VÍNCULOS PARENTALES EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

A.Espina, E.Fernández y B.Pumar

Alberto Espina es psiquiatra y profesor Titular en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (Avda. Tolosa 70, 20018-San Sebastián). Esperanza Fernández es psicóloga y logopeda. Begoña Pumar es médico y psicóloga.

Introducción

Desde una perspectiva ambiental, las dificultades en el lenguaje pueden ser debidas al nivel cultural del hogar y a las pautas de crianza de los padres (Aguado, 1988; Beitchman, Hood e Inglis, 1992; Ishkawa, Kajil, Sakuma y Saiton, 1980; Lewis y Freebairn, 1997; Monfort y Juarez 1987; Peña, 1988; Perelló, 1973, 1984; Rice, Haney y Wexler, 1998; Spitz, Tallalt, Flax y Benasich, 1997; Tomblin, B. J. 1990; Webster, Wood, Eicher y Hoag, 1989). Siegel y Cunningham (1984) y Goldman (1987) destacan que en los niños con retrasos en el lenguaje hay menos estimulación hogareña y que el desarrollo y los trastornos del lenguaje hay que entenderlos desde la interacción familiar y tenerlos en cuenta para la intervención. Baker y Cantwell (1982) y Audet y Hummel (1990) sugieren que los niños con retrasos de lenguaje tienen más probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos en el futuro, y Cohen y Lipsett (1991) afirman que los niños con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente madres con trastornos psicopatológicos. Debot-Sevrin (1969) afirmaba que los niños dislálicos presentaban particularidades en su organización emocional-afectiva y que sus madres tenían un nivel de exigencia muy elevado, siendo autoritarias pero afectuosas. Según Monfort y Juárez (1989) Cadoret (1989), Bowwen y Couples (1999) y Griffer (1997) los niños con problemas del habla y del lenguaje presentan carencias en las relaciones con los padres

Parker, Tupling y Brown (1979) desarrollaron un cuestionario auto-aplicado, el *Parental Bonding Instrument* (PBI), para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (entendido como preocupa-

ción contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida, aunque se puede aplicar a la actualidad. En 1979, Parker estudió sujetos con trastornos depresivos, aplicándoles el PBI y encontró que daban puntuaciones bajas en Cuidado y altas en Sobreprotección. En sujetos con trastornos de ansiedad encuentra las mismas pautas de crianza. A partir de estos datos propone dos hipótesis: 1) Las características parentales y la ansiedad de los hijos pueden ser expresión de una alta ansiedad familiar y 2) Las características de los padres pueden ser la causa de una mayor ansiedad en el hijo (Parker, 1981). Parker y Lipscombe (1981) describen las siguientes características en las madres sobreprotectoras: proceden de países mediterráneos, tienen más bajo nivel educativo, quieren casarse para ser madres y su nivel de ansiedad es mayor. Encuentran que las madres percibidas por sus hijos como sobreprotectoras se puntuaban a sí mismas igual y que el juicio de los hijos correlacionaba positivamente con la opinión de jueces externos.

Numerosos estudios han mostrado que el PBI sirve para discriminar grupos de patología, (Parker, 1991), predominando los estilos parentales de bajo cuidado y alta sobreprotección en pacientes con trastornos alimentarios (Arrindel, Gerlsma, Vandereycken, Hageman y Daeseleire, 1994; Haudek, Rorty y Henker, 1999), en esquizofrenia (Onstad, Skre, Torgersen y Kringlen, 1994; Helgeland y Torgersen, 1997; Espina, Pumar, Santos, González y García, 1999), trastorno borderline de la personalidad (Patrick, Hobson, Castle y Howard, 1994; Latas, Starcevic, Trajkovic y Bogojevic, 2000), depresión (Enns, Cox y Larsen, 2000), toxicómanos (Schweitzer y Lawton, 1989; Espina, Ayerbe, Pumar y García, 1996; Torresani, Favaretto y Zimmermann, 2000) y predice patología en niños (Kashani, Ezpeleta, Dandoy, Doi et al. 1991). En los sujetos con trastorno psiquiátrico se han visto antecedentes de trastornos del habla y al ver que las pautas de crianza están asociadas a la patología, nos parece interesante estudiar si en patologías infantiles también se observan determinadas pautas de crianza.

El presente estudio tiene como objetivo investigar las pautas parentales de crianza percibidas por los hijos en familias con hijos con Trastornos del Lenguaje (TL) y Trastornos del Habla (TH), con vistas a detectar posibles disfunciones que puedan orientar intervenciones preventivas y/o terapéuticas, y así cubrir un vacío existente en este tema, pues no hemos hallado en los 250 artículos revisados sobre el PBI ninguno que se halla aplicado a estas edades, ni patologías. Dentro de los trastornos del habla existen distintas patologías, pudiendo ser éstas de carácter orgánico y funcional, nos hemos centrado en estas últimas, específicamente en las "dislalias", ya que no interviene en su diagnóstico ningún

componente físico o neurológico. En cuanto a los Trastornos del Lenguaje, hemos delimitado nuestro trabajo al estudio de los Trastornos Simples y Moderados que no presenten ningún trastorno de carácter orgánico.

Método

Muestra

Los sujetos que forman la muestra de este estudio fueron extraídos al azar entre los colegios públicos, privados e ikastolas de la circunscripción de San Sebastián que cooperaron en el estudio, se evaluó tanto a los niños/as así como a sus familiares (padres y madres). Los criterios de selección fueron: 1) Sujetos residentes en San Sebastián. 2) Niños de edades comprendidas entre los 8 y 12 años agrupados en 2 grupos: 8-9 y 10-12 años y sus padres. 3) La patología de los sujetos del grupo experimental será de Trastornos del Lenguaje Simple (incapacidad en el lenguaje adquirido) y Moderado (retraso en la adquisición del lenguaje) (TL) y Trastornos del Habla "dislalias" (TH). 4) Las familias estaban compuestas por padre madre e hijo (s). La afasia no ha sido objeto de estudio.

Tabla 1
Características demográficas del niño y el hogar

	GRUPO TL N= 18		GRUPO TH N= 22		GRUPO CONTROL N= 24	
	n	%	n	%	n	%
Edad del niño/a						
6-7						
8-9	12	66,6	11	50	11	45,9
10-12	6	33,4	11	50	13	55,1
Sexo						
Chico	10	55,6	15	68,2	14	58,3
Chica	8	44,4	7	31,8	10	41,7
Nivel económico						
Alto	10	55,5	9	40,9	12	50
Medio	5	27,8	6	27,3	8	33,3
Bajo	3	16,7	7	31,8	4	16,7
Idioma familiar						
Euskera	1	5,6	4	18,2	3	12,5
Castellano	16	88,8	12	72,7	20	83,3
Bilingüe	1	5,6	2	9,1	1	4,2

TH = trastorno del habla, TL = trastorno del lenguaje.

La muestra está formada por 64 niños y sus padres: Grupo de Trastornos del Lenguaje (TL) (n = 18); Grupo Trastornos del Habla (n = 22) y un grupo control sin patología formado por 24 sujetos con las mismas características sociodemográficas que el Grupo Experimental. Características familiares. Nivel económico: se han clasificado a las familias en tres niveles, teniendo en cuenta los ingresos anuales de los miembros que trabajan. Estos niveles serían: a) nivel alto: más de 4 millones de ptas., b) nivel medio: entre 1,5 y 4 millones, c) nivel bajo: menos de 1,5 millones. Las características sociodemográficas de la muestra pueden observarse en las Tablas 1 y 2.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los padres

	GRUPO TL N= 18		GRUPO TH N= 22		GRUPO CON- TROL N= 40	
Edad Padre						
Media	39.17		38.86		40.92	
Rango	33-50		27-50		31-60	
Edad Madre						
Media	36.72		35.95		37.92	
Rango	29-47		28-44		30-58	
	n	%	n	%	n	%
Estudios Padre						
Superiores	2	11,1	5	22,8	1	4,2
Bachiller/FP	1	5,6	3	13,6	3	12,5
E. Primarios	4	22,2	3	13,6	8	33,3
Sin Estudios	11	61,1	11	50	12	50
Estudios Madre						
Superiores	1	5,6			2	8,3
Bachiller/FP	2	11,1	3	13,6	3	12,5
E. Primarios	2	11,1	6	27,3	5	20,8
Sin Estudios	13	72,2	13	59,1	14	58,4
Profesión Padre						
P. Superior	2	11,1	2	9,1	1	4,2
P. Media	6	33,3	11	50	14	58,3
Trab. Cual. O no	10	55,4	8	36,4	7	29,2
Sin Profesión			1	4,5	2	8,3
Profesión Madre						
P. Superior	1	5,6			1	4,2
P. Media	2	11,1	5	22,7	6	25
Trab. Cual. o no	4	22,2	3	13,6	2	8,3
Sin Profesión	11	61,1	14	63,7	15	62,5

TH = trastorno del habla, TL = trastorno del lenguaje.

Variables e instrumentos

Registro Fonológico Inducido (RFI). Monfort y Juárez (1989). Registra el habla espontánea de los niños.

Prueba de Articulación de Fonemas (P.A.F.) (Vallés, 1990). Su objetivo es señalar si existe dislalia funcional.

Peabody picture vocabulary test-r (TVIP) (Dunn, 1970). Mide la recepción del niño frente a un vocabulario de palabras simples habladas por el examinador. Existe versión española en TEA.

Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), Kirk, McCarthy y Kirk (1961). Sirve para analizar las habilidades comunicativas y lingüísticas del sujeto. Existe versión española en TEA.

Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown (1979). Evalúa las conductas parentales percibidas por el hijo acerca del Cuidado (CUI) y la Sobreprotección (SOB). El PBI mide dos factores: Sobreprotección (control, intrusión, infantilización y bloqueo de la autonomía vs estímulo a la autonomía e independencia) y Cuidado (empatía, calor emocional, vs indiferencia y rechazo). Consta de 25 ítems y debe ser contestado, en forma retrospectiva o actual, para el padre y para la madre. Nosotros hemos utilizado la forma actual y hemos realizado una adaptación a la edad de los sujetos de la muestra.

Parker, Tupling y Brown (1979) encontraron en una muestra australiana, que las puntuaciones medias para Cuidado materno eran de 27.0 y 13.5 para Sobreprotección, mientras que las puntuaciones medias para los padres eran de 24.0 en Cuidado y 12.5 en Sobreprotección. En una muestra del País Vasco (Espina et al. 1996), encontramos en un grupo control sin patología las siguientes puntuaciones medias: Cuidado materno 29.19, Sobreprotección materna 16.50; Cuidado paterno 21.56 y Sobreprotección paterna 16. Sobre la base de estos factores se construye una tipología de los vínculos parentales percibidos:

1. Óptimo (alto cuidado, baja sobreprotección).
2. Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección).
3. Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección).
4. Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección).

La clasificación de los sujetos en uno de los cuatro tipos de vínculos se realiza tomando como referencia diferentes puntos de corte para cada subescala, según datos normativos (Parker, 1981; Parker y Lipscombe, 1981; Parker y Mater (1986). Los vínculos han sido calculados utilizando como punto de corte las medias en SOB y CUI del grupo control.

La consistencia interna informada por los autores es adecuada (.88 para Cuidado y .74 para Sobreprotección); mientras que la fiabilidad interjueces mostró índices de $r = .78$ para Cuidado y $r = .49$ para Sobreprotección. Parker (1984) resume los estudios realizados sobre la fiabilidad test-retest de la

escala en distintas muestras y concluye que los resultados eran buenos para ambas y mejores para la escala de Cuidado respecto a la de Sobreprotección. La consistencia interna en nuestra muestra, según el índice alfa de Cronbach, fue también buena (.86 para Cuidado paterno y .88 para Cuidado materno; .78 para Sobreprotección paterna y .80 para Sobreprotección materna).

La validez concurrente ha sido, así mismo, ampliamente estudiada (Parker, 1984 y 1986; Kazarian, Baker y Helmes, 1987; MacKinnon, Henderson y Andrews, 1991). En resumen, los resultados de estos trabajos señalan que el PBI es una medida válida de las características parentales percibidas, así como de las características parentales actuales. Además, el PBI no se ve afectado por el ambiente familiar, "percepción compartida", y puede presentar sesgos debidos a "deseabilidad social", "muro de lamentaciones" y "diferencias culturales"; esto último sobre todo en la escala de Sobreprotección. La validez predictiva, en cuanto a diferenciar muestras clínicas y sujetos normales, así como para predecir el curso de una enfermedad, ha sido investigada por numerosos autores (Parker, 1979; Parker y Mater, 1981; Zweig y Paris 1991; Truant, Donaldson, Hercovitch y Lohrenz, 1987; Schweitzer y Lawton, 1989; Espina et al. 1996, 1999).

Procedimiento

A través del *Centro de Orientación Psicopedagógica (COP)* de San Sebastián, se recogió una relación de todos los centros públicos, privados e ikastolas existentes en la ciudad. Asimismo, se valoró la demanda recogida en dicho organismo por parte de los centros para recibir atención logopédica. Nos pusimos en contacto con los padres de cada uno de los niños detectados con los trastornos objeto de este estudio, les explicamos el objetivo básico de la investigación, así como en qué consistía su participación. Una vez establecido el contacto y su deseo de colaborar, citamos a los padres en el centro, o bien en sus casas para proceder a la recogida de datos sociodemográficos y los niños fueron evaluados individualmente en los centros escolares. El grupo control fue recogido de los mismo centros y cursos de los niños con trastorno y se les pasaron las mismas pruebas descartando la patología. Se trata de un estudio transversal con un diseño de comparación intergrupos. En primer lugar, se estudió la posible influencia de las variables sociodemográficas en la variable dependiente, para cada grupo muestral por separado y, posteriormente, se realizaron comparaciones intergrupos. Los análisis estadísticos fueron realizados con el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, V. 9.

Resultados

Las variables sociodemográficas que muestran alguna relación con las pautas de crianza varían para cada grupo son:

Grupo TL: El lugar que ocupa el niño entre los hermanos correlaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con su percepción de la sobreprotección paterna y materna, -0.45 para padre y -0.40 para madre (utilizando la correlación de Kendall para variables ordinales). Es decir, que cuando el niño ocupa posiciones más superiores en el orden de hermanos, más sobreprotectores percibe a su padre y a su madre. Además los hijos únicos o el mayor perciben mayor sobreprotección paterna ($z = -2.50$, $p = .01$) y materna ($z = -2.38$, $p = .01$) que los menores en el grupo de TL. La edad del padre y la madre, correlacionan de forma positiva y estadísticamente significativa con el cuidado ($r = .58$ para padre y $r = .53$ para madre) a mayor edad de padre y madre mayores puntuaciones en el cuidado percibido por el hijo/a.

Grupo TH: Las niñas perciben mayor sobreprotección materna y paterna que los niños y ello no está relacionado con el lugar que ocupa en la familia. Las siete niñas de este grupo perciben mayor sobreprotección paterna ($z = -2.07$, $p = .04$) y mayor sobreprotección materna ($z = -1.97$, $p = .04$) que los varones (test de Mann-Whitney).

Grupo control: En este grupo encontramos 3 variables asociadas a las percepciones de pautas de crianza. Cuanto mayor es el número de miembros de la familia nuclear, menor cuidado percibe el niño de su padre y de su madre (-0.37 para ambos). Si los niños ocupan posiciones más inferiores en la familia perciben también menor cuidado materno y paterno (-0.25 para cuidado paterno y -0.28 para cuidado materno).

En los padres de nivel profesional bajo los niños perciben menos cuidado frente a los otros dos grupos profesionales ($\chi^2 = 7.04$, gl. 2, $p = .03$). Los hijos de las madres que trabajan perciben mayor puntuación en cuidado frente a las amas de casa ($z = -2.42$, $p = .01$).

Al comparar los grupos mediante análisis de la varianza, podemos observar que existe relación entre sobreprotección paterna y materna y la pertenencia al grupo (ver la Tabla 3). Al realizar comparaciones múltiples con la prueba "post hoc" de Scheffé, las diferencias están en SOB entre el grupo TL con el TH ($p = .001$ para SOB paterna y $p = .004$ para la materna) y el control ($p = .003$ para la paterna y $p = .01$ la materna).

Debido a que las variables de sobreprotección pueden estar influidas por el sexo del niño y el lugar que ocupa entre los hermanos, hemos comprobado si el control de estas dos variables puede variar los resultados. Hemos realizado dos análisis factoriales de varianza: el primero con grupo y sexo como factores y el segundo con grupo y lugar que ocupa (mayor versus menor) tomando como variable dependiente la sobreprotección paterna y materna. Los resultados en ambos nos indican que las diferencias entre los grupos se deben a la pertenencia al grupo, mientras

que el sexo o el lugar que ocupa no añade información relevante y la interacción tampoco es significativa.

Tabla 3
Pautas de crianza y la pertenencia al grupo

	n	Media	D.t	gl.	F	P
SOBPA						
TL	18	19.50	4.15			
TH	22	13.86	4.04			
Control	24	14.29	5.45			
				2	8.82	.000
SOBMA						
TL	18	19.28	4.38			
TH	22	14.14	4.25			
Control	24	14.79	5.07			
				2	7.12	.002
CUIPA						
TL	18	24.28	5.04			
TH	22	24.23	5.10			
Control	24	26.71	5.38			
				2	1.68	.194
CUIMA						
TL	18	24.72	4.56			
TH	22	24.36	4.56			
Control	24	26.63	4.81			
				2	1.55	.219

SOBPA = sobreprotección del padre; SOBMA = sobreprotección de la madre;
CUIPA = cuidado del padre; CUIMA = cuidado de la madre.

Vínculos parentales

La distribución de los tipos de vínculos en cada grupo puede verse en la Tabla 4.

Tabla 4
Frecuencias y porcentajes de los vínculos parentales

VINCULOS	PATERNOS						MATERNOS					
	TL		TH		Control		TL		TH		Control	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptimo	1	5.6	5	22.7	9	37.5	1	5.6	6	27.3	10	41.7
Débil	1	5.6	10	45.5	4	16.7	3	16.7	6	27.3	1	4.2
Constreñido	5	27.8	2	9.1	6	25	6	33.3	1	4.5	6	25
Control sin afecto	11	61.1	5	22.7	5	20.8	8	44.4	9	40.9	7	29.1
Total	18		22		24		18		22		24	

TL = grupo de trastornos del lenguaje; TH = grupo de trastornos del habla

Vemos un predominio del vínculo control sin afecto (alta sobreprotección, bajo cuidado) en los padres del grupo TL y en las madres de los grupos TL y TH; en el grupo TH predomina el vínculo débil (baja sobreprotección y bajo cuidado) en el padre y el de control sin afecto en la madre, mientras que en el grupo control predomina el vínculo óptimo, seguido del constreñido y control sin afecto.

Hemos comparado los grupos por pares mediante la χ^2 y hemos hallado las siguientes diferencias estadísticamente significativas: a) entre los *grupos TL y control*: en el control existen más vínculos maternos óptimos y en el TL el de control sin afecto ($\chi^2 = 8.80$, gl. 3, $p = .03$), en los vínculos paternos en el grupo control predomina el vínculo óptimo y en el TL el de control sin afecto ($\chi^2 = 10.82$, gl. 3, $p = .01$). b) Entre los *grupos TH y control*: en el control existen más vínculos maternos óptimos, mientras que en el TH predomina el vínculo de control sin afecto ($\chi^2 = 9.09$, gl. 3, $p = .02$), los vínculos paternos no diferencian estos grupos, aunque vemos que en el control predomina el óptimo y en el TH el débil c) Entre los *grupos TL y TH*: en el grupo TL predominan los vínculos maternos de control sin afecto y constreñido y en el TH también el de control sin afecto, pero la diferencia viene marcada por el mayor porcentaje de vínculos óptimo y débil en el grupo TH ($\chi^2 = 8.60$, gl. 3, $p = .03$), en los vínculos paternos en el grupo TL predomina el vínculo de control sin afecto, mientras que en el TH el débil ($\chi^2 = 14.69$, gl. 3, $p = .002$).

Discusión

En la comparación entre la percepción de las pautas de crianza y las variables sociodemográficas, en el *grupo de trastornos del lenguaje*, el que cuanto mayor sea el hijo, más sobreprotectores perciba a ambos padres, podría deberse a que estos se preocupan más a medida que el niño se va haciendo mayor y, por ello, recurren a conductas de control y sobreprotección como intento de neutralizar el trastorno. Estas conductas también podrían deberse a la frustración que les produce el fracaso del hijo en esa área, lo cual puede llevarles a cuestionarse como padres, esto último puede estar asociado también al hecho de que la sobreprotección sea mayor si el hijo es único o es el mayor. Otra hipótesis puede ser que las conductas sobreprotectoras de los padres hacen que el trastorno del lenguaje se mantenga en los hijos mayores, es decir que la conducta que pretende controlar el síntoma, lo cronifique.

El que cuando mayores sean los padres, los hijos les perciban como más altos en cuidado, puede estar asociado a que estos padres tienen más experiencia y adoptan conductas más adecuadas con el hijo. La mayor sobreprotección en las niñas del *grupo TH* frente a los niños puede deberse a las expectativas puestas en ellas en cuanto a no favorecer

su autonomía y someterlas a mayor presión, lo cual puede asociarse al trastorno.

En el *grupo control* los padres con más hijos parece que tienen menos tiempo para estimular su desarrollo (bajo cuidado). Lo mismo hallamos en los padres de menor nivel profesional, mientras que en las madres que trabajan sucede lo contrario, estos datos pueden ser interpretados como que las pautas adecuadas de crianza se ven favorecidas por variables culturales y por el grado de autonomía de la madre.

Los hijos sin problemas perciben vínculos óptimos en mayor proporción, lo cual favorecería el desarrollo normal, pero el que también hallamos un porcentaje alto del constreñido y control sin afecto, debería ser tenido en cuenta en programas de educación para padres.

El hecho de que los hijos con trastornos del lenguaje perciban a sus padres y madres como más sobreprotectores concuerda con las opiniones de otros autores (Monfort, 1987; Aguado, 1988; Sieguel et al. 1983). El que los grupos se diferencien por la SOB paterna y materna, coincide con lo hallado en toxicómanos (Espina et al. 1996). El vínculo de "control sin afecto" ha sido encontrado en adultos con diferentes patologías, como ya hemos señalado en la introducción, el hecho de que también se encuentre en niños y en el grupo de mayor patología nos hace pensar que las percepciones de esos adultos de las relaciones infantiles podrían ser correctas; otra cuestión es si esas actitudes parentales juegan un papel etiológico en la aparición del trastorno o si es al contrario. En el primer caso el vínculo de control sin afecto sería generador de patología (inespecífica) en el hijo, al no permitir un desarrollo adecuado del mismo, y en el segundo sería una forma de reaccionar los padres hacia el hijo con problemas; es decir, ante los síntomas recurrirían a controlar su conducta pero sin cariño, rechazando al niño problemático, esto puede deberse a la impotencia que sienten y el cuestionamiento como padres que se produce al tener un hijo problemático. En ambos casos, la actitud no es adecuada para el niño, por lo que habría que tenerlo en cuenta a la hora de planificar las intervenciones terapéuticas en estas patologías.

En el grupo TH la madre es percibida como controladora sin afecto y el padre distante, aquí también podemos hacer los dos planteamientos anteriores, solo que el padre está ausente para el hijo. Si el tipo de vínculo juega algún papel en la aparición de la patología, un padre controlador y rechazante es peor, para el desarrollo del hijo, que un padre ausente. Si la patología induce al padre a adoptar una conducta de control sin afecto, parece que la patología más severa (TL) le lleva a implicarse con el hijo, solo que lo hace de una manera inadecuada. Las madres responden con control sin afecto en ambas patologías.

En resumen podemos decir que en las familias de niños con trastornos del habla y del lenguaje las pautas de crianza percibidas por el hijo son negativas, lo cual, aunque no nos permite afirmar que forma parte

de la etiología de los trastornos, nos indica que las intervenciones familiares son necesarias en este tipo de patologías. En los TL será necesario intervenir enseñándoles a los padres a que no controlen y sobreprotejan al hijo y a que se vinculen afectuosamente con él. En las familias con hijos con trastornos del habla habría que incidir en el vínculo débil del padre, implicarle más en la educación.

Finalmente, creemos que sería interesante realizar estudios longitudinales con muestras más amplias, para estudiar si estas variables juegan un papel etiológico en los trastornos del habla y el lenguaje, y en otras patologías, con vistas a la prevención.

Referencias

- Aguado, G. (1988): *Retardo del lenguaje*. En Peña J. Casanova. Manual de logopedia. Barcelona: Masson.
- Arrindel, W.-Gerlisma, C.-Vandereycken, W.-Hageman, W.-Daeseleire (1998): Convergent validity of the dimensions underlying the Parental Bonding Instrument (PBI) and the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 341-350.
- Audet, L.-Hummel, L. (1990): A framework for assessment and treatment of language learning disabled children with psychiatric disorders. *Topics in language disorders*, 10 (4), 57-74.
- Baker, L.-Cantwell, D. (1982): Developmental Social and Behavioural Characteristics of speech and language disordered children. *Child Psychiatric and human development*, 12 (4), 82-89.
- Beitchman, J.H.-Hood, J.-Inglis, A. (1992): Familial transmission of speech and language impairment: a preliminary investigation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 (3), 151-156.
- Bowwen, C.-Coupples, L. (1999): Parents and children together (PACT): A collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language and communication Disorders*, 34 (1) 35-55.
- Cadoret, A. (1989): Retard de parole et de langage: Different case de figure et reflexion sur la recherche des causes. *Pratique des Mots*, 68(12-17).
- Cohen, N.-Lipsett, L. (1991): Recognized and unrecognized language impairment in psychologically disturbed children: child symptomatology, maternal depression, and family dysfunction: preliminary report. Special issue: childhood disorders in the context of the family. *Canadian Journal of behavioural science*, 23 (3), 376-389.
- Debot-Sevrin, M. (1969): *Relation mere-enfant et dyslalie*. Paris: Michel.
- Dunn, L.M. (1970): *Peabody Picture Vocabulary Test*. Circle Pines MN. American Guid. Service.
- Enns, M.W.-Cox, B.J.-Larsen, D.K. (2000): Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: Mediation by personality dimensions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(3), 263-268.
- Espina, A.-Ayerbe, A.-Pumar, B.-García, E. (1996): La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*, 8(2), 203-217.
- Espina, A.-Pumar, B.-Santos, A.-González, P.-García, E. (1999): Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX (71), 393-406.

- Goldman, L.G. (1987): Social implications of language disorders. *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities International*, 3(2), 119-130.
- Griffer, R.A. (1997): Competency based approach to conducting family centered assessments: Family perceptions of the speech language clinical process in early intervention service delivery. *Infant toddler intervention*, 7(1), 45-65.
- Haudeck, C.-Rorty, M.-Henker, B. (1999): The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian, American and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 425-433.
- Helgeland, M., I.-Torgersen, S. (1997): Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(1), 39-43.
- Ishkawa, A.-Kajil, N.-Sakuma, N.-Saiton, Y. (1980): The natural history of speech retarded children. *Research and clinical centre for child development*, 81, 57-61.
- Kirk, S.A.-McCarthy, J.J.-Kirk, W. (1961): *Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA)*. University of Illinois.
- Kashani, J.H.-Ezpeleta, L.-Dandoy, A.C.-Doi, S. (1991): Psychiatric disorders in children and adolescents: The contribution of the child's temperament and the parents' psychopathology and attitudes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(8), 569-573.
- Kazarian, S.S, Baker, B.-Helmes, E. (1987): The Parental Bonding Instrument: Factorial structure. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(3), 231-232.
- Latas, M.-Starcevic, V.-Trajkovic, G.-Bogojevic, G. (2000): Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 28-34.
- Lewis, B.-Freebairn, L. (1997). Subgrouping children with familial phonologic disorders. *Journal of communication disorders*, 30 (5). 385-402.
- Mackinnon, A.J.-Henderson, A.S.-Andrews, G. (1991): The Parental Bonding Instrument: A measure of perceived or actual parental behavior?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2), 153-159.
- Monfort, M.-Juarez, A. (1987): *El niño que habla*. Madrid: Cepe.
- Monfort, M.-Juarez, A. (1989): *Estimulación del lenguaje oral*. Madrid: Santillana.
- Onstad, S.-Skre, I.-Torgersen, S.-Kringlen, E. (1994): Family interaction: Parental representation in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 90(384), 67-70.
- Parker, G. (1979): Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parker, G. (1981): Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 33-36.
- Parker, G. (1984): The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.
- Parker, G. (1991): The parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 281-282.
- Parker, G.-Lipscombe, P. (1981): Influences on maternal overprotection. *British Journal of Psychiatry*, 138, 303-311.
- Parker, G.-Mater, R. (1986): Predicting schizophrenic relapse: a comparison of two measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 82-86.
- Parker, G.-Tupling, H.-Brown, L.B. (1979): A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patrick, M.-Hobson, R.P.-Castle, D.-Howard, R. (1994): Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6(2), 375-388.