



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

**ESTRÉS MATERNO, RIESGO BIOLÓGICO Y EL TRATAMIENTO VOJTA:  
SUS RELACIONES 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO**

Grupo de Investigación en Atención Temprana (GIAT). Universidad de Murcia

**Julio Pérez-López.**

Profesor Titular de Universidad. Teléfono: 868883435. e-mail: juliopl@um.es. Facultad de Psicología.

**María Teresa Martínez-Fuentes.**

Profesora Titular de Universidad. Teléfono: 868883434 e-mail: mtmartin@um.es. Facultad de Psicología.

**Ángela Díaz-Herrero.**

Profesor Contratado Doctor. Teléfono: 868887748. e-mail: adiaz@um.es. Facultad de Psicología.

**Alfredo G. Brito de la Nuez.**

Profesor Titular de Universidad. Teléfono 868883436 e-mail: abrito@um.es. Facultad de Psicología.

**Francisco Javier Fernández Rego.**

Profesor Asociado Universidad de Murcia. Fisioterapeuta Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana "Fina Navarro" de Lorca (Murcia). Teléfono 968467499, e-mail: franciscoj.fernandez@lorca.es

**María Isabel Casbas Gómez.**

Psicóloga-Directora del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana "Fina Navarro" de Lorca (Murcia). Teléfono 968467499, e-mail: misabel.casbas@lorca.es

**Juan Sánchez Caravaca.**

Profesor Asociado Universidad de Murcia. Pedagogo-Director del Equipo nº 2 de Atención Temprana de la Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia Murcia. Teléfono 968230261, e-mail: tempranamurcia2@telefonica.net

*Fecha de recepción: 2 de enero de 2011  
Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

## RESUMEN

**Objetivo:** Se pretende comprobar si existen diferencias en los niveles de estrés experimentado por madres de niños de riesgo biológico frente a las de población general, cuando los niños alcanzan la edad de 6 meses; y también si el tratamiento fisioterapéutico Vojta, recibido por los niños de riesgo biológico, aumenta el estrés en sus madres.

**Método:** Participaron 80 niños y sus madres, 51 de población general, y 29 niños de riesgo biológico (15 recibían tratamiento fisioterapéutico Vojta y 14 recibían otros tratamientos). Las madres firmaron el consentimiento informado y cumplimentaron el cuestionario de estrés parental de Abidin (PSI, forma reducida) cuando los niños alcanzaron la edad cronológica o corregida de 6 meses.

**Resultados:** Al comparar el grupo de riesgo biológico frente al grupo de población general encontramos diferencias significativas en una de las tres dimensiones de estrés evaluadas: la percepción de niño difícil. En cuanto al tipo de tratamiento recibido por los niños no se alcanzó significación estadística en las escalas de estrés materno.



## **ESTRÉS MATERNO, RIESGO BIOLÓGICO Y EL TRATAMIENTO VOJTA: SUS RELACIONES 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO**

**Conclusiones:** Los resultados indican que, a pesar de las diferencias encontradas en los niveles de estrés materno, la terapia Vojta no es un factor relevante a la hora de explicarlas.

**Palabras clave:** *estrés materno, riesgo biológico, atención temprana, terapia Vojta.*

Title: **Maternal stress, biological risk and Vojta therapy: their relationships 6 months after birth**

### **ABSTRACT**

**Aim:** It is intended to test whether a difference exist in the level of stress experienced by mothers of children at biological risk compared to mothers of children from normal population, when the infants reach the six months of age, and whether the physiotherapy treatment Vojta that infants at biological risk had received rises their mothers' stress.

**Method:** 80 infants and their mothers took part, from which 51 belonged to the general population, and 29 were at biological risk (15 receiving Vojta's physiotherapy treatment, and 14 receiving other treatments). After signing the informed consent, the mothers fulfilled the Abidin questionnaire of parental stress (PSI, short form), when their infant reached the six months of chronological age or corrected age.

**Results:** When comparing the biological risk group with the general population group in the three dimensions of stress, it was only found a significant difference in the dimension: difficult child. As for the type of treatment received by children the differences do not reach statistical significance on scales of maternal stress.

**Conclusions:** Results indicate that, despite the differences in levels of maternal stress, Vojta therapy seems not to be a relevant factor to explain such differences

**Key words:** *maternal stress, biological risk, early intervention, Vojta Therapy*

### **INTRODUCCIÓN**

Nacer prematuramente es una condición biológica que pone en situación de riesgo el desarrollo de la persona que la experimenta. A menor edad gestacional y menor peso al nacer se suponen mayores desventajas. Pero el nacimiento de un niño prematuro también suele ser un acontecimiento traumático para cualquier familia, pues el niño nacido demasiado pronto y/o demasiado pequeño suele romper el sueño de la familia, y frustrar lo que la familia esperaba. Actualmente se reconoce que un nacimiento de esta índole provoca el desconcierto de la familia, el aumento del estrés y la posible crisis, pues ningún padre ni madre está preparado para este hecho (de Linares y Pérez-López, 2004).

El estrés de los progenitores, y principalmente de la madre, quien sigue siendo el cuidador principal en los primeros meses de vida, se encuentra muy relacionado con la percepción que se puede tener del desarrollo de su hijo durante el periodo neonatal (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger y Muller-Nix, 2006; García-Martínez, 2009; Newnham, Milgrom y Skonteris, 2009), y en su incidencia sobre el desarrollo infantil (Chen, Hou y Chiang, 2010; Zelkowitz, Papageorgiou, Bardin y Wang, 2009).

En este sentido, los factores de riesgo biológico y sus complicaciones neonatales no determinan tanto el desarrollo posterior de los niños como los factores socioambientales que lo rodean (Anderson y Doyle, 2008; Aylward, 2005; Baker y Crnic, 2009), de ahí la importancia de trabajar con la familia para reducir los niveles de estrés de los progenitores, proporcionando a la unidad familiar factores de protección o recursos encaminados a beneficiar el desarrollo del niño (Kaaresen, Ronning, Ulvund y Dahl, 2006; Pérez-López, 2009; Roberts, Howard, Spittle, Brown, Anderson y



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

Doyle, 2008). Así, los trabajos de Meyer, Coll, Lester, Boukydis, McDonough y Oh (1994), destacaban que las madres que participaban en programas de intervención mostraban una interacción más positiva y sensible a las necesidades y conductas de su hijo.

Por otro lado, también nos encontramos con que los problemas que presentan muchos niños prematuros, por ejemplo en las características de su desarrollo motor y mental, pueden ser el reflejo de retrasos neuroevolutivos en la maduración cerebral. Concretamente, y según Vojta (1991), las funciones motoras básicas del ser humano maduran o se desarrollan, durante el primer año de vida, en un proceso que denominaba ontogénesis postural y motora. Por ello, para este autor, era importante el conocimiento de los sucesos motores que tienen lugar durante este primer año, no sólo por servir de base para la motricidad posterior, sino también como elemento a tener en cuenta a la hora de determinar la necesidad de intervención terapéutica. La utilización de la terapia Vojta ha demostrado ser adecuada para el tratamiento de trastornos neuromusculares, y puede utilizarse como terapia básica en pacientes de cualquier edad.

Cabe destacar que las alteraciones motóricas tienen una gran repercusión sobre el desarrollo global del niño puesto que la función motora posibilita a la persona comunicarse con su entorno físico, desplazándose dentro de él (locomoción) y “manipulándolo” (función de prensión) (Fernández-Rego, 2004). También le permite expresar sus vivencias y pensamientos mediante el lenguaje gestual y oral.

Aunque se destaca su importancia como terapia precoz durante los primeros meses de vida dados los beneficios físicos y motores que tiene, no parece, a priori, que podamos concluir lo mismo con respecto a sus posibles consecuencias sobre otras áreas del desarrollo del niño e incluso sobre el estrés de los cuidadores principales que deben aplicarla. En efecto, la terapia de locomoción refleja requiere que los progenitores realicen maniobras con sus hijos que, en determinados momentos, pueden resultar algo invasivas y molestas para el bebé. Lo cual, “a priori”, podría ser un factor que interviniera negativamente en los niveles de estrés que experimenta quien aplica la terapia, convirtiéndose en factor de riesgo que amenaza el adecuado desarrollo del niño y el ambiente de la familia.

Desde este punto de vista, creemos que es importante comenzar a estudiar, desde la perspectiva de la Atención Temprana, la interrelación y el efecto que puede tener el uso de determinados métodos de intervención sobre el nivel de estrés de los cuidadores principales de los niños.

Así pues, parece necesario contar con herramientas que nos sirvan para evaluar esa vivencia de estrés de los progenitores y analizar las variables que pueden verse afectadas y resultar más importantes. En este sentido, el Índice de Estrés Parental (PSI, Abidin, 1995) para valorar el estrés vivido por los progenitores desde los primeros momentos de vida de sus hijos puede ser un instrumento válido como demuestran los resultados de numerosas investigaciones (Kaarsen et al., 2008, Browne y Talmi, 2005; Tu, Grunau, Petrie-Thomas, Haley, Weinberg y Whitfield, 2007; Pérez-López, Martínez-Fuentes, Brito de la Nuez, Díaz-Herrero, Herrera-Gutiérrez y Sánchez-Caravaca, 2003). Por ello, pretendemos comprobar si existen diferencias en los niveles de estrés experimentado por madres de niños de riesgo biológico frente a madres de niños de población general, cuando los niños alcanzan la edad de 6 meses; y también si el tratamiento fisioterapéutico Vojta, recibido por los niños de riesgo biológico, aumenta el estrés en sus madres.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 80 niños y sus madres; de los cuales, 51 pertenecían a población general y 29 a población de riesgo biológico. Dentro de la población de riesgo, 15 recibieron tratamiento fisioterápico de Vojta y 14 otros tratamientos fisioterapéuticos. Todos los niños de

**ESTRÉS MATERNO, RIESGO BIOLÓGICO Y EL TRATAMIENTO VOJTA:  
SUS RELACIONES 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO**

población general y sus familias participaban en un programa de Prevención, promoción del desarrollo infantil y atención temprana en el SEPRODIAT de la Universidad de Murcia, habían nacido a término y no presentaban ninguna patología pre, peri ni postnatal. Los niños de población de riesgo que recibieron tratamiento Vojta y sus familias estaban dentro de un programa de intervención en atención temprana y procedían del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana "Fina Navarro" de Lorca (Murcia); y los niños de riesgo biológico que recibían otros tratamientos fisioterapéuticos dentro de un programa de intervención en atención temprana, acudían con sus familias al Equipo de Atención Temprana nº 2 de la Consejería de Educación, Formación y Empleo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Todas las madres firmaron los consentimientos informados antes de iniciar el programa de prevención y los tratamientos. La condición que debían satisfacer los niños de riesgo biológico era haber nacido con menos de 36 semanas de gestación, pesar menos de 2.200 gramos y no presentar patologías asociadas a la condición de prematuro. La asignación de los tratamientos se realizó en el primer trimestre de vida de los niños. De modo que todos los niños habían recibido, al menos, 3 meses de intervención cuando se efectuó la medida de estrés en las madres.

Tabla 1. Descriptivos de los participantes correspondientes a las semanas de gestación y el peso al nacer.

Grupo		N	Media	Desviación Típica
<b>Semanas Gestación</b>	<i>Población General</i>	51	38.95	2.26
	<i>Vojta</i>	15	34.01	3.50
	<i>No Vojta</i>	14	31.59	3.38
<b>Peso al nacer</b>	<i>Población General</i>	51	3310.42	516.40
	<i>Vojta</i>	15	2063.08	779.06
	<i>No Vojta</i>	14	1718.53	669.09

**Instrumentos y procedimiento**

Todas las madres, independientemente del grupo de intervención en el que participaban, cumplieron el Parenting Stress Index (PSI) de Abidin (1995) en su versión reducida cuando llevaron a sus hijos al CDIAT o a los Servicios de Atención Temprana a la edad de 6 meses de edad corregida en el caso de los niños prematuros o a los 6 meses de edad cronológica en los niños nacidos a término.

El PSI-versión reducida (Abidin, 1995) es un cuestionario o medida de autoinforme constituido por 36 afirmaciones a las que las madres debían responder en una escala tipo Likert de 5 puntos. Pretende evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la maternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de las madres, por ciertos rasgos conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental.

Está compuesto por tres subescalas: *Malestar Paterno*, que determina el malestar experimentado por los progenitores al ejercer el papel de madres, en este caso, y provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este rol (sentido de competencia, tensiones asociadas con las restricciones impuestas a otras funciones que desarrollamos en la vida, conflictos con el padre del niño, falta de apoyo social, depresión, etc.). *Interacción Disfuncional Padres-Hijo*, que se centra en la percepción que las madres tienen del grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo les proporciona en tanto que madres. *Niño Dificil*, que es una escala que ofrece una



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

valoración de cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen. Las puntuaciones altas en esta variable sugieren que los niños pueden estar sufriendo problemas importantes en los procesos y mecanismos de autorregulación.

A partir de la suma de estas tres subescalas se obtiene una puntuación final global que se denomina *Estrés Total*. La puntuación en esta variable indica el grado de estrés que los progenitores experimentan al desempeñar su papel. Más concretamente, esta valoración refleja las tensiones que se registran en las áreas de malestar personal de las madres, las tensiones derivadas de las interacciones que mantienen con el hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño (Díaz-Herrero, Brito, López-Pina, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2010).

## RESULTADOS

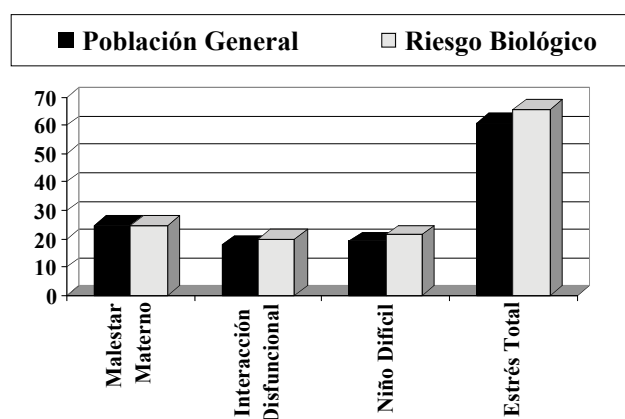
Todos los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico informatizado SPSS. 11 (Pardo y Ruiz, 2002).

En primer lugar, para comprobar si existían diferencias en los niveles de estrés experimentados por madres de niños de riesgo biológico frente a las de población general, cuando los niños alcanzan la edad de 6 meses, efectuamos una prueba T de Student para muestras independientes (véase Tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos, Pruebas de diferencias de medias T de Student para muestras independientes y tamaño del efecto referidos a las medidas de estrés experimentados por las madres de niños de población general ( $n=51$ ) frente a madres de niños de riesgo biológico ( $n=29$ ).

	Población General		Riesgo Biológico		T	Prob	_
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica			
<b>Malestar Materno</b>	24.75	5.22	24.76	7.89	-0.009	.993	0.00
<b>Interacción Disfuncional</b>	17.75	4.38	19.83	5.89	-1.799	.076	0.42
<b>Niño Dificil</b>	19.02	5.27	21.45	5.34	-1.971	.052	0.46
<b>Estrés Total</b>	60.71	11.98	65.52	16.53	-1.501	.137	0.35

Gráfico 1. Distribución de medias en cada una de las variables de estrés evaluadas en ambas muestras.





**ESTRÉS MATERNO, RIESGO BIOLÓGICO Y EL TRATAMIENTO VOJTA:  
SUS RELACIONES 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO**

Los resultados obtenidos mediante las pruebas T, indican que existen diferencias estadísticamente significativas para la subescala Niño Dificil, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por las madres de niños de riesgo biológico tal y como se aprecia en el Gráfico 1.

Posteriormente, y a fin de examinar la significación clínica de estos resultados se calculó el tamaño del efecto para las diferentes subescalas de estrés y el estrés total. El estadístico  $d$ , propuesto por Cohen (1977) es probablemente el más empleado para calcular el índice de tamaño del efecto en la comparación entre medias. Según Cohen (1977, 1988) tamaños del efecto iguales a 0.20 son bajos pero todavía tienen relevancia clínica, a partir de 0.50 son medios o moderados, y a partir de 0.80 son altos. Una vez calculados estos valores (véase Tabla 2), se observó que las diferencias encontradas entre las madres de niños de población general y de población de riesgo biológico no presentaban relevancia clínica en cuanto al Malestar Materno, y hay una relevancia clínica baja para las diferencias en Interacción Disfuncional, Niño Dificil, y Estrés Total.

En segundo lugar, con el fin de comprobar si el tipo de tratamiento fisioterapéutico Vojta, recibido por los niños de riesgo biológico podría aumentar el nivel de estrés en sus madres, llevamos a cabo un análisis de varianza de un factor con tres niveles: pertenencia al grupo de población general, a la población de riesgo sin tratamiento Vojta o a la población de riesgo con tratamiento Vojta. Los resultados del análisis de varianza no indican diferencias significativas entre ninguna de las variables analizadas (véase Gráfico 2 y Tabla 3 y 4).

Gráfico 2: Distribución de medias en cada una de las variables de estrés evaluadas en función de los tres grupos estudiados: madres de niños de población general, madres de niños de riesgo biológico que no recibían tratamiento Vojta y madres de niños de riesgo biológico que sí recibían tratamiento Vojta.

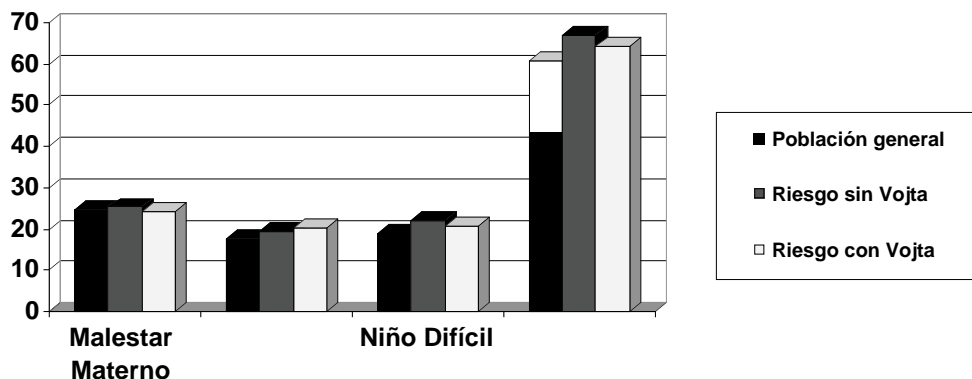


Tabla 3. Descriptivos de las puntuaciones obtenidas por las madres en las subescalas de estrés y en el estrés total

	Población general (n=51)		Riesgo biológico sin tratamiento Vojta (n=14)		Riesgo biológico con tratamiento Vojta (n=15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
Malestar Materno	24.74	5.22	25.28	9.13	24.27	6.83
Interacción Disfuncional	2.06	-2.05	17.74	19.43	20.20	7.00
Niño Dificil	19.02	5.27	22.14	5.80	20.80	4.99
Estrés Total	60.71	11.98	66.86	16.76	64.27	16.79



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

Tabla 4: Análisis de varianza de un factor con tres niveles: población general, riesgo biológico sin tratamiento fisioterapéutico de Vojta y riesgo biológico con tratamiento fisioterápico de Vojta.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Malestar Materno</b>	<i>Inter-grupos</i>	7.52	2	3.76	0.09	.911
	<i>Intra-grupos</i>	3099.48	77	40.25		
	<i>Total</i>	3107.00	79			
<b>Interacción Disfuncional</b>	<i>Inter-grupos</i>	84.48	2	42.24	1.69	.192
	<i>Intra-grupos</i>	1927.51	77	25.03		
	<i>Total</i>	2012.00	79			
<b>Niño Dificil</b>	<i>Inter-grupos</i>	122.10	2	61.05	2.16	.122
	<i>Intra-grupos</i>	2177.09	77	28.27		
	<i>Total</i>	2299.20	79			
<b>Estrés Total</b>	<i>Inter-grupos</i>	476.564	2	238.282	1.242	.295
	<i>Intra-grupos</i>	14775.236	77	191.886		
	<i>Total</i>	15251.800	79			

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

En general, los resultados indican que, a pesar de las diferencias encontradas en los niveles de estrés materno, la terapia Vojta no es un factor explicativo de las mismas.

En efecto, si nos centramos en las diferencias de estrés experimentado por la madre a los 6 meses de edad de su hijo, basándonos únicamente en la condición de pertenecer al grupo de población general frente al grupo de niños de riesgo biológico, observamos que desde un punto de vista clínico existen diferencias en la interacción disfuncional; es decir, en la percepción que tienen las madres en cuanto al grado en que sus hijos satisfacen las expectativas que tenían sobre él y el grado de reforzamiento que su hijo les proporciona en cuanto madres. En este sentido, nuestros resultados nos indican que las madres de niños de riesgo biológico puntúan más alto que las madres de niños de población general. Datos que corroboran la idea de que ninguna madre está preparada para el nacimiento de un niño prematuro como afirmaban Kaarsen et al. (2006), de Linares y Pérez-López (2004), o Roberts et al (2008).

Por otro lado, también comprobamos en nuestros resultados que las madres de niños de riesgo biológico perciben con mayor intensidad, y de forma estadísticamente significativa, a sus hijos como niños difíciles. Es decir, estas madres comparadas con las de niños de población general, tienden a percibir en ellas una mayor dificultad para controlar a sus hijos en función de sus rasgos conductuales.

Finalmente, también podemos observar en nuestros resultados que los niveles de estrés total de las madres de niños de riesgo biológico son más altos que los manifestados por las madres de niños de población general. Diferencias que si bien no alcanzan significación estadística, sí son interpretables desde un punto de vista clínico, como se desprende del valor del índice del tamaño del efecto obtenido. Este resultado apunta en la línea de los obtenidos por otros investigadores (Forcada et al., 2006; Newnham et al., 2009; Tu et al., 2007).



## ESTRÉS MATERNO, RIESGO BIOLÓGICO Y EL TRATAMIENTO VOJTA: SUS RELACIONES 6 MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO

En cuanto al segundo objetivo de este trabajo, “si el tratamiento fisioterapéutico Vojta, recibido por los niños de riesgo biológico, aumenta el estrés en sus madres”, nuestros resultados, al no alcanzar la significación estadística en ninguna de las variables de estrés evaluadas en función de si eran madres de niños de población general, de niños de riesgo biológico sin tratamiento Vojta o con tratamiento Vojta, nos indican que los niveles de estrés materno no pueden ser explicados por la aplicación o no de la terapia refleja de Vojta a sus hijos.

Estos resultados pueden ser, al menos en parte, debidos a que todos los niños de riesgo biológico eran atendidos bien en un Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o bien en un Servicio de Atención Temprana, donde un equipo de profesionales expertos elaboraban programas de intervención y apoyo para el niño y las familias, del mismo modo que las madres de niños de población general recibían apoyo por parte de profesionales del SEPRODIAT en cuanto a pautas de cuidado y crianza con sus hijos.

Nuestros datos sugieren que a la hora de interpretar los niveles de estrés de las madres quizás más importante que la propia condición de riesgo biológico (prematuridad) o el tipo de tratamiento que reciban sus hijos, sea el hecho de recibir o no apoyos por parte de los equipos de profesionales de Atención Temprana a las familias (las madres en nuestro caso). Datos que corroboran los obtenidos por Kaarsen et al. (2006) y Roberts et al. (2008).

En definitiva, los resultados de este trabajo no hacen sino confirmar la necesidad de que cuando existe una situación de riesgo para el desarrollo infantil, si se pretende alcanzar un éxito en la intervención, no solo es importante trabajar con los niños, sino también con su entorno más inmediato, es decir, con las familias. Este hecho constituye el pilar básico y fundamental de la intervención desde la Atención Temprana.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3th Edition). Odessa: Psychological Assessment Resources. (Adaptada y reproducida al castellano con el permiso especial del editor, Psychological Assessment Resources, Inc., Brito de la Nuez A. G., 2001).
- Anderson, P.J. y Doyle, L.W. (2008). Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. *Seminars in Perinatology*, 32, 51-58.
- Aylward, G.P. (2005). Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 427-440.
- Baker, J.K. y Crnic, K.A. (2009). Thinking about feelings: emotion focus in the parenting of children with early developmental risk. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 450-462.
- Browne, J. V. y Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 667-677.
- Chen, H.Y., Hou, T.W. y Chuang, C.H. (2010). Applying data mining to explore the risk factors of parenting stress. *Expert Systems with Applications*, 37, 598-601.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (revised edition). Nueva York: Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Linares, M.C. y Pérez-López, J. (2004). Programas de intervención familiar. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.): *Manual de Atención Temprana* (pp. 353-365).. Madrid. Editorial Pirámide
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A.G., López-Pina, J.A., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22, 1033-1038





## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO DE LA INFANCIA

- Fernández-Rego, F.J. (2004). Intervención temprana en las alteraciones motoras del desarrollo infantil. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.): *Manual de Atención Temprana*. (pp. 259-274). Madrid. Editorial Pirámide.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A. y Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, 107-114.
- García-Martínez, M.P. (2009). *Riesgo Biológico y Estrés Parental. Un Estudio Longitudinal hasta los 3 años*. Trabajo de Grado. Universidad de Salamanca. 11 de septiembre de 2009. Trabajo no publicado.
- Kaarsen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E. y Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118, 9-19.
- Meyer, E. C., Coll, C. T., Lester, B. M., Boukydis, C. F., McDonough, S. M. y Oh, W. (1994). Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics*, 93, 241-246.
- Newnham, C.A., Milgrom, J. y Skouteris, H. (2009). Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, 32, 17-26.
- Pardo, A. y Ruiz, M.A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid. McGraw Hill.
- Pérez-López, J. (2009, Marzo). Riesgo, tratamiento y estrés paterno como responsables del progreso en los niños prematuros. *Conferencia Presentada en las VI Jornadas de Atención Temprana de Andalucía. Intervención Temprana en el Niño Nacido Prematuro y/o de Bajo Peso*, Sevilla.
- Pérez-López, J., Martínez-Fuentes M.T., Brito de la Nuez, A.G., Díaz-Herrero A., Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez-Caravaca, J. (2003, Septiembre). Effect of the pre-term condition on the mothers' stress: A six-month follow-up study. Póster presentado al *First International Congress Society on Early Intervention (ISEI)*, Roma.
- Roberts, G., Howard, K., Spittle, A. J., Brown, N. C., Anderson, P. J. y Doyle, L. W. (2008). Rates of early intervention services in very preterm children with developmental disabilities at age 2 years. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 276-280.
- Tu, M. T., Grunau, R. E., Petrie-Thomas, J., Haley, D. W., Weinberg, J. y Whitfield, M. F. (2007). Maternal stress and behavior modulate relationships between neonatal stress, attention, and basal cortisol at 8 months in preterm infants. *Developmental Psychobiology*, 49, 150-164.
- Vojta, V. (1991). *Alteraciones motoras cerebrales. Diagnóstico y tratamiento precoz*. Madrid: Editorial ATAM-Paideia.
- Zelkowitz, P., Papageorgiou, A., Bardin, C. y Wang, T. (2009). Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85, 51-58.



International Journal of Developmental and Educational Psychology  
*Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infancia*

INFAD, año XXIII  
Número 1 (2011 Volumen 1)

© INFAD y sus autores  
ISSN 0214-9877