

# MODELO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA AYUDAR A PADRES A ENFRENTARSE AL ESTRÉS

Nancy E. Hawkins y Georges H. S. Singer.

*Artículo publicado originalmente en G.H.S. Singer y L.K. Irvin (1989). Support for caregiving families. Baltimore: P.H. Brookes. Traducido por Cristina Caballo*

Existe un cuerpo sustancial de evidencia de que los padres de niños con discapacidades severas experimentan mayores niveles de estrés que la media, como consecuencia del retraso del niño. El estrés experimentado por estos padres varía mucho (Schilling y Schinke, 1984).

## La necesidad de manejo del estrés

Se pueden encontrar diferentes acontecimientos autobiográficos que ponen de relieve las dificultades de los padres para enfrentarse al diagnóstico del niño, a su cuidado diario, a los contactos con el sistema de servicios sociales, con el dolor crónico e intenso, con el aislamiento, con los cuidados físicos agregados que el niño necesita, con los trastornos del sueño y los problemas del comportamiento (Quine y Pahl, 1985).

Estos acontecimientos autobiográficos están apoyados también por los resultados de estudios realizados con padres (Bresiau y Davis, 1986). Los estudios demuestran que los padres de niños discapacitados experimentan mayores niveles de estrés que los padres de los niños sin discapacidad, y que su angustia (actitudes negativas, preocupaciones y dificultades diarias) aumenta con la severidad de la condición de discapacidad del niño.

## Consejo y entrenamiento a padres

Hasta hace relativamente poco tiempo, las revisiones de los estudios de investigación indicaban que a los padres de niños discapacitados se les proporcionaban dos tipos de apoyo para ayudarles a afrontar el estrés: enfoques de orientación conductual, para ayudarles a cambiar el comportamiento del niño, y grupos de orientación no directiva para darles apoyo emocional. Implícita al entrenamiento conductual a padres está la hipótesis de que si el comportamiento del chico mejora, el estrés de los padres decrece (Baker, 1984).

Las investigaciones de Baker (1984) y Snell y Beckman-Brindley (1984) informan acerca de estudios en los que los padres, después de haber recibido entrenamiento conductual, han reducido con éxito los problemas de comportamiento de su hijo y han aumentado sus habilidades. Aunque se han demostrado los efectos en el niño, raramente se han mostrado de un modo sistemático los efectos en los padres.

## Terapia de grupo

El otro modelo de tratamiento para padres de niños discapacitados ha consistido en grupos de consejo no directivos. Estos grupos se han centrado en objetivos para reducir sentimientos de aislamiento y aflicción, establecer relaciones de amistad, proporcionar información y permitir la expresión emocional (Shapiro, 1983; Wright, Granger y Sameroff, 1984). Este modelo enfatiza el valor de la empatía, solidaridad, y autoexpresión de sentimientos (Buscaglia, 1975; Shapiro, 1983). Aunque ha sido muy popular, en realidad no existe ninguna validación empírica de sus efectos para reducir el estrés (Shapiro, 1983; Wright y otros, 1984).

## Manejo del estrés: Un modelo psicoeducativo

Los terapeutas conductuales han utilizado métodos como automonitorización, entrenamiento en relajación, afrontamiento del propio estado y modelado, para el tratamiento de la ansiedad (Suinn, 1977), depresión (Biglan y Campbeil, 1981; Lewinsohn y Hoberman, 1982) y trastornos psicosomáticos en adultos (Leigh, 1982). Estos enfoques conductuales se centran en el entrenamiento en habilidades, tanto relacionadas con la emoción como con la empatía. La eficacia de los enfoques conductuales se han evaluado en estudios de resultados controlados. Los críticos de aquellos estudios que emplean enfoques conductuales cognitivos, para el tratamiento de la depresión por ejemplo, han concluido de forma unánime que estos tratamientos son eficaces (Blaney, 1981; DeRubeis y Hollon, 1981; Hersen y Bellack, 1982; Lewinsohn y Hoberman, 1982; Rehm y Kornblith, 1979).

La gente que sufre depresión a menudo vive o trabaja en ambientes aversivos (Biglan, Hops y Sherman, 1988). Las condiciones ambientales asociadas con la depresión, presentan similitudes con aquellas experimentadas por los padres de los niños con discapacidades severas.

El entrenamiento para el manejo del estrés consistente en automonitorización, identificación de los estresores ambientales, entrenamiento en relajación, y afrontamiento del propio estado, ha demostrado ser eficaz en una variedad de estudios (Woolfolk y Lehrer, 1984). Se ha utilizado para tratar a personas que sufren de insomnio, migrañas, úlcera péptica, ansiedad generalizada e hipertensión esencial (Leigh, 1982; Stoyva y Anderson, 1982). Estas enfermedades están asociados con formas de estrés ambiental que pueden ser similares a los desafíos que encuentran diariamente los padres de niños severamente discapacitados. Es decir, los padres a menudo tienen que afrontar circunstancias difíciles que les exigen esfuerzos físicos y mentales excesivos (Schilling y Schinke, 1984).

Ya que los padres de niños discapacitados han mostrado más síntomas de depresión y trastornos de estrés que los grupos de padres de niños no discapacitados emparejados (Bresiau y Davis, 1986), y se ha demostrado en estudios controlados que los tratamientos conductuales para la depresión y el estrés han sido útiles para otros grupos de adultos, el siguiente paso lógico ha sido utilizar los tratamientos orientados a las habilidades con padres de niños discapacitados. En 1984, Schilling y Schinke hicieron un llamamiento para que se realizaran intervenciones centradas en padres que proporcionasen a estos habilidades de afrontamiento personal y mejora del apoyo social.

El estudio descrito en las páginas siguientes de este artículo evalúa la utilización de entrenamiento en habilidades de manejo del estrés para reducir el estrés de padres de niños severamente discapacitados.

### **Diseño del servicio**

#### **Filosofía y objetivos del entrenamiento basado en habilidades**

El tratamiento de manejo del estrés y habilidades sociales presentado en este artículo, es un componente de un modelo de demostración diseñado para desarrollar y evaluar servicios de apoyo a familias de niños con discapacidades severas. El objetivo de este servicio no sólo consistía en proporcionar asistencia a las familias mientras se trabajaba con ellas, sino también, enseñarlas a mantener el bajo nivel de estrés después de finalizar el tratamiento. Por consiguiente el centro de atención era enseñar las habilidades y ayudar a los participantes a utilizarlas en sus vidas diarias, mientras todavía estaban participando en sus grupos de tratamiento. Los participantes no sólo practicaban las habilidades en las sesiones semanales sino que también se les animaba a que, entre sesiones, realizaran tareas o actividades sistemáticas de comportamiento, diseñadas para promover la práctica en el hogar. Como Shelton y Levy (1982) señalan, esas tareas son una parte esencial de la intervención, y los

esfuerzos del terapeuta deberán centrarse en las formas de maximizar esa práctica en casa. De esta forma, los participantes tienen la oportunidad de practicar la habilidad en el ambiente natural, mientras todavía tienen la posibilidad de recibir feedback de los otros miembros del grupo así como de conocer diferentes formas de adaptación de esas habilidades.

El estudio, más que centrarse en proporcionar tratamiento sólo a padres con problemas de salud mental ya identificados, ofrecía el servicio a cualquier padre de niños severamente discapacitados que estuviera interesado en el aprendizaje de habilidades para afrontar el estrés. Como consecuencia, el énfasis estaba en la enseñanza de habilidades en un ambiente de apoyo, educativo, más que en proporcionar terapia de grupo para personas con problemas. El objetivo principal de la clase era ayudar a padres de niños severamente discapacitados en el aprendizaje de formas mejores de manejar su propio estrés a través del entrenamiento en habilidades. La hipótesis en que se basaba era que esas habilidades beneficiarían directamente a los padres e indirectamente a sus hijos, proporcionando al niño un ambiente que maximizaría el aprendizaje de comportamientos apropiados. Un comentario de una madre auranie una de las entrevistas de seguimiento ilustra este punto (comunicación personal):

*"Yo no cambié nada de Mark, sólo cambié mi comportamiento. Antes, él siempre se echaba a llorar tan pronto como aparecía el autobús e iba al colegio llorando...y ahora lo hará sólo tres o cuatro veces al año, pero no un día tras otro. No cambié nada tanto como a él...Estaba menos ansiosa y mi voz era diferente, y cuando le cuidaba y le preparaba por la mañana mi actitud era mejor."*

Aunque el programa para la clase estaba dirigido a alcanzar un conjunto específico de objetivos a través de un nuevo repertorio de habilidades, también se daba apoyo a los participantes en la utilización de comportamientos de afrontamiento que previamente les habían sido útiles. Los terapeutas animaban a los miembros del grupo a interactuar y compartir sus propias adaptaciones y variaciones de las conductas de afrontamiento. Los terapeutas intentaban dar al grupo el mensaje de que ellos no tenían soluciones, sino más bien habilidades que los participantes podían utilizar, así como formas de guiar a la persona en la observación y el descubrimiento de las soluciones más útiles para ellos mismos como individuos. Para establecer una atmósfera de apoyo que pudiese animar a los miembros del grupo a participar en discusiones y en la práctica guiada de habilidades, los terapeutas se dedicaban a escuchar de forma activa con un estilo empático, no crítico. Eran amables e informales, con frecuencia intercalaban ejemplos humorísticos de sus propias vidas para ilustrar puntos relevantes. Para discutir acontecimientos estresantes de la vida, proporcionaban ejemplos de una variedad de factores estresantes relacionados con el hecho de tener un niño discapacitado.

**La intervención  
para el manejo del  
estrés comprende  
una serie de  
componentes  
individuales y sus  
interrelaciones**

Las estrategias de afrontamiento que se presentaban incluían tanto la alteración de elementos precedentes a la reacción de estrés, como el manejo de las reacciones ante esos acontecimientos. Por ejemplo, más que simplemente enseñar a los padres a relajarse y a pensar de forma diferente sobre sus sentimientos de soledad cuando no se relacionaban con otras personas, también se trataban habilidades para aumentar el apoyo social. Cuando se necesitaban habilidades para cambiar el comportamiento del niño, se animaba a los padres a esperar hasta el próximo conjunto de clases para tratar esos temas, en las que se dedicarían ocho sesiones para presentar un programa detallado de manejo de la conducta del niño.

## **Población atendida**

Los participantes en el programa eran padres naturales o adoptivos de niños con discapacidad moderada y severa. Los participantes de los grupos iniciales (en total 70 participantes) se presentaron como voluntarios a una selección realizada por un equipo de dirección de caso, del que recibían ya apoyo en una agencia de servicios local. Los participantes de los grupos de replicación se presentaron como voluntarios a una selección realizada en el distrito de la escuela del niño. A todos ellos se les proporcionaba información escrita y oral sobre la naturaleza de las clases y las tareas entre sesiones, y el estudio utilizó procedimientos de consentimiento informado.

Aunque 70 padres recibieron ayuda para el manejo del estrés, en el proyecto de demostración del modelo, los efectos del componente "manejo del estrés" sólo se evaluaron para los primeros 36 padres. Las características de estos 36 padres se describen con más detalle en la sección de evaluación.

## **Organización**

Los participantes asistían a clases de dos horas, una vez a la semana, durante 8 semanas. Las clases se impartían en la sala de conferencias de un instituto de investigación, por la noche, por conveniencia de los padres que trabajaban. En el hogar, la agencia de cuidado de respiro local proporcionaba cuidado al niño discapacitado. Cuando asistían los dos padres de una familia se les asignaba al mismo grupo. Los grupos estaban formados por 8 o 10 participantes y dos terapeutas.

Para poder replicar el contenido de las clases y evaluar su eficacia, se desarrolló un manual de entrenamiento para los terapeutas. El manual no sólo cubría el contenido de las clases, también proporcionaba información sobre organización, procesos de grupo, y fundamentación para diferentes procedimientos.

## **Habilidades del equipo**

Las clases en el proyecto de demostración del modelo las dirigían un licenciado en psicología clínica y un educador especial. Las clases en el grupo de replicación las dirigían profesionales con entrenamiento y experiencia en trabajo con adultos y niños severamente discapacitados. El tipo de experiencia profesional variaba (psicólogo clínico, trabajador social o educación especial). Al menos uno de los coterapeutas en cada grupo tenía amplia experiencia en el trabajo con niños severamente discapacitados, criterio que se consideró importante para ofrecer a los padres credibilidad profesional.

Los autores recomiendan que los futuros terapeutas estén bien formados en la utilización del análisis conductual, en la teoría del aprendizaje social, o tengan amplia experiencia de campo supervisada, pues estos son prerrequisitos necesarios para dirigir este tipo de grupos. Además el terapeuta debe mostrar habilidades clínicas adecuadas como escucha activa, empatía, parafrasear, y la habilidad de dar instrucciones de forma personalizada y comprensible. El terapeuta debe ser también capaz de ajustar su lenguaje sofisticado al de los miembros del grupo.

## **Métodos y técnicas para la provisión de servicios**

*Formato de la sesión.* Como se ha dicho anteriormente, en las clases dirigidas al manejo del estrés, donde se ponía mayor énfasis era en el entrenamiento de habilidades. El objetivo de las clases era enseñar a los participantes a utilizar habilidades de afrontamiento para manejar situaciones estresantes que se daban en la vida diaria. Para el proceso de aprendizaje era esencial ayudarles a practicar las habilidades entre sesiones. Por ello, el formato de las

sesiones se diseñó de manera que aumentase el compromiso con las tareas asignadas para realizar en casa entre sesiones. Todas las sesiones seguían un formato único, independientemente del contenido tratado. A continuación se describe la base lógica de cada uno de los componentes de las sesiones, indicando los efectos que pretende en el aprendizaje y en la práctica de habilidades.

*Presentación de la sesión.* Cada sesión comenzaba con una breve presentación del programa para la tarde. Al principio de cada sesión se destacaba la importancia de realizar prácticas de las habilidades cada semana en casa, así como la importancia de que cada participante eligiera las tareas que quería seleccionar. Puesto que está demostrado que la elección del programa juega un papel relevante en la eficacia con que la gente adquiere las habilidades (Kanfer y Grimm, 1978), se ofrecían elecciones para aumentar la práctica de habilidades entre sesiones.

En la presentación del programa se destacaba también la naturaleza educativa de las clases. Este énfasis puede ayudar a los participantes a anticipar que mediante el aprendizaje y la práctica de nuevas habilidades, serán capaces de manejar mejor su estrés. Si los participantes creen que sus esfuerzos merecerán la pena, será más probable que practiquen las habilidades entre sesiones.

**Si se reduce la angustia de los padres, es más probable que éstos mantengan al niño en casa y que proporcionen el tipo de ambiente idóneo**

*Revisión del trabajo para casa.* Después de presentar brevemente la sesión, se utilizaban entre 15 y 20 minutos para revisar detalles de la práctica entre sesiones de los participantes. Durante este tiempo, los terapeutas escuchaban a cada participante, parafraseaban sus comentarios y reforzaban sus esfuerzos. También animaban a los miembros del grupo a apoyarse unos a otros aportando experiencias comunes cuando fuese posible. Los terapeutas evitaban pasar demasiado tiempo escuchando las excusas de los participantes por las tareas que no habían practicado en casa. Agradecían las disculpas amablemente y se centraban en los esfuerzos positivos. El efecto del reforzamiento positivo en el comportamiento no necesita explicación. Meichenbaum y Turk (1987) revisaron las investigaciones relacionadas con el efecto del reforzamiento en el compromiso con el tratamiento.

*Presentación y discusión de las nuevas habilidades.* Para presentar al grupo la nueva habilidad se hacía una descripción de esta, se explicaban las razones por las que era necesario aprenderla y se presentaban ejemplos de situaciones en las que podría ser útil. Siempre que era posible, los participantes que ya estaban familiarizados con la habilidad también proporcionaban ejemplos. Después de presentar la nueva habilidad, los terapeutas animaban a los miembros del grupo a que hiciesen preguntas y comenzaran una discusión. Debido a que los participantes entraban en el grupo con niveles de experiencia diferentes en habilidades de manejo del estrés, los terapeutas observaban esas diferencias para ayudar a los participantes a integrar las nuevas técnicas con las que ya habían utilizado en su vida diaria.

*Práctica guiada.* Después de presentar las nuevas habilidades, se realizaba la práctica guiada de estas. La práctica comprendía actividades de identificación, como pedir a cada participante que pensara en el transcurso del día para así identificar situaciones estresantes, realización de experiencias de relajación progresiva, pedir a los miembros del grupo que pensasen en las autoverbalizaciones negativas que podría hacerse una persona en varias situaciones estresantes, y preparasen verbalizaciones adecuadas para esas situaciones. La práctica

guiada proporcionaba también ayuda con las habilidades que los participantes estaban practicando por sí mismos en casa. Durante la práctica guiada, los terapeutas reforzaban los ejemplos de realizaciones adecuadas y daban feedback correctivo y ayuda para los ejemplos inadecuados. Tales prácticas permitían a los terapeutas estar seguros de que se comprendía el material y así los participantes tendrían éxito al aplicar las habilidades por sí mismos en casa.

*Tareas entre sesiones.* Apoyados por los resultados de la investigación, Shelton y Levy (1981) identifican una serie de factores que aumentan el compromiso con el tratamiento. Al establecer las tareas entre sesiones se incorporaban estos factores: "...Las tareas debían contener detalles específicos...los participantes debían hacer un compromiso público y un compromiso privado de las tareas a cumplir...el terapeuta debía controlar y reforzar el cumplimiento..." (Shelton y Levy, 1981, p. 77).

Después de modelar y practicar las habilidades nuevas con los participantes, los terapeutas distribuían hojas de tareas para casa. Se leía en voz alta cada ítem de la página y se explicaban las razones para practicar la habilidad. Algunos de los ítems pedían a los participantes que decidieran cuántas veces podrían practicar una habilidad concreta y en qué momento del día la practicarían. Los terapeutas entonces pedían a cada persona que decidiera qué tareas se comprometía a practicar en casa. (Las tareas para las primeras sesiones eran más breves que las de las últimas sesiones). A la vez que se estimulaba a los participantes para realizar sus prácticas, también se les advertía que fuesen realistas en sus expectativas, es decir, comprometerse sólo a realizar aquellas tareas que pensaban que podrían cumplir (desarrollando un compromiso privado). Los terapeutas recalcaban que aunque la práctica era importante, no debían comprometerse a tantas cosas que les fuese difícil encontrar tiempo dentro de su horario de ocupaciones para cumplir sus objetivos, y después se sintieran defraudados con ellos mismos por no haber cumplido sus compromisos.

Cuando cada miembro del grupo había elegido las tareas que se comprometía a realizar, y devolvía una copia de sus compromisos, se les pedía que contasen sus planes al resto del grupo. Los terapeutas escuchaban de forma activa a cada uno de los miembros del grupo y reforzaban sus decisiones sobre las tareas.

Las reacciones en relación con las tareas para casa variaban. Los comentarios siguientes son de participantes a los que se pidió su opinión entre seis meses y dos años después.

*...las tareas para casa nunca fueron un problema para mí...yo las seguía porque así podía ver cómo las estaba haciendo y cómo eran mis reacciones ese día...aprendía cuando lo estaba haciendo, porque realmente tenía que sentarme y pensar: "¿Realmente esto me volvía loco o no?", "¿Qué me parecía esto?" o "¿Lo había hecho realmente bien cuando ocurría?"...*

*...era un problema recordar hacerlo, por eso lo que ideamos, como los dos íbamos a las clases, era hacerlo antes de irnos a la cama. Salíamos de la cocina, los dos sacábamos las tarjetas y nos sentábamos y las hacíamos...algunas veces hablábamos de ello y lo compartíamos, algunas veces acabábamos de hacerlas y nos íbamos a la cama...*

*...al principio, no llevaba el trabajo al día.. intenté cumplirlo y eso era duro, así que empecé a hacerlo por la mañana cuando mi hijo estaba en el colegio y así parecía que trabajaba mejor...*

*La lotería.* La investigación sobre entrenamiento conductual a padres sugiere que la tasa de desgaste en grupos de entrenamiento a padres es alta (Dangel y Polster, 1984). Hasta un 40%-80% de padres que entran a formar parte de estos grupos de entrenamiento pueden abandonar. Algunos investigadores han intentado aumentar la asistencia ofreciendo recompensas económicas (Baker, 1984). Para disminuir la tasa de abandono y aumentar el compromiso con las tareas entre sesiones en los grupos de manejo del estrés del programa, se ofrecía un premio de lotería cada semana. Los participantes recibían un boleto de lotería por

asistir y otro ticket por cumplimentar las tareas que se habían comprometido a realizar durante la semana anterior. Los premios de lotería los donaban las empresas y restaurantes locales.

*Llamadas telefónicas de seguimiento.* Se hacían llamadas telefónicas de seguimiento a casa de cada padre, dentro de los 6 días (idealmente en los 3 o 4 días) siguientes a cada sesión de grupo. El propósito de estas llamadas era revisar el contenido de las reuniones previas, contestar cualquier pregunta que hubiese surgido y promover y reforzar los esfuerzos para realizar las tareas.

La persona que llamaba era la misma cada semana y estaba familiarizada con el contenido de las sesiones, además se encontraba cómodo comunicándose por teléfono. Intentaba hacer que el contacto fuese breve y agradable, utilizando algunas preguntas directivas para ver cómo se iban llevando las tareas, escuchando cuidadosamente, y respondiendo a cualquier pregunta. Si el participante no había comenzado las tareas para casa, la persona que llamaba animaba a hacer una revisión del compromiso para aumentar la probabilidad de éxito de cumplir una parte de las tareas antes de la próxima sesión de clase.

## **Contenido de las clases de manejo del estrés**

La intervención para el manejo del estrés comprende una serie de componentes individuales y sus interrelaciones. Los componentes están centrados en la identificación de estresores individuales, aprendizaje de habilidades de relajación y formas de aplicarlas en el ambiente natural, identificación y modificación de respuestas cognitivas a situaciones difíciles, y evaluación y aumento del apoyo de otras personas. A continuación se describe brevemente cada uno de los componentes junto con algunas reacciones de los participantes entrevistados entre 6 meses y 2 años después de terminar las sesiones de entrenamiento en manejo del estrés.

*Autocontrol.* El primer objetivo al introducir autocontrol y registro era hacer ver el estrés a los participantes como una serie de acontecimientos separados o estresores. Al comprender que existen antecedentes específicos de los sentimientos de estrés que experimentan, los participantes comienzan a ver que existen también técnicas específicas de afrontamiento que pueden ser útiles. Entonces comienzan a comprender la importancia de mantenerse al tanto de los acontecimientos estresantes de su vida, como un primer paso del aprendizaje de afrontamiento del estrés.

El autocontrol es un componente muy utilizado en la terapia conductual (Karoly y Kanfer, 1982). En el modelo presentado se pedía a los padres que identificaran acontecimientos estresantes tres veces cada día, evaluaran su nivel de estrés en una escala de siete puntos, y anotaran el éxito que tuvieron al enfrentarse con esos acontecimientos estresantes. También se les pedía que marcaran cualquier síntoma de estrés que notaran durante el día en una lista que se les proporcionaba. En el Manual de Tratamiento para el Manejo del Estrés escrito por el grupo de terapeutas de este proyecto, se proporcionan más detalles sobre el sistema y otros aspectos del tratamiento.

Los participantes se apresuraban a seguir el autocontrol, al menos durante algunas de las primeras semanas. Sus reacciones ante la utilidad de la tarea eran generalmente positivas, aunque algunos pensaban que era difícil de seguir con regularidad. Para ilustrar esto proporcionamos ejemplos de sus comentarios.

*...Cuando comencé a seguir el programa noté que existían algunos patrones de estrés definitivos. El que realmente me sorprendió fue por la mañana. Me di cuenta de que yo estaba haciendo el 90% de nuestras tareas por la mañana y después de nuestras clases, decidimos que debíamos repartirlas. Así, en lugar de hacerlo yo todo, cada uno teníamos determinados trabajos y esto realmente ha evitado gran parte de estrés en mi misma, en mi hijo y en mi esposo.*

*El proyecto te ayuda a ver dónde se encuentran realmente las áreas de estrés, tres veces al día, áreas que eran realmente estresantes, en casa, en el trabajo o en el horario de la tarde. Nos dimos cuenta de forma clara de que nuestros momentos de mayor estrés estaban entre las 7 y las 8 de la mañana. Ambos nos sorprendimos ya que hacíamos nuestros trabajos de casa por separado...nos dimos cuenta de que teníamos las mismas preocupaciones y las mismas ansiedades, pero aún así al levantarnos para ir a trabajar, estábamos furiosos el uno con el otro.*

*Relajación.* La relajación se enseñaba como una habilidad de afrontamiento destacando las formas en que se podía utilizar durante el día para evitar que apareciese la tensión. Se enseñaba en etapas. Al principio mediante una forma modificada de la relajación muscular progresiva. Se les hacía tensar y relajar alternativamente grupos de músculos grandes mientras respiraban profundamente. Mientras tensaban y relajaban, se les pedía que dirigieran su atención a las sensaciones de tensión y el sentimiento de relajación en cada una de los grupos de músculos. También se les proporcionaban prácticas breves de imaginación de paisajes o lugares relajantes.

Una vez entrenados en relajación en situación de grupo, se les daba una cinta grabada con la misma versión para que practicasen en casa. Después de aprender la versión de relajación de 20 o 30 minutos, se les ayudaba a desarrollar sus propias formas reducidas de relajación para utilizar durante el día. También se les ayudaba a desarrollar indicadores personales que pudieran servir como recordatorios frecuentes para evaluar la tensión y relajarse para aliviarla.

Muchos participantes encontraron alguna forma de relajación que les era útil. Como se puede ver en los siguientes ejemplos, muchos encontraron formas de hacer de la relajación una parte permanente de sus vidas, incluso después de que las clases terminaron.

*Yo trabajo en turnos...cuando llego a casa después de un turno cambiado, a las 11.00, me resulta difícil ir a dormir después de haber estado tan agitado... Empecé a utilizar esa cinta y conseguía dormir antes de las doce en lugar de estar despierto hasta las dos.*

*Al principio intenté utilizar la cinta y me di cuenta de que me llevaba más tiempo del que tenía disponible, por eso empecé a utilizarla a mi manera. Al principio, la utilizaba sólo en casa, y después empecé a utilizarla en el trabajo. Me tomaba unos minutos, paraba y la relajación mental comenzaba... fue un tiempo realmente útil...realmente cambió muchas situaciones tirantes.*

*Hice esas paradas relajantes regularmente...puse un punto (indicador para relajarse) en el trabajo...y cuando lo notaba, me relajaba...liberaba un montón de peso de mis hombros...*

*Me encontraba sacándome a mi mismo de una situación tensa, realizando algunas respiraciones profundas o soñando despierto durante unos minutos...entonces volvía a la situación y podía afrontarla mucho mejor. Eso me contenía... por la noche, cuando los niños están en la cama no dejaré de sentarme...poner mis pies en alto y relajar los músculos del cuello y de todo el cuerpo...y entonces dejarme llevar a lo largo del día...revisar el día muy despacio, sin interrupciones... flotando...y tengo un sueño mucho mejor que si me voy a la cama tenso.*

*Modificación de cogniciones.* El centro de atención de la enseñanza de habilidades cognitivas, era la identificación y después la modificación de respuestas cognitivas a situaciones estresantes. Se ha comprobado que esta técnica es efectiva para ayudar a la gente a reducir la ansiedad (Deffenbacher y Suinn, 1982). Primero se explicaban situaciones para ejemplificar el efecto de las autoverbalizaciones en los sentimientos que se tienen en situaciones particulares. Después se les enseñaba a controlar sus autoverbalizaciones recordando lo que se decían a sí mismos sobre acontecimientos estresantes. A continuación se les enseñaban formas de criticar las autoverbalizaciones negativas o irracionales y reemplazarlas por respuestas más positivas. Al igual que con las habilidades de relajación, el énfasis estaba en el aprendizaje para



generalizar también las habilidades aprendidas, es decir, desarrollar estrategias sencillas de cambio que pudieran utilizar en situaciones estresantes durante el día.

A continuación se presentan unos cuantos ejemplos de las formas en que los participantes adaptaron las habilidades cognitivas a su vida diaria.

*[Cuando un hijo tiene una rabieta] Simplemente dándome mensajes positivos y realizando unas cuantas respiraciones profundas, para calmarme y no alcanzar un nivel de dos años de edad... Me paro y pienso "Bien, estoy a punto de actuar como él y esto no nos va a conducir a ningún sitio, necesito calmarme y distraerle y entonces estaremos bien..."*

*...cambiar mi forma de pensamiento fue la parte más importante...me había entrenado durante años para proyectar el desastre. Quiero decir que no importaba de qué situación se tratara, iba al doctor y no importaba lo que él dijera, yo pensaba: "se va a morir"...Pasé mucho tiempo reaccionando a cosas que pensaba que iban a pasar. La noche era mi momento de miedo...El se levantaba a media noche, daba vueltas y hacía ruido, mi primera respuesta era que estaba enfermo...Ahora, cuando se levanta y hace ruido, no me asusto. Voy a la habitación y pienso que está destapado, no puede taparse y tiene frío. No tengo esa sensación en mi garganta...Me enfrento a lo que pase y no me asusto...Ya sabes, hay momentos apropiados para preocuparse y yo aprendí los momentos apropiados.*

*Apoyo social.* Como se ha dicho anteriormente, los resultados de la investigación sugieren que muchas familias con niños severamente discapacitados experimentan aislamiento social (Roos, 1978), el objetivo perseguido al introducir un componente de apoyo social en el modelo era incrementar la concienciación de los participantes del papel desempeñado por el apoyo de los demás en el manejo del propio estrés.

Una parte de esta concienciación se proporcionaba a través de la propia naturaleza del apoyo social dentro de la misma clase. Además, este componente se introducía en la sexta sesión, cuando los participantes ya habían tenido la oportunidad de compartir información personal sobre sus familias y sobre ellos mismos en un ambiente de apoyo. Un padre resumía sus sentimientos de la siguiente forma:

*Encontré muy útil escuchar también a otros padres que tenían problemas parecidos a los que podíamos asentir con la cabeza y decir, "Oh, sí, nuestro hijo está haciendo eso", o "No, no de esa forma", pero podríamos preguntar a los padres: "¿Lo está haciendo tu hijo o hija de esta forma?" o cualquier otra cosa...creo que la combinación de las clases de manejo del estrés de forma organizada, haciendo las tareas para casa, junto con la oportunidad de escuchar a otros padres y hablar con ellos...creíamos que éramos capaces de luchar a brazo partido con nuestros problemas y encontrar soluciones mejores en las que trabajar.*

El establecimiento de una atmósfera de apoyo en las clases se llevaba a cabo de una forma intencionada. En la primera sesión se adoptaban cinco acuerdos de grupo. Con ellos, los miembros acordaban mantener de forma confidencial cualquier información personal divulgada dentro del grupo, ser un apoyo para los otros miembros, no presionar a otros a hablar, compartir el tiempo de forma ecuánime y llamarse unos a otros por sus nombres. Los terapeutas hacían referencia a estos acuerdos cuando era necesario mantener el tono de apoyo del grupo. También explicaban experiencias comunes a diferentes miembros, y pedían ideas de los participantes del grupo, en lugar de proporcionar soluciones únicamente desde un punto de vista profesional. También se proporcionaba tiempo para la socialización de los miembros del grupo mediante la programación de un descanso en medio de cada sesión.

**Algunas parejas que han compartido las clases han compartido también formas de reforzarse recíprocamente para mantener las habilidades**

El componente de apoyo social de las clases primero requería que los participantes se mantuviesen al tanto de la frecuencia y satisfacción de sus contactos con las otras personas. Después de examinar sus contactos, aquellos que deseaban más apoyo establecían algunos objetivos e identificaban los pasos que tendrían que seguir, entre sesiones, para conseguir esos objetivos. Un ejemplo del descubrimiento y plan de una madre ilustra este tema:

*Al principio comencé a fijarme, yo creía que era socialmente muy activa. Cuando empecé a fijarme, me di cuenta de que por nuestro hijo...estábamos llegando a ser ermitaños. Le utilizábamos a él como una razón para no salir...como no sabe hablar, no nos atrevíamos a dejarle con nadie... Empecé llamando a un amigo que no había visto hacía tiempo...pensé que me gustaría ponerme en contacto con un miembro de la familia que está fuera de la ciudad una vez al mes. Yo tengo seis hermanos y ahora ellos me llaman y estamos muy contentos de estar reunidos. En realidad tenemos nuestro primer retrato familiar en 22 años, desde estas clases, sólo porque nos estamos comunicando otra vez.*

### **Problemas comunes y proceso para tratarlos.**

Aunque realizar entrenamiento en habilidades en grupo tiene la ventaja de proporcionar apoyo social de otros padres de niños severamente discapacitados, el entrenamiento en grupo también presenta algunos problemas potenciales. A continuación se describen algunas de las dificultades que presentó el entrenamiento en grupo en este estudio y la forma de solucionarlas.

*Experiencia previa en habilidades de afrontamiento.* Los participantes entraron en el grupo con diferentes niveles de habilidad de afrontamiento del estrés. Al trabajar con individuos o con familias, se deben tener en cuenta estas diferencias, tanto en la presentación de las clases como en la asignación de tareas para casa. De cualquier forma, la presentación de las clases asumía poca o ninguna exposición previa a las habilidades tratadas, con el fin de proporcionar información básica a las personas sin experiencia. Algunos de los participantes habían tenido experiencias previas en algunas habilidades, como la relajación. El terapeuta trataba de animar a estos participantes a que asumieran el rol de monitores y además les ayudaban a aprender matices más sutiles de la habilidad específica. Aunque las hojas de tareas para casa eran las mismas para todos los participantes, los terapeutas animaban a los miembros del grupo a seleccionar o modificar las tareas de acuerdo con sus propias necesidades.

*Problemas de pareja.* A veces el desacuerdo dentro de la pareja era un aspecto que contribuía a aumentar el estrés de los participantes. Los líderes animaban a la pareja a ir juntos a las clases. Cuando un padre rechazaba ir, se advertía del riesgo para la relación y se animaba al miembro participante a compartir información con el miembro ausente siempre que fuera posible.

En la primera sesión de clase, uno de los acuerdos de grupo, aceptados por todos los participantes, era apoyarse unos a otros dentro del grupo. Se citaban ejemplos específicos relacionados con los miembros de una pareja que dejaban aparte sus diferencias durante las clases para darse apoyo uno al otro. Cuando los miembros de una pareja entraban en conflicto

durante una clase, se les recordaba educadamente el acuerdo del grupo y se les ofrecía en privado la oportunidad de verlos como pareja para proporcionarles ayuda adicional.

*Participantes que no sabían leer.* Como muchas de las tareas entre sesiones requerían que los participantes supiesen leer y rellenaran auto-registros, los participantes que no sabían leer o tenían un nivel de lectura muy bajo necesitaban ayuda extra. Cuando se informaba a los terapeutas del problema, estos proporcionaban ayuda adicional con los materiales, antes y durante cada sesión, intentando ser lo más discretos posible. Por supuesto algunas personas que tenían un bajo nivel lector podían pasar desapercibidas si no mencionaban el problema. En el futuro, se dispondrá de cintas de video que acompañen a los materiales escritos con el fin de reducir el énfasis en la lectura. Además se van a revisar los materiales escritos para simplificarlos e incluir ilustraciones siempre que sea posible.

*Aspectos relacionados con familias problemáticas.* El entrenamiento en grupo resultaba menos eficaz con familias a las que los autores describen como caóticas. Estas familias eran normalmente de un nivel de ingresos bajo, y tenían menor experiencia educativa; a menudo vivían en un lugar caótico con gente ajena a la familia que iba y venía. Estos padres tenían problemas simplemente para asistir a las sesiones y más aún para realizar las tareas asignadas entre semana. Para el entrenamiento en habilidades de manejo del estrés en este tipo de familias, es necesario incluir la ayuda en habilidades más básicas, antes de o en lugar del aprendizaje de las de habilidades tratadas en estas clases. Lutzker, Frame, y Rice (1982) proporcionan un modelo para este tipo de servicios que puede ser muy útil para estas familias.

## Evaluación

A continuación se describe brevemente un estudio diseñado para evaluar los efectos a corto plazo del curso de manejo del estrés. Está disponible una descripción más detallada del estudio (Singer, Irvin, y Hawkins, en prensa) y del manual de tratamiento (Hawkins, 1986). El curso de manejo del estrés se evaluó comparando dos grupos de padres de niños severamente discapacitados que se asignaron al azar al grupo de tratamiento o al grupo control de lista de espera.

Los trabajadores sociales de una agencia local de servicios seleccionaron a 36 padres. Todos los padres tenían hijos que estaban atendidos por el programa para alumnos severamente discapacitados de la escuela pública local. La edad media de los niños discapacitados era de 11 años, con un intervalo entre 4 y 16 años. Dos tercios eran familias de dos padres y un tercio eran familias de un solo padre. En las familias de dos padres participaban los dos esposos. El nivel medio de ingresos de la muestra era de 12,500 \$; 11 de las familias tenían un nivel de ingresos bajo (10,000 \$ para una familia de cuatro miembros). Se evaluó a los padres en diversas variables para asegurarse de que los grupos eran equivalentes. No había diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables demográficas, medidas de aislamiento social, depresión, ansiedad o nivel de estrés familiar. Los grupos diferían en un aspecto, el grupo de tratamiento tenía hijos cuyo comportamiento adaptativo era significativamente más bajo que el de los del grupo control. Para el control estadístico de esta diferencia, se utilizaron las puntuaciones en comportamiento adaptativo como covariación en un análisis de covarianza.

**Cada vez más, los  
padres de niños  
severamente  
discapacitados están  
criando a sus hijos  
en casa**

El grupo de tratamiento recibía las clases de manejo del estrés descritas previamente. Un psicólogo clínico y un educador especial dirigían las clases. Las reuniones se realizaban por la noche para acomodarse al trabajo de los padres, y se proporcionaba cuidado al niño durante esas reuniones. El grupo de tratamiento se dividió en dos clases de 9 padres cada una. La clase tenía una duración de dos horas, una vez a la semana, durante 8 semanas. Las variables dependientes del estudio eran las medidas de angustia psicológica relacionada con el estrés. El State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) y El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) son dos inventarios de síntoma-rasgo ampliamente utilizados en la investigación sobre estrés (Derogatis, 1982). Todos los padres completaban estos cuestionarios inmediatamente después de la primera clase y al final de la última clase. Los resultados se analizaban utilizando el análisis de covarianza. Con las puntuaciones del pretest y las puntuaciones de comportamiento adaptativo del niño como covarianzas. Se encontró una diferencia significativa en el postest entre los dos grupos en las escalas de estado y rasgo del STAI y en *El Inventario de Depresión de Beck*. Todas las diferencias fueron significativas al nivel.03 o por debajo.

Las medidas de seguimiento en la clase de manejo del estrés únicamente, no están disponibles debido a que las parejas participaron en otros componentes de un paquete de intervenciones más amplio. Para conocer si los padres continuaron utilizando alguna de las técnicas de manejo del estrés, se hicieron entrevistas estructuradas a 25 padres entre seis meses y un año después de haber finalizado las clases de manejo del estrés. Todos señalaron que continuaban utilizando algunas de las técnicas. Cuando se les preguntaba si sus vidas eran menos estresantes como resultado de las clases contestaban que no, pero añadían que se sentían más capaces de afrontar el estrés. Cuando se les preguntaba cómo se podrían mejorar las clases, varios padres contestaron que encontraban que la intervención para el manejo del tiempo era muy útil. Algunos padres señalaron que hubiesen preferido ayuda en habilidades de manejo de conducta antes que aprender técnicas de manejo del estrés, ya que su principal fuente de estrés eran los problemas de comportamiento de su hijo. Todos los padres entrevistados recomendaban las clases a otros padres.

## **Direcciones futuras**

### **Política pública**

Cada vez más, los padres de niños severamente discapacitados están criando a sus hijos en casa. Además, hay un número creciente de niños severamente discapacitados que sobreviven como resultado de las mejoras en la tecnología médica. Cuando los padres asumen la responsabilidad de cuidar de sus hijos, se encuentran con un importante estrés. Las primeras evidencias, como las que encuentra este estudio, sugieren que ayudar a los padres mediante entrenamiento en habilidades, como entrenamiento en manejo del estrés, puede reducir la angustia de los padres tanto como el entrenamiento conductual a padres puede reducir los comportamientos no adaptativos del niño e incrementar sus habilidades. Si se reduce la angustia de los padres es más probable que estos mantengan al niño en casa y proporcionen también el tipo de ambiente que puede maximizar su futuro funcionamiento. Proporcionar el apoyo necesario a los padres para que el niño pueda permanecer en casa, es parte de la obligación de la sociedad de proporcionar los ambientes menos restrictivos a los niños que presentan condiciones discapacitantes. Aunque la asistencia efectiva a los padres en un principio puede ser costosa, sería probablemente rentable a largo plazo ya que se sacarían más niños de las instituciones. Los hallazgos actuales presentan sólo datos preliminares, con una pequeña muestra de padres de niños severamente discapacitados; sin embargo, está confirmada la evidencia de la efectividad de las técnicas de manejo del estrés con otras poblaciones adultas. Son prometedores los esfuerzos de los servicios comunitarios existentes, como proyectos de demostración modelo, que pueden desarrollar además servicios y pueden continuar recogiendo datos de seguimiento mientras tiene lugar el proyecto. Estos proyectos podrían además seguir a los participantes a lo largo del tiempo para evaluar y refinar los procedimientos que mejoren el mantenimiento de las habilidades.

## Prácticas de servicios directos

El objetivo del tratamiento en este estudio era enseñar a los participantes algunas habilidades específicas que fueran capaces de aplicar en sus vidas diarias y que les ayudaran a enfrentarse mejor con los acontecimientos estresantes de su vida. El modelo para enseñar las habilidades consistía en proporcionar información y explicación, inspirarles mediante la utilización de ejemplos, ayudarles con práctica guiada, proporcionarles práctica estructurada en casa y sugerirles ideas para integrar las habilidades en las actividades diarias. Realmente es un modelo utilizado en muchas situaciones de enseñanza. Del mismo modo que un profesor en clase debe examinar los diferentes pasos del modelo que pueden desalentar a un niño individual y resultar en el abandono o en el fracaso, los terapeutas deben examinar dónde puede fracasar el modelo para aquellos padres que no tuvieron éxito en el aprendizaje o en el mantenimiento de las habilidades para el manejo del estrés, o a los que no se organizaron para ir a las clases con regularidad.

Como se ha mencionado anteriormente, los padres de familias que de algún modo estaban desestructuradas o desorganizadas tenían dificultades para mantener de forma regular la asistencia a clase. Quizá para que las clases sean útiles, un padre necesita determinadas precondiciones de vida (por ejemplo, tener suficiente dinero para comer, vestir, tener una casa; no ser dependiente del alcohol u otras drogas; y poder cuidar de los problemas de salud de la familia). Cuando un padre no ha asistido a más de una sesión de clase, el terapeuta debería reunirse con él o ella individualmente para descubrir la forma mejor de satisfacer las necesidades de la familia. Con más investigación en el área, se debe desarrollar un instrumento de evaluación para identificar a aquellas familias a las que se puede atender mejor de otras formas. En las clases de manejo del estrés expuestas en este artículo, alguna de la información se presentaba de forma escrita y muchas de las tareas incluían respuestas escritas. Para acomodarse a aquellos que leen con dificultad, es necesario desarrollar materiales audiovisuales de apoyo a la enseñanza de las habilidades.

Debido a que los participantes acudían a las clases con diferentes niveles de experiencia previa en habilidades de afrontamiento, los participantes podrían ser evaluados y agrupados por nivel de habilidad para centrarse en las habilidades que más necesiten. Se podrían diseñar clases de nivel más avanzado para aquellos participantes que estuviesen ya familiarizados con las habilidades de manejo del estrés tratadas en las clases actuales. Para estos padres podrían ser también beneficiosos temas como organización del tiempo, habilidades de solución de problemas o planificación del tiempo libre.

Una vez que se han enseñado y practicado las habilidades en la atmósfera reforzante de la situación de grupo, el siguiente obstáculo es asegurarse de que los participantes harán todos los esfuerzos posibles para trabajarlas también en casa entre las sesiones. Como se ha dicho anteriormente una gran parte del centro de atención del formato de la intervención estaba dirigido a facilitar la adhesión a las tareas para casa. Todavía se necesitan más esfuerzos en este área, para que las habilidades queden bien instauradas cuando las clases han terminado. Tal vez una forma de incrementar la práctica de habilidades sería proporcionar contacto estructurado entre los participantes (por ejemplo un sistema de amiguismo) entre las sesiones. Otra posibilidad sería aumentar el tiempo entre algunas sesiones y pedir a los participantes que hicieran las tareas de casa sólo unos cuantos días establecidos. El tiempo adicional permitiría que surgieran más situaciones estresantes para que los participantes pudieran darse cuenta de que eran capaces de aplicar bien sus habilidades. Con cada habilidad recién aprendida, la pregunta principal es qué ocurrirá con su utilización cuando se retiren los refuerzos proporcionados para su aprendizaje. Por suerte algunos de los refuerzos continúan, es decir, los participantes continuarán notando que experimentan menos angustia y tienen más éxito cuando tratan con su hijo discapacitado, cuando recuerdan relajarse y hablarse a ellos mismos de forma positiva. Ciertamente algunas de las parejas que han estado juntas en nuestras clases han compartido formas de reforzarse uno a otro para mantener las habilidades. Otros miembros han mantenido la amistad que hicieron en las clases, y la socialización con estos amigos sirve como recuerdo de la utilización de habilidades de afrontamiento. Algunos crearon indicadores específicos en sus ambientes que les sirviesen como recuerdos para relajarse o

cambiar sus pensamientos etc. Otros han señalado que tienen dificultades para recordar utilizar las habilidades fuera de la estructura de la clase.

Mientras los padres de niños no discapacitados tienen muchas actividades centradas en el niño que les conducen periódicamente hacia fuentes de apoyo (por ejemplo, la escuela, deportes, juegos, orquestas, clubes...), los padres de niños severamente discapacitados tienen pocas reuniones relacionadas con el niño. Como consecuencia, tienen pocas oportunidades para comparar percepciones sobre sus hijos y ayudarse unos a otros a adaptarse a los nuevos problemas que surjan. Algunos padres que han estado en el programa han expresado su interés en un grupo de seguimiento cada dos meses que pueda ayudarles a mantener las habilidades de afrontamiento y también a tratar con los problemas nuevos cuando sea necesario. Actualmente se está desarrollando un modelo para entrenar a los padres como líderes de esos grupos de seguimiento. El entrenamiento probablemente supondrá 3 o 4 horas de clase y se centrará en habilidades básicas de comunicación, afrontamiento de conflicto de valores, estructuración de una agenda de grupo e identificación de "señales rojas" o momentos en que es necesario llamar a un profesional para pedirle ayuda.

## Investigación

Aunque los resultados de este estudio sugieren que el entrenamiento para el manejo del estrés puede ser un complemento útil para los procedimientos clínicos disponibles para ayudar a padres de niños severamente discapacitados, se necesita más investigación para determinar los efectos a largo plazo del programa. También se necesita un análisis de los componentes para determinar qué partes del paquete de tratamiento son más efectivas y con qué padres. Parece que algunos padres necesitan consejo adicional individual para la depresión o los problemas de pareja, y algunos pueden necesitar tratamiento intensivo a padres en el hogar para enfrentarse a los problemas de comportamiento de sus hijos. Otros pueden necesitar mayor tiempo de cuidado de respiro para su hijo u otras clases de servicios de apoyo. Sería de considerable utilidad, tanto para mejorar el tratamiento como para delegar recursos de forma eficiente, ser capaces de determinar los servicios más eficaces para cada padre.

## REFERENCIAS

- Baker, B.L. (1984). Intervention with families with young severely handicapped children. In J. Blancher (Ed.), *Severely handicap-ped young children and their families* (pp. 319-375). Orlando: Academic Press.
- Beck, A.T, Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4 , 561-571.
- Biglan, A. y Campbell, D.R. (1981). Depression. In J. Shelton y R. Levy (Eds.), *Behavioral assignments and treatment compliance*. (pp. 111-146). Champaign, IL: Research Press.
- Biglan, A., Hops, H. y Sherman, L (1988). Coercive processes and maternal depression. In R.J. McMahon y R. DeV. Peter (Eds.), *Social learning and systems approaches to marriage and the family* (pp. 72-103). New York: Brunner/Mazel.
- Blaney, P.H. (1981). Cognitive and behavioral therapies for depression: A review of their effectiveness. In L.P. Rehm, (Eds.), *Behavior therapy for depression: Presents status and future directions* (pp.1-32). New York: Academic Press.
- Bresiau, N. y Davis, G.C. (1986). Chronic stress and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314.
- Buscaglia, L. (1975). *The disabled and their parents: A counseling challenge*. Thorofare, NJ: Slack, Inc.
- Dangel, R.F. y Polster, R.A. (Eds.). (1984). *Parent training: Foundations of research and practice*. New York: Guilford Press.
- Deffenbacher, J.L. y Suinn, R.M. (1982). The self-control of anxiety. In P. Karoly y F.H. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Derogatis, L.R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 270-294). New York: Free Press.

- DeRubeis, R.J. y Hollon, S.D. (1981). Behavioral treatment of affective disorders. In L. Michelson, M. Hersen, y S. Turner (Eds.), New York: Plenum.
- Hawkins, N.E. (1986). Stress-management training manual. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute, Eugene.
- Hersen, M. y Bellack, A.S. (1982). Perspectives in the behavioral treatment of depression. *Behavior Modification*, 6, 95-106.
- Kanfer, F.H. y Grimm, L.G. (1978). Freedom of choice and behavioral change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 873-878.
- Karoly, P. y Kanfer, H. (Eds.). (1982). *Self-control and behavior change*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Leigh, H. (1982). Evaluation and management of stress in general medicine: The psychosomatic approach. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.733-744). New York: Free Press.
- Lewinsohn, P.M. y Hoberman, H. (1982). Depression. In A.S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (pp. 173-207). New York: Plenum.
- Lutzker, J.R., Frame, R.E. y Rice, J.M. (1982). Project 12-Ways: An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Education and Treatment of Children*, 5, 141-155.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum.
- Quine, L y Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.
- Rehm, L.P. y Kornblith, S.J. (1979). Behavior therapy for depression: A review of recent developments. In M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 7, pp. 277-318). New York: Academic Press.
- Ross, P. (1978). Parents of mentally retarded children misunderstood and mistreated. In A.P. Turnbull y H.R. Turnbull (Eds.), *Parents speak out* (pp. 12-27). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Schilling, R.F. y Schinke, S.P. (1984). Personal coping and social support for parents of handicapped children. *Children and Youth Services Review*, 6, 195-206.
- Shapiro, T. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. *Social Science and Medicine*, 17 (14), 913-931.
- Shelton, J.L y Levy, R.L. (Eds.). (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance, a handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.
- Singer, G.H.S., Irvin, L.K. y Hawkins, N.E. (1988). Stress-management training for parents of severely handicapped children. *Mental Retardation*, 26 (5), 269-277.
- Snell, M.E. y Beckman-Brindley, S. (1984). Family involvement in intervention with children having severe handicaps. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 9 (3), 213-130.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stoyva, T. y Anderson, C. (1982). A coping-rest model of relaxation and stress-management. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 745-763). New York: Free Press.
- Suinn, R.M. (1977). *Manual: Anxiety management training*. Fort Collins, CO: Rocky Mountain Behavior Sciences Institute.
- Woolfold, R.L. y Lehrer, P.M. (Eds.). (1984). *Principles and practices of stress management*. New York: Guilford Press.
- Wright, J.S., Granger, R.D. y Sameroff, A.J. (1984). Parental acceptance and developmental handicap. In J. Bacher (Eds.), *Severely handicapped young children and their families: Research in review* (pp. 51-90). Orlando: Academic Press.