

UFLO

UNIVERSIDAD DE FLORES

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

Título

**“Niveles de Estrés Parental en Padres de Niños
con Patologías que Podrían Derivar en una Discapacidad Mental
o Intelectual en Capital Federal”**

Alumno: Mortara, Gabriel Nicolas.

Mail: gabriel.nmortara@Gmail.com

N° de Legajo: 18.615.

Tutor: Dr. Bernardo Kerman.

Índice:

Introducción	2
Marco Teórico	3
Estrés	3
Estrés Parental	6
Discapacidad en la Argentina	9
Certificación de Discapacidad y Condición de Salud	10
Discapacidad Mental e Intelectual	12
Antecedentes	16
Planteo del Problema	16
Objetivos	16
General	16
Específicos	16
Método	19
Diseño	19
Participantes	19
Técnicas de recolección de datos	18
Procedimientos de recolección de datos	21
Resultados	21
Análisis de los datos	21
Discusión	25
Bibliografía	27

Introducción:

La presente investigación es un estudio descriptivo acerca de las formas y niveles de estrés parental en adultos que sean padres de hijos menores que presenten una patología que, junto con una evaluación de posibles secuelas podrían derivar en una certificación de discapacidad Mental y/o intelectual.

La discapacidad, y más específicamente, la discapacidad Mental es reconocida en Argentina según la normativa de la OMS como un término que engloba a las deficiencias de las funciones cognitivas y estructuras del sistema nervioso y las limitaciones que puede presentar una persona al realizar determinada tarea (OMS, 2001). Es relevante señalar que la presencia de una patología específica no equivale a la presencia de una discapacidad, debido a que a la hora de certificar la misma, no es la enfermedad en la que se hace énfasis, sino en las secuelas para la vida cotidiana que la persona sufre y las deficiencias que presenta. En el caso de un niño, son los padres los que deben responsabilizarse de su cuidado, y según el tipo de discapacidad y de deficiencia que pueda presentar el sujeto, esto puede ser algo de lo que deban encargarse por el resto de sus vidas. Esta responsabilidad muchas veces es algo inesperado y que va en contra de las expectativas que tenían los sujetos respecto a la paternidad, por lo que puede llevar a darse una respuesta de estrés, definido por Selye como “la respuesta no específica del cuerpo ante una exigencia a la cual es sometido”. Más específicamente podemos hablar de estrés parental (Abiddin, 1990) que hace referencia al estrés vinculado con las características y situaciones únicas que se pueden dar en el proceso de la crianza de un niño.

Toda crianza implica un determinado grado de estrés, pero la crianza de un niño con discapacidad conlleva a que se incremente el grado de dificultad en muchos aspectos, como lo es la autonomía y el riesgo de que no se haga daño, al igual que agregarle condiciones que en la crianza un niño típico no se presentan, como el control médico constante, el tratamiento con distintos especialistas (psicólogo, fonoaudiólogo, etc.), la posibilidad de medicación y la perspectiva de que el niño pueda nunca alcanzar un nivel de autonomía en donde no dependa de ellos para subsistir.

Marco Teórico.

Capítulo 1: Estrés.

A lo largo de la vida de las personas es inevitable que se encuentren con situaciones para las que no se sienten preparados, ya sea porque no las vieron venir, o porque esperaban otra cosa, estos sucesos, generalmente displacenteros provocan una respuesta por parte del organismo, esta respuesta es comúnmente denominada estrés (Selye, 1956).

El estudio del concepto del estrés puede enmarcarse en el trabajo del endocrinólogo Hans Selye (1936), que en 1926 como estudiante de medicina observaba como distintos pacientes con diferentes trastornos presentaban los mismos síntomas: pérdida del apetito, disminución de la fuerza muscular, aumento de la presión arterial y falta de iniciativa. Ante esto Selye llevó a cabo distintos estudios experimentales con ratas que lo llevaron a concluir que existía un síndrome producido por diversos agentes nocivos, que luego pasaría a ser denominado como estrés. Selye menciona adoptar el término estrés desde la física (1956 the stress of life) que hace referencia a la reacción entre una fuerza y la resistencia con la que esta se encuentra y que luego se vio forzado a agregar la palabra estresor, para referirse a aquellos estímulos que generan estrés.

Selye define el estrés como “la respuesta **no específica** del **cuerpo** ante una **exigencia** a la cual es sometido” (1956). A pesar de la aparente simpleza con la que encapsula el concepto, detrás de esto Selye ofrece cierto grado de complejidad que se deja ver al desglosar esta definición.

El contexto médico de Selye hace que cuando esté hablando del cuerpo, haga referencia a la totalidad del organismo humano. Como se mencionó anteriormente, el interés inicial sobre el estrés se dio debido a la presencia de los mismos síntomas en diferentes pacientes y por diferentes causas, cuando Selye habla acerca de respuestas no específicas, hace referencia a que el ser humano no reacciona particularmente contra un estímulo estresor, sino que lo hace ante el propio estrés generado por el contacto con este estímulo. Esta no especificidad nos permite explicar como distintas experiencias generan la misma respuesta, por ejemplo, un estudiante universitario que está por dar un examen para el cual no se siente preparado y que instintivamente tiene el gran deseo de salir corriendo presenta los mismos síntomas que un hombre primitivo que está juntando frutas en el bosque y escucha un sonido que identifica como un depredador.

Por último Selye explica que las exigencias o estresores con los que nos encontramos y que generan el estrés, pueden dividirse de dos formas, la primera es dividirlos según su apreciación: distresores o estímulos negativos, eustresores o estímulos positivos, y neutrales, que son aquellos que forman la mayoría de los estresores. Es importante destacar que el tipo de estresor que una persona experimenta depende de la percepción subjetiva de esa persona, lo que explica porque diferentes personas perciben el mismo estímulo de manera diferente (Kertész, 2011). Por ejemplo una mujer que ha vivido toda su vida en una zona muy fría en donde no hay insectos y que se encuentra por primera vez con una cucaracha en la ciudad, empieza a gritar y sube los pies a un sillón para no tener contacto con el piso, mientras que un hombre que ha vivido en la ciudad toda su vida, no le presta ni la mas minima atencion a la presencia de la misma cucaracha. La segunda forma de dividir los estresores es según las causas (Kertész, 2011):

- **Fisiológicas:** Genéticas (heredadas), congénitas (adquiridas durante la gestación o el parto), por condicionamiento o por enfermedades o lesiones previas que redujeran los niveles de resistencia.
- **Psicológicas o Psicosociales:** Personalidad (predisposición, vulnerabilidad social y cognitiva), crisis vitales por edades (infancia, adolescencia, vida adulta y vejez), relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes o condiciones frustrantes de trabajo o estudio.
- **Ambientales o Societarias:** Cambios sociales o tecnológicos acelerados, económico-políticas (opresión, incertidumbre, guerra, etc.) o hacinamiento y exceso de población.
- **Ambientales Físicas:** Microorganismos patógenos, tóxicos industriales o alimenticios, polución, temperaturas extremas o catástrofes (terremotos, inundaciones, etc.)

Un aspecto fundamental a la hora de hablar del estrés es su relación con el organismo a un nivel biológico, más específicamente, su relación con el sistema nervioso.

El sistema nervioso es el encargado de captar las señales externas e internas, procesarlas y llevar a cabo la coordinación para una respuesta por medio de señales químicas y bioeléctricas, con el objetivo de mantener un equilibrio en el organismo (homeostasis) (Kertesz, 2011), este sistema puede dividirse anatómicamente o funcionalmente. Anatómicamente podemos hablar del sistema nervioso central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal y el sistema nervioso periférico (SNP), conformado por las conexiones neuronales que conectan al SNC con los el resto del organismo. La otra forma de dividir el sistema nervioso es de forma funcional, en donde podemos hablar de sistema nervioso somático, formado por todas las neuronas que posibilitan los movimientos voluntarios, y el sistema nervioso autónomo, encargado de todas las funciones que se dan de forma automática en nuestro organismo, este último puede subdividirse en sistema nervioso parasimpático y simpático, el primero es el encargado de la generación de energía, mas específicamente de la recuperación, relajación y asimilación del propio organismo, mientras que el segundo está a cargo de la activación del organismo para prepararlo para la acción. Ante un estímulo que es percibido como amenazante y que genera una respuesta de estrés, vamos a observar que el sistema parasimpático es inhibido y el sistema simpático es activado, lo que da inicio a una serie de cambios a nivel biológico que tienen como objetivo preparar al organismo para las dos posibles respuestas, la huida o la lucha.

Selye (1956) investigó las posibles diferencias entre las personas que habían experimentado situaciones estresantes y descubrió que los estados prolongados de estrés se manifiestan de manera diferente que aquellos en donde el contacto con el estresor a sido reciente, el denomino a esto como el síndrome general de adaptación. Selye plantea que este el organismo tiene diferentes mecanismos a la hora de lidiar con el estrés, dependiendo de la duracion del contacto con el estimulo estresante, el plantea tres fases.

- Fase de alarma: Se da en el contacto con un estresor, se da la activación del organismo mediante el sistema simpático, incremento en la frecuencia cardiaca, aceleración de la respiración, mayor irrigación sanguínea a los brazos y las piernas, etc. Con el objetivo de preparar al mismo para las posibles acciones de huida o lucha. En el caso que ninguna de estas sea viable y el contacto con el estresor continúe, se pasa a la siguiente fase.

- Fase de resistencia o adaptación: Con la continua exposición al estresor el organismo intenta adaptarse para poder alcanzar un equilibrio, esto conlleva consecuencias a nivel biológico, psicológico, emocional y conductual, entre los que podemos encontrar disminución de la energía, irritación, menor tolerancia a la frustración, debilitación del sistema inmunológico y la aparición de trastornos fisiológicos y de carácter psicossomático. Si este intento de alcanzar un equilibrio fracasa y el contacto con el estresor persiste, se llega a la última fase.
- Fase de agotamiento: La adaptación ha fracasado y las reservas de energía están agotadas, todos los síntomas de la etapa anterior empeoran y aparece el riesgo de muerte.

En la actualidad, la crianza de un hijo es proceso en el cual se pueden dar situaciones de carácter estresante, no hay manuales acerca de como ser padre y nadie puede estar preparado para todas las situaciones que puedan llegar a darse, esto se ve amplificado en los casos en donde el niño resulte tener discapacidad, debido a esto es necesario poseer un marco teórico e instrumentos adecuados a la hora de indagar en la relación del estrés en la crianza de los niños.

Capítulo 2: Estrés Parental:

Un autor que hace énfasis en el estrés que se da en el acto de criar niños es Richard Abidin (1990), que partiendo desde una mirada de carácter sistémico define al estrés parental como **un elemento activador que fomenta la utilización de los recursos disponibles para afrontar de una manera satisfactoria el ejercicio del rol parental**. Este autor llevó a cabo diversas investigaciones (1990, 1992, 1995, 2012) en las que concluyó que las causas por las que las situaciones de crianza provocan estrés son una combinación entre las características de los niños y las características de los padres. Posteriormente decidió incluir en la ecuación las características referidas al contexto en donde se da la crianza. Más específicamente:

- Características de los niños: Abidin sostiene que se relaciona con el temperamento (nivel de hiperactividad y demandas que ocasiona, humor y

habilidades de adaptación al cambio), el grado en el que los hijos cumplen con las expectativas que los padres tenían de ellos y el nivel de refuerzo que el niño le ofrece a sus padres.

- Características de los padres: características referidas a la personalidad (agresividad, tolerancia a la frustración), existencia de trastornos psicopatológicos, toxicomanías o adicciones, estado de la relación conyugal y habilidades de manejo del niño.
- Características del ambiente: Apoyo de la familia extensa y amigos, sucesos diarios, sucesos vitales, empleo, etc.

Abidin ha hecho énfasis en el carácter de las cogniciones que los padres tienen hacia su propio rol parental, él denomina esto “El compromiso con el rol parental” (1995), al que define como el conjunto de expectativas y de creencias que son moderadoras entre los estresores contra los que se enfrentan los padres, que se derivan tanto de sus propias características, de las de sus hijos y del contexto en donde se da la crianza, junto con el estrés parental que experimentan. Este autor sostiene que cada cuidador tiene una representación interna de sí mismo como padre, en donde se incluye lo que uno espera de sí mismo, junto con lo que espera de su hijo y del ambiente. Por lo que los padres que expresan mayores niveles de estrés parental perciben a sus hijos como más difíciles y presentan patrones de conducta en relación a la crianza más ineficaces e interacciones más disfuncionales, lo que conlleva a la aparición de dificultades en el niño.

Con el objetivo de evaluar este tipo de estrés en particular, Abidin desarrolló la Escala de Estrés Parental (PSI; 1983), un cuestionario de 120 preguntas utilizado para evaluar los niveles de estrés en los padres/cuidadores, estos niveles son derivados de la percepción de los sujetos sobre su desempeño como padres y el cuestionario puede dividirse en dos escalas: “dominios de los padres” y “dominios del niño”. Este instrumento presenta el inconveniente de ser extenso a la hora de administrarlo, por lo que su uso se veía limitado a casos específicos, debido a esto Abidin desarrolló posteriormente (1995) una versión abreviada de

esta escala (PSI-SF) que consta de 36 preguntas y donde se destacan la existencia de 3 factores que forman sus subescalas:

- Malestar Personal: Hace referencia al malestar experimentado por los padres al ejercer su rol parental, que es provocado por factores personales que se relacionan con la ejecución y el ejercicio de las funciones que este rol conlleva (Conflicto con el otro padre del niño, sentido de competencia, malestar relacionado con las restricciones impuestas en otras áreas de la vida, falta de apoyo social, etc.)
- Interacción Disfuncional Padres-Hijo: se trata acerca de que si el niño cumple o no con el grado de expectativas que los padres tienen sobre él y de la cantidad y grado de refuerzo que el niño les proporcione.
- Niño Dificil: Se basa en la valoración que tienen los padres acerca de la dificultad para controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que estos poseen. Esta subescala también incluye conductas y pautas aprendidas de conductas desobedientes o desafiantes y un puntaje elevado puede indicar que el niño esté sufriendo de problemas relacionados a sus procesos y mecanismos de autorregulación.

Cuando todos los ítems son sumados, se obtiene una puntuación global denominada Estrés Total. Esta puntuación señala el nivel de estrés que los padres/cuidadores experimentan al desempeñar su rol parental. Más específicamente, este resultado refleja las tensiones que existen en las áreas de malestar personal de los padres, las tensiones derivadas de las interacciones que mantienen con el hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño. Por último, es importante destacar que Abidin (1995) sostiene que un puntaje total mayor a 90 refiere a un estrés clínicamente significativo.

Este instrumento ha sido validado en múltiples investigaciones, mediante análisis de carácter psicométrico (Deater-Deckard y Scarr, 1996; Haskett, Ahern, Ward y Allaire, 2006; McKelvey, Whiteside-Mansell, Faldowski, Shears, Ayoub y Hart, 2009; Reitman, Currier y

Stickle, 2002; Whiteside-Mansell, Ayoub, McKelvey, Faldowski, Hart y Shears, 2007) en donde se determinó su validez y fiabilidad.

Capítulo 3: Discapacidad en la Argentina.

En nuestro país la evaluación y certificación de discapacidad está bajo la órbita de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), (SNR, 2015) anteriormente conocida como el Servicio Nacional de Rehabilitación que define la discapacidad partiendo desde dos normativas internacionales. Por un lado tenemos la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y junto con esto podemos contar con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF: OMS, 2001), en esta última se define a la discapacidad como “Toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad”.

En la Argentina estamos adheridos a la convención de las naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad en donde se las define como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Más específicamente en el contexto de la ley 22.431 una persona con discapacidad es aquella que “padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

Es de gran relevancia señalar un punto clave en las definiciones mencionadas y es que para que alguien sea considerado poseedor de una discapacidad, no basta con solo el diagnóstico de una enfermedad sino también que a base de alguna enfermedad se le sea imposible realizar Actividades de la Vida Diaria esperables para una persona sin ningún tipo de patología.

Un dato a destacar es que el instituto nacional de estadísticas y censos determinó que la prevalencia de discapacidad en personas mayores de 6 años es del 10,2% de la población total.

Capítulo 4: Certificación de Discapacidad y Condición de Salud

Como ya mencionamos anteriormente es la ANDIS la encargada de gestionar y certificar la discapacidad y otorgar el Certificado Único de Discapacidad (CUD), que es un documento válido en todo el territorio nacional y que le permiten al sujeto una serie de beneficios y facilidades para llevar adelante su vida diaria.

En nuestro país, se emplea el uso de una Junta Evaluadora Interdisciplinaria conformada por tres profesionales de la salud (Nahmod, 2019). La junta debe estar compuesta por al menos un médico y otros dos profesionales que pueden ser psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, etc. para poder tener una mirada interdisciplinaria e integral acerca del sujeto solicitante del CUD. Cualquier ciudadano o residente de nuestro país tiene derecho a solicitar la evaluación por parte de la junta para la certificación del CUD, que puede derivar en tres resultados, el otorgamiento del mismo, su denegatoria o dejarlo “pendiente”, que significa que el sujeto no cuenta con todos los documentos necesarios para la certificación del certificado. La evaluación por parte de los profesionales no va a estar enfocada en la enfermedad o el diagnóstico que el sujeto presente sino sobre su perfil de funcionamiento y su condición de salud.

La condición de salud de una persona es la combinación entre un tipo de deficiencia, enfermedad (aguda o crónica), patología, trastorno, traumatismo o lesión que pueda llegar a presentar y las secuelas que esta condición conlleva para su vida. Mientras que el perfil de funcionamiento describe la interacción entre funciones y estructuras corporales y actividad y participación teniendo en cuenta los factores ambientales (CIF-OMS, 2015). Es importante distinguir que existen diferentes tipos de deficiencias, definida como la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica, (CIF-OMS, 2001) que una persona puede presentar, estas son:

- **Deficiencia Mental:** Término global que hace referencia a las deficiencias en los procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso, y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como

parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas (CIF-OMS, 2015).

- **Deficiencia Intelectual:** Un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos.
- **Deficiencia Motora:** Hace referencia a la imposibilidad de llevar a cabo actividades cotidianas debido a una enfermedad o patología relacionadas a la capacidad física de origen motor del sujeto.
- **Deficiencia Visceral:** Deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinario que limitan la realización de tareas o acciones en un contexto normalizado.
- **Deficiencia sensorial:**
 - **Visual:** La Discapacidad visual está relacionada con una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver. La misma puede ser total o parcial.
 - **Auditiva:** Es la pérdida auditiva en mayor o menor grado, yendo desde la sordera profunda a la leve o moderada (hipoacusia).

Basándose en la condición de salud de cada sujeto, hay distintas áreas relacionadas a las capacidad y variables contextuales del sujeto que deben ser evaluadas para poder otorgar la certificación de discapacidad:

- **La limitación en la actividad** se refiere a “las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de las actividades” (OMS, 2001: 14).

- **La restricción en la participación** incluye “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales”; a su vez, es determinada por “la comparación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad” (OMS, 2001: 207).
- **Los factores contextuales** (entorno físico y social) son el medio en el que se desempeña el individuo; por ejemplo, en la comunidad, en la escuela, en el trabajo, entre otros, y en relación con pautas culturales conocidas y compartidas (OMS, 2001).

La evaluación por parte de la junta también tiene la función de evaluar el perfil de funcionamiento del sujeto, que se realiza siguiendo los estándares establecidos en la CIF (2005), y que requiere de una minuciosa tarea profesional debido a que el perfil de funcionamiento de cada persona es único, ya que hay una gran cantidad de variables que en él se juegan, por ejemplo, la patología que presentan, las secuelas que viven y los factores ambientales. La CIF remarca distintos componentes de la evaluación del perfil de funcionamiento de una persona, que deberán ser adaptados para la deficiencia y contexto de cada individuo.

Capítulo 5: Discapacidad Mental e Intelectual.

En primer lugar es importante señalar que discapacidad mental y discapacidad intelectual son conceptos cercanos pero fundamentalmente diferentes.

Al igual que con la discapacidad en general, nuestro país sigue estándares internacionales a la hora de definir la discapacidad mental y la intelectual, en este caso también recurrimos al CIF, que define a la discapacidad con deficiencia mental “como un término que engloba a las deficiencias de las funciones cognitivas y estructuras del sistema nervioso y las limitaciones que puede presentar una persona al realizar determinada tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas” (OMS, 2001). Mientras que el mismo organismo define a la deficiencia intelectual como “un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y se caracteriza por limitaciones

significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos”. La misma debe desarrollarse previo a los 18 años de edad y reemplaza el término de retraso mental.

Como se mencionó anteriormente, la sola presencia de una deficiencia no equivale a la existencia de una discapacidad, y para certificar la misma una Junta Evaluadora Interdisciplinaria también debe evaluar los comportamientos, habilidades y factores contextuales del sujeto.

Para la evaluación de ambas deficiencias se utilizan dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la ya mencionada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Es importante mencionar que junto con estas dos clasificaciones puede ser útil el uso del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IVTR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. La CIF (2015) aporta valores estándares como puntos de corte, junto con las formas de como evaluar el impacto que tienen sobre la vida diaria y la participación en la sociedad de las personas, para completar su perfil de funcionamiento.

La evaluación del perfil de funcionamiento del CIF es clave a la hora de realizar la evaluación y la misma puede dividirse en distintos campos.

- **Análisis de la funciones y estructuras corporales:** para la evaluación de deficiencia mental se contemplan 20 funciones cognitivas y 3 estructuras corporales, en donde se parte del valor normal esperable, de la línea de corte en donde ya se puede hablar de una alteración y de los instrumentos que se utilizan para evaluar la función específica. Las funciones: Conciencia, orientación, funciones intelectuales y psicosociales, de la personalidad, a la energía y los impulsos, del sueño, de la atención, la memoria, psicomotrices, emocionales, de la percepción, el pensamiento, las funciones cognitivas superiores, el lenguaje, las relacionadas con el cálculo, con el encadenamiento de movimientos complejos, con las experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo, Tics y manierismos y estereotipias y perseverancia motora. Junto con estas funciones también se analiza las estructuras del sistema nervioso y del cerebro. Mientras que para la de deficiencia intelectual se realiza una

evaluación del coeficiente intelectual utilizando las escalas de Wechsler y el punto de corte para confirmar la deficiencia es de un coeficiente intelectual menor a 70.

- **Actividad y Participación:** Hace referencia a las capacidades del sujeto de desplegarse y llevar a cabo actividades que sean acordes con su edad. Más específicamente se trata de la capacidad de la persona para llevar a cabo una vida autónoma en relación al entorno y las actividades de su propio cuidado personal, junto con la evaluación del deterioro de la capacidad educativa y laboral debido a la presencia de la discapacidad.
- **Factores Contextuales:** Se tienen en cuenta distintas variables del ambiente del sujeto a la hora de certificar la discapacidad, estos son: Productos y tecnología (medicación), entorno natural y cambios en el entorno (población y clima), apoyo y relaciones (familiares cercanos, amigos, cuidadores y personales de la salud) y servicios, sistemas y políticas (Políticas legales, seguridad social, servicios sanitarios, sistemas sanitarios, servicio de transporte).

Para poder acreditar la discapacidad con deficiencia mental o intelectual debe presentarse ante la junta evaluadora (SNR, 2015):

- Solicitud de evaluación de trastornos mentales y del comportamiento y/ o planilla de epilepsia (en el caso que la condición de salud sea una epilepsia), completa en su totalidad. Cabe aclarar que las mismas deberán ser firmadas por el médico y/o equipo tratante, con no más de 6 meses de vigencia y tendrán carácter de certificado médico.
- Certificado o resumen de historia clínica originales, expedidos por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE 10, especificando las secuelas y el estado actual, aclarando los antecedentes de la enfermedad, tiempo de y/ evolución, internaciones y los tratamientos clínicos y farmacológicos recibidos.

- Exámenes o informes complementarios acordes a la condición de salud (evaluación neurocognitiva, determinación del coeficiente intelectual, informe psicológico, informe escolar o de la psicopedagoga, imágenes de sistema nervioso central, dosaje de medicamentos, etc.).
- Dosaje en sangre de drogas antiepilépticas, sólo si ha recibido dos drogas en monoterapia sin control de las crisis (no más de 6 meses).

Si se evalúa que el niño presenta en relación a los niveles de funciones y estructuras corporales alteraciones de grado leve, presentando limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 75% de los ítems codificados, o si en esos mismos niveles presenta alteraciones de grado moderado a completo, presentando limitaciones en capacidad de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 50% de los ítems codificados se puede certificar la discapacidad(SNR, 2015).

Antecedentes.

Un estudio que utilizó la escala de estrés parental en forma abreviada (PSI-SF) en la Argentina fue el de Basa (2010) que consistió de un análisis descriptivo-comparativo entre los niveles de estrés parental de padres de niños típicos con los padres de niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista, con una muestra total de 72 sujetos que se dividen en 36 (23 madres y 13 padres) cuyos hijos son autistas, y 36 (23 madres y 13 padres) cuyos hijos no son autistas. Basa partió de la hipótesis de que las dificultades que conlleva criar un niño con autismo inciden en los niveles de estrés parental que presentan los padres por lo que estos niveles serán mayores en comparación con el estrés parental de los padres de niños no autistas. Su segunda hipótesis fue que las madres de hijos autistas presentan mayores niveles de estrés que los padres de los mismos debido al mayor nivel de contacto que experimentan con ellos. Los resultados arrojaron que existen diferencias significativas entre los niveles de estrés total de ambos grupos de padres, los padres de hijos con autismo presentaron niveles más altos de estrés total ($M=97,46$. $DT=15,8$) que los padres de hijos sin autismo ($M=76,61$. $DT=17,84$). Estos resultados se deben a profundas diferencias en los niveles de las subescalas. Por un lado los padres expresaron diferencias en las subescalas de Interacción disfuncional padres/hijos y Dificultad en la conducta del hijo, mientras que las diferencias entre las madres pudieron observarse en las tres subescalas. Por último no se obtuvieron diferencias significativas entre los niveles de estrés entre padres y madres de niños con autismo.

Otro estudio fue realizado en España por Díaz Herrero y colaboradores (2010) con el objetivo de validar el PSI-SF con población española y examinar sus propiedades psicométricas. Trabajaron con una muestra de 129 mujeres ($M= 31,48$ años; $DT= 4,17$) casadas que residían en España y que eran madres de niños de entre 10 y 39 meses de edad ($M= 26,2$; $DT= 5,45$). Sus resultados apoyaron la utilización del PSI-SF como instrumento para evaluar estrés parental, pero difirieron a la hora de establecer las dimensiones que lo componen, a diferencia del modelo de tres factores de Abidin, el análisis factorial de esta investigación identificó sólo 2 factores que explican la variabilidad de las respuestas, estos son *Estrés derivado del cuidado del niño*, relacionado con las características del niño que dificultan su crianza y tienen como consecuencia generar niveles elevados de estrés, y *Malestar Personal*, que se refiere a las características de los padres que ponen en peligro el

desempeño adecuado de su rol parental y promueven el estrés dentro del sistema familiar.

La conclusión de esta investigación es que el PSI-SF es un instrumento eficiente para evaluar el nivel de estrés parental debido a su rápida administración y validez empírica, y sugieren que dependiendo de cual de los factores del estrés parental se vea exacerbado, se debe recurrir a distintas intervenciones para los padres, en el caso de que se den puntajes elevados de Estrés derivado del Cuidado del Niño, podrían necesitar programas de entrenamiento y manejo de la conducta de su hijo para promover interacciones sensibles con sus hijos, mientras que en el caso de que lo que este elevado sea la subescala de malestar personal se podrían utilizar intervenciones más centradas al manejo del estrés en un contexto más amplio.

Javier Pérez Padilla junto con colaboradores (2010) realizó un estudio en donde se analizaron los niveles de estrés parental, los de competencias parentales y características específicas de la relación entre el sujeto y su trabajo en una población de 74 padres (26 padres y 48 madres; Edad $M= 31,48$ años), que contaban con un trabajo estable y con al menos un hijo de edad escolar. El objetivo de este estudio era evaluar las dimensiones relativas al contexto familiar y al área laboral, y examinar su contribución a los niveles de estrés parental, para ellos se empleó el uso del PSI-SF al igual que un instrumento que evaluará competencias parentales (PSOC, Johnston & Mash, 1989). En este trabajo se concluyó la existencia de correlaciones significativas entre las variables de estrés parental y las relacionadas a la relación con su trabajo. las personas que presentaban mayor nivel de estrés parental eran aquellas que le dedican menos horas a su trabajo, tenían más hijos, que percibían a su hijo como un menor problemático y estaban menos satisfechas en su rol como padres. También se encontraron correlación positivas entre la satisfacción parental que tendía a ser más alta en progenitores con mayor dedicación laboral y se relaciona negativamente con el comportamiento problemático del menor.

Por último es relevante destacar la recopilación hecha por Javier Pérez Padilla (2014) acerca de estudios que hayan empleado el uso del PSI-SF en los últimos 15 años y que nos permiten obtener una perspectiva sobre la validez y confianza con la que se emplea este instrumento. Estos estudios corresponden a diferentes poblaciones, normativas o con características particulares, realizados en múltiples países.

Estudio	Número de participantes	Tipo de muestra	Puntuación Total de Estrés Parental (PSI-SF)
Dumas, Nissley, Nordstrom, Smith, Prinz y Levine (2005)	106	Muestra normativa	70.42
Mazur (2006)	72	Muestra normativa	72.6
Putnick y colaboradores (2008)	226	Muestra normativa	Madres = 73.73 Padres = 72.77
Marcynyszyn y colaboradores (2011)	106	Progenitores usuarios de servicios protección social	100.6
Button, Pianta y Marvin (2001)	48	Progenitores de hijos con parálisis cerebral	81.95
Chacko y colaboradores (2008)	12	Progenitores de hijos con TDAH	109
Costa et al. (2006)	138	Progenitores de menores con problemas mentales	95.47
Jiménez y Zabala (2011)	124	Familia extensa acogedora en España y Chile	España = 66.8 Chile = 83.4
Hintermair (2006)	426	Progenitores de hijos sordos	Madres = 81.7 Padres = 78.1
Huebner (2002)	199	Progenitores con alto riesgo de infringir maltrato	77.14
Haskett, Ahern, Ward y Allaire (2006)	90	Progenitores maltratados físicamente en su infancia	83.90
Reitman, Currier y Stickle (2002)	192	Progenitores participantes en el programa <i>Head Start</i>	73.44
Anderson (2008)	824	Progenitores en alto riesgo psicosocial	87.26
Gwynne, Blick y Duffy (2009)	24	Progenitores en riesgo psicosocial	88.95

Estudio	Número de participantes	Tipo de muestra	Puntuación Total de Estrés Parental (PSI-SF)
Bagner y colaboradores (2009)	221	Progenitores con problemas de drogadicción	70.4
Huth-Bocks y Hughes (2008)	190	Progenitoras maltratadas por su pareja	82.95
Larson (2004)	187	Progenitoras adolescentes	76.77
Mackintosh, Myers y Kennon (2006)	25	Progenitoras encarceladas	82
McGlone, Santos, Kazama, Fong y Mueller (2002)	69	Progenitores de niños adoptados con dificultades	76.89
McPherson, Lewis, Lynn, Haskett y Behrend (2009)	80	Progenitoras maltratadoras	89.51
Nicholson, Anderson, Fox y Brenner (2002)	26	Progenitoras en alto riesgo psicosocial	92.64
Schaeffer, Alexander, Bethke y Kretz (2005)	765	Padres y madres militares con riesgo de maltrato al menor	Madres = 79.72 Padres = 79.46
Silovsky, Niec, Bard y Hecht (2007)	85	Progenitores de hijos con una conducta sexual problemática	76.5
Hurley, Griffith, Ingram, Bolivar, Mason y Trout (2012)	48	Progenitores en riesgo psicosocial	87.56
Bloomfield y Kendall (2012)	63	Progenitores en riesgo psicosocial	91.17
Tornello, Farr y Patterson (2011)	230	Padres adoptivos homosexuales	72.71
Lanier, Khol, Benz, Swinger y Drake (2014)	120	Progenitores con alto riesgo de maltrato	98.41
Gray, Edwards, O'Callaghan, Cuskelly y Gibbons (2013)	101	Madres de bebés prematuros	70.28
De Panfilis y Dubowitz (2005)	119	Progenitores en riesgo psicosocial	93.3

Es importante destacar que en aquellos estudios donde se evaluaron poblaciones con hijos que presentaban alguna forma de discapacidad mental (Chacko, 2008; Costa, 2006) las puntuaciones medias de estrés parental han sido muy elevadas, lo que daría sustento a nuestra hipótesis.

Planteamiento del Problema y Pregunta de investigación:

El estrés es un fenómeno de carácter inevitable en nuestras vidas y una de las situaciones que más frecuentemente puede generar estrés es el de la crianza de un hijo, en este proceso podemos encontrar todo tipo de desafíos para el cual las personas no están preparadas, que es algo que debido al crecimiento de los hijos se renueva constantemente, nosotros consideramos que la crianza de un hijo que presenta alguna patología que podría derivar en un diagnóstico de discapacidad mental o intelectual conlleva un nivel incluso más alto de estrés ya que a diferencia de la crianza de un hijo sin deficiencias, estos padres se enfrentan a problemáticas únicas a su situación, como lo la necesidad constante de un control médico y la posibilidad de medicación, el tener que lidiar con los organismos pertinentes para asegurarse de que cuente con los beneficios y facilidades que le corresponden y necesita (obra social, prepaga, organismos estatales) y quizás lo más relevante en muchos casos, la perspectiva de que su hijo pueda nunca alcanzar un nivel de autonomía en donde no dependa de ellos para subsistir. Debido a estas cuestiones nos parece relevante indagar acerca de las características específicas del estrés parental en esta población, por lo que la pregunta de investigación que guía este estudio es:

¿Como son las características y niveles de estrés parental en padres de niños con una patología que podría derivar en una discapacidad intelectual o mental?

Objetivos.

- **General:** Determinar los niveles, tipos y características del estrés parental en padres de niños con una patología que podría derivar en una discapacidad intelectual o mental.
- **Específicos:**
 - Indagar acerca de la relación entre las dimensiones del estrés parental y características sociodemográficas como la diferencia de edad entre padre e hijo, el género de ambos, el nivel de educación de los padres y su estado civil.

Método.

Diseño:

Esta investigación consistió de una metodología:

- No experimental: Debido a que en esta investigación no se manipularon las variables evaluadas y la toma de datos no se realizó en un ambiente controlado

- Cuantitativa: ya que para la recolección de datos se realizó mediante una medición de variables previamente definidas utilizando un instrumento válido y confiable, con el objetivo de un análisis estadístico y así poder realizar generalizaciones y establecer relaciones
- Descriptiva: Porque tiene como objetivo el poder describir el fenómeno estudiado, en este caso el estrés parental en una muestra específica.
- De corte transversal: Hace referencia a que la recolección de datos se dio en una oportunidad en un momento específico y no a lo largo del tiempo.

Muestra:

La muestra con la que se trabajo consta de 30 adultos ($M=45,60$. $DT=7,18$) de entre 33 y 61 años que son padres de niños o adolescentes que presentan algún tipo de patología que podría derivar en la certificación de una discapacidad mental o intelectual.

Técnica de Recolección de Datos:

Escala de estrés parental forma abreviada (PSI-SF)

Esta escala fue creada por Richard Abidin (1990) consiste en 36 ítems que evalúan tres subescalas que tienen como objetivo medir el origen y la magnitud de el estrés que el sujeto presenta en relación a la actividad de crianza. Estas son “Malestar Paterno”, “Interacción Disfuncional Padres-Hijo” y “niño Difícil”. Tiene un patrón de respuesta tipo Likert que consiste en: (1)“totalmente de acuerdo”, (2)“de acuerdo”, (3)“no estoy seguro”, (4)“en desacuerdo” y (5)“totalmente en desacuerdo”, a partir de las cuales 1 significa que la persona esta conforme con la situación, y 5 que esta muy disconforme, es decir, cuanto mas alta es la puntuación, más altos son los niveles de estrés experimentados por la persona en relación a la paternidad. La suma de las puntuaciones de todos los ítems nos indica el grado de estrés parental total que el sujeto experimenta y es importante destacar que tanto para Abidin (1995) como para la versión en español un puntaje superior a 90 representa un nivel de estrés clínicamente significativo (Pozo, 2006). El cuestionario puede ser autoaplicado y su administración generalmente tarda menos de 15 minutos.

Procedimiento de la recolección de datos:

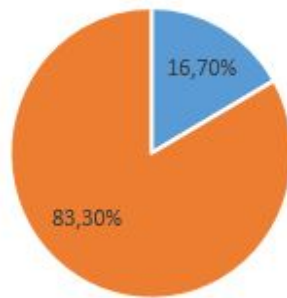
Se realizó un llamado por redes sociales para poder contactar a personas que fueran padres de un niño con patología y estuvieran dispuestas a participar en esta investigación. Luego del contacto se les explicó que el estudio era completamente anónimo y voluntario, y de ahí se procedió a explicarles que tenían que responder focalizándose en ellos mismos y en las conductas que sus hijos expresan. Este procedimiento se repitió con todos los sujetos evaluados.

Resultados**Análisis de los datos:**

A la hora de analizar los datos, se tomó toda la información recabada mediante las encuestas administradas y utilizando el programa SPSS, se calcularon los siguientes resultados.

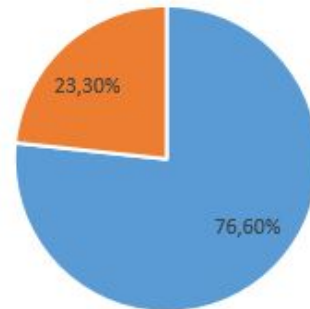
En primer lugar se analizaron las frecuencias de las variables sociodemográficas para poder comprender mejor a la población

Division demografica de la poblacion segun sexo



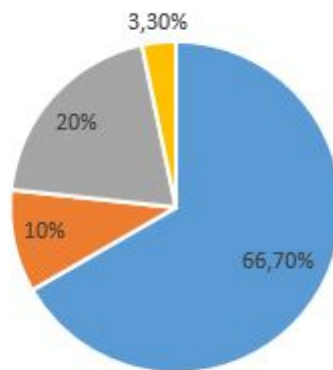
■ Hombres ■ Mujeres

Sexo del Hijo



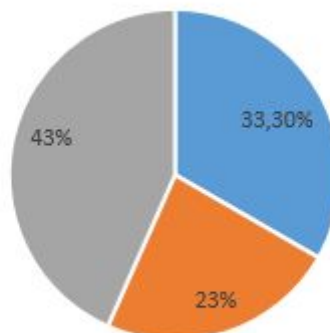
■ Hombre ■ Mujer

Estado Civil



■ Casado ■ Soletro ■ Divorciado ■ Convivencia/Concubinato

Estudios Alcanzados



■ Primario Completo ■ Secundario Completo ■ Terciario Completo



Luego de esto se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables relevantes de los sujetos (Tabla 1),

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EDAD	30	33	61	45,60	7,185
Malestar Personal	30	2,50	4,58	3,5361	,50556
Interacciones Disfuncionales	30	2,33	4,17	3,2722	,45059
Niño Dificil	30	1,92	4,08	3,1167	,49933
Diferencia de Edad	30	18	44	31,67	6,551
Estres Total	30	81	153	119,10	14,634
Valid N (listwise)	30				

Tabla 1

La mayoría de los participantes eran madres (Edad; M=45,60) actualmente casadas o en pareja, con diferentes niveles de estudio con hijos que presentan un diagnóstico de autismo.

El mayor dato a destacar es el puntaje del estrés parental total encontrado en todos los participantes, 29 de los 30 sujetos registraron un puntaje total por encima de 90 y solo 2 no obtuvieron uno mayor a 100. Abidin sostiene que un puntaje mayor a 90 es un indicador de niveles de estrés clínicamente significativos, por lo que los resultados encontrados nos permiten inferir que los padres de niños que presentan discapacidad mental sufren niveles de estrés lo suficientemente altos como para llegar a generar trastornos.

Y por último se llevó a cabo un cálculo de correlación de Pearson entre las variables válidas.

		Correlations						
		EDAD	Edad del Hijo	Malestar Personal	Interacciones Disfuncionales	Niño Dificil	Diferencia de Edad	Estres Total
EDAD	Pearson Correlation	1	,445*	-,141	-,492**	,098	,796**	-,200
	Sig. (2-tailed)		,014	,456	,006	,605	,000	,289
	N	30	30	30	30	30	30	30
Edad del Hijo	Pearson Correlation	,445*	1	-,400*	-,511**	-,174	-,188	-,426*
	Sig. (2-tailed)	,014		,028	,004	,357	,319	,019
	N	30	30	30	30	30	30	30
Malestar Personal	Pearson Correlation	-,141	-,400*	1	,697**	,517**	,116	,884**
	Sig. (2-tailed)	,456	,028		,000	,003	,543	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Interacciones Disfuncionales	Pearson Correlation	-,492**	-,511**	,697**	1	,446*	-,193	,841**
	Sig. (2-tailed)	,006	,004	,000		,014	,307	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Niño Dificil	Pearson Correlation	,098	-,174	,517**	,446*	1	,226	,788**
	Sig. (2-tailed)	,605	,357	,003	,014		,230	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
Diferencia de Edad	Pearson Correlation	,796**	-,188	,116	-,193	,226	1	,069
	Sig. (2-tailed)	,000	,319	,543	,307	,230		,717
	N	30	30	30	30	30	30	30
Estres Total	Pearson Correlation	-,200	-,426*	,884**	,841**	,788**	,069	1
	Sig. (2-tailed)	,289	,019	,000	,000	,000	,717	
	N	30	30	30	30	30	30	30

Tabla 2

Como puede observarse se encontraron correlaciones muy significativas entre las dimensiones de la escala y el puntaje de estrés total alcanzado. También se pudo establecer una relación negativa muy significativa entre las variables de edad del hijo y la de estrés total en los padres, esto nos indica que mientras mayor sea el hijo con discapacidad, menor va a ser el nivel de estrés que presentan los padres (tabla 3). Por último también se encontraron relaciones negativas muy significativas entre la dimensión específica de interacciones disfuncionales en contraste con la edad, tanto de los padres como de los hijos, lo que señala que el nivel de interacciones disfuncionales se va reduciendo a medida que pasa el tiempo y ambos sujetos crecen juntos. Es relevante señalar que esta es la única dimensión que se ve reducida con la edad y que no se encontraron relaciones significativas entre las variables demográficas y las otras dos dimensiones (malestar personal y niños difícil)

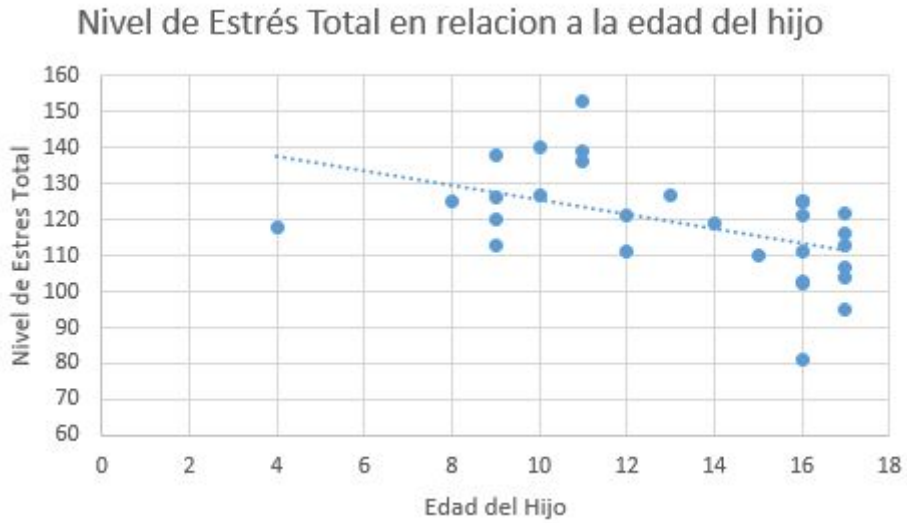


Tabla 3

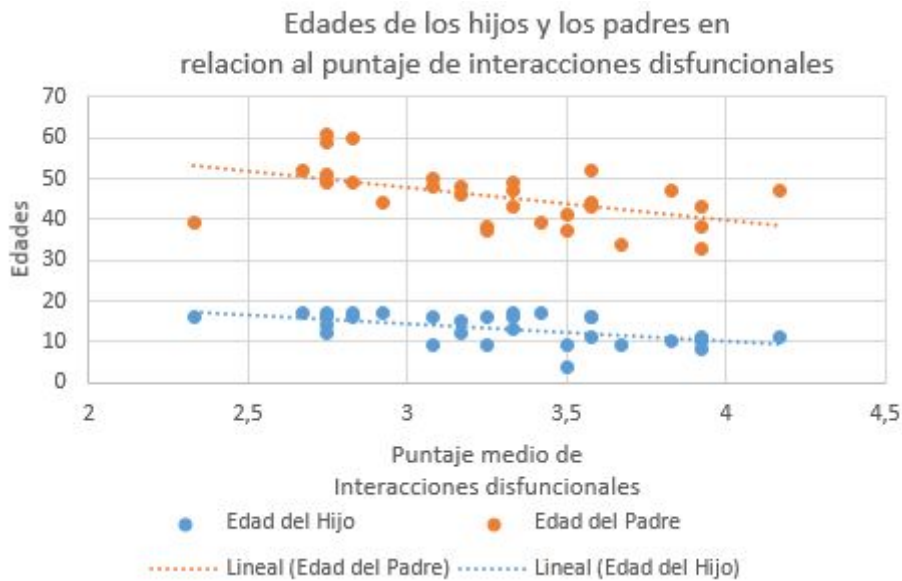


Tabla 4

Por último, no se encontraron relaciones significativas entre el resto de las variables sociodemográficas y las dimensiones que consisten el estrés parental.

Discusión

El presente estudio nos da a entender que los padres con niños con una patología que podría llevar a la certificación de discapacidad mental o intelectual sufren de altos niveles de estrés, casi todos los resultados totales superan el punto de corte para un estrés clínicamente significativo, aunque es importante destacar la muestra limitada con la que se trabajó en el

estudio, la poca cantidad de padres que participaron en el estudio hizo que no se pudiera realizar una comparación estadística del estrés parental en relación con las madres. También podemos decir que la edad de los hijos y el tiempo de crianza parece ser un determinante importante a la hora de reducir estos niveles, especialmente en lo que refiere a la presencia de interacciones disfuncionales entre ambos. Estos resultados indican que a la hora de tratar clínicamente con un padre que tiene un hijo con una patología se debe hacer énfasis en el estrés que la crianza de su hijo le conlleva. Los resultados de esta investigación concuerdan con los alcanzados en otras investigaciones que evalúan el estrés parental en padres con niños con discapacidad mental (Chacko, 2008; Costa, 2006), por lo que podemos decir que nuestra hipótesis de que los padres que tienen un hijo con este tipo de deficiencia sufren de elevados niveles de estrés queda confirmada.

Bibliografía:

- Abidin, R.R. (1983). *The Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual (3rd ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Aber, J. L., Jones, S. y Cohen, J. (2000). The impact of poverty on the mental health and development of very young children. En C. H. Zeanah (Ed.) *Handbook of infant mental health (2ª ed.)* (pp. 113-128). New York, NY: Guilford Press.
- Abidin, R. R. (1990). The stresses of parenting. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 19, 297-400.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual (3rd ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57, 340.
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Miller-Loncar, C., LaGasse, L. L., Lester, B. M., Liu, J., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. y Das, A. (2009). The effect of parenting stress on child behavior problems in high-risk children with prenatal drug exposure. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 73-84.
- Basa, J. A. (2010). *Estrés parental con hijos autistas : un estudio comparativo*. Argentina: Buenos Aires.
- Bloomfield, L. y Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research and Development*, 13, 364.
- Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. (2001) Organización Mundial de la Salud ed. Madrid: España.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006).

- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K. y Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 113-122.
- De Panfilis, D. y Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 108-123.
- Deater-Deckard, K. (1996). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-327.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A. G., López-Pina, J. A., Pérez-López, J. y Martínez Fuentes, M. T. (2010). *Psicothema*, 22, 1033-1038.
- Díaz-Herrero, A., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., Brito de la Nuez, A. G. y Martínez Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 990-997.
- Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J. y Levine, D. W. (2005). Home Chaos: Sociodemographic, parenting, interactional, and child correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 93-104.
- Gwynne, K., Blick, B. A. y Duffy, G. M. (2009). Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45, 118- 124.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S. y Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 302-312.
- Huth-Bocks, A. C. y Hughes, H. M. (2008). Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 243-251.
- Hurley, K. D., Griffith, A., Ingram, S., Bolivar, C., Mason, W. A. y Trout, A. (2012). An approach to examining the proximal and intermediate outcomes of an intensive family preservation program. *Journal of Child and Family Studies*, 21(6), 1003- 1017.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018. Argentina: Buenos Aires.
- Johnston, C. y Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 18(2), 167-175.

- Lanier, P., Kohl, P. L., Benz, J., Swinger, D. y Drake, B. (2014). Preventing maltreatment with a community-based implementation of parent-child interaction therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 449-460.
- Larson, N. C. (2004). Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 457-476.
- Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas.
- Ley 26.378. Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Mackintosh, V. H., Myers, B. J. y Kennon, S. S. (2006). Children of incarcerated mothers and their caregivers: Factors affecting the quality of their relationship. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 579-594.
- Marcynyszyn, L. A., Maher, E. J. y Corwin, T. W. (2011). Getting with the (evidence based) program: An evaluation of the Incredible Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 747-757.
- McKelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Faldowski, R. A., Shears, J., Ayoub, C. y Hart, A. D. (2009). Validity of the short form of the parenting stress index for fathers of toddlers. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 102-111.
- Nahmod, G., (2019). *“Acerca del otorgamiento de un certificado de discapacidad a partir de un fallo judicial”*. VII Jornadas Nacionales de Discapacidad y Derechos. Córdoba
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - Artículo 1. Propósito. Pág. 4. España.
- Pérez, J., (2014). El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial . Universidad de Huelva. España: Huelva.
- Pérez, J., Lorence, B. y Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1), 47-57.
- Pozo, C., (2010). ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA EN MADRES Y PADRES DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: UN ESTUDIO MULTIDIMENSIONAL. España: Madrid.
- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. y Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 752-762.

- Reitman, D., Currier, R. O. y Stickle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 384-392.
- Selye H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye H. (1976). *The stress of my life. A scientist's memoirs*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Schaeffer, C. M., Alexander, P. C., Bethke, K. y Kretz, L. S. (2005). Predictors of child abuse potential among military parents: Comparing mothers and fathers. *Journal of Family Violence*, 20, 123-129.
- Tornello, S. L., Farr, R. H. y Patterson, C. J. (2011). Predictors of parenting stress among gay adoptive fathers in the United States. *Journal of Family Psychology*, 25, 591- 600.
- Kertész, R. (2011). *El manejo del estrés psicosocial*. Editorial: UFLO. Argentina: Buenos Aires.
- Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., McKelvey, L., Faldowski, R. A., Hart, A. y Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a Short Form of the Parenting Stress Index. *Parenting: Science and Practice*, 7, 27-56.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.