

Camino del desarrollo psico-social del deficiente mental y el minusválido.

La familia y la sociedad.

Lic. Yanitza Xenos Abreu¹.

Resumen

Se revisó la bibliografía relacionada con el tema de las personas con retraso mental (RM) y minusválidas (MV), con el objetivo de realizar consideraciones éticas en las primeras etapas del desarrollo de la vida de las personas con estas afectaciones. Se consideró que la incorporación sociocultural plena de los deficientes, según sus posibilidades y objetivos vencidos durante los años transcurridos en una escuela especial o institución de salud, no se cumple con frecuencia, al quedar fuera del programa de atención cuando termina la etapa escolar. A pesar de ello, se concluye que un buen tratamiento por parte del medio familiar, permite que el comportamiento social de estas personas esté dentro de las normas de la convivencia social, por lo que debe favorecerse cualquier empeño educativo en este sentido, como el Programa de Síndrome de Down.

Palabras claves: *Retraso mental (RM); cociente de inteligencia (CI); minusválido (MV).*

Introducción

La atención a la diversidad de los niños, adolescente y jóvenes en el contexto educativo, alcanza cada vez mayor connotación y actualidad, pero esta afirmación es contradictoria con la realidad que muestran muchos de los centros de educación especial, la cual no es más que el conjunto de actividades encaminadas según las necesidades específicas de cada uno de los educandos.

En la Antigüedad, las personas con retraso mental (RM) eran considerados por algunas culturas como criaturas de Dios; en otras, criaturas del diablo; en todo caso, seres que hay que aislar de los sanos. Posteriormente, en la Edad Media, fueron utilizados como bufones de los señores. Los comienzos del siglo XVI marcaron el inicio de posiciones humanistas, que influyeron en las ciencias médicas y pedagógicas. En Inglaterra se abrieron los primeros hospitales para enfermos mentales entre 1592 y 1670.

En la Época Moderna se produjo la primera Revolución Industrial (siglo XVIII) y con ella tuvo lugar un verdadero cambio en el trato a los RM. En esta etapa se estudiaron y clasificaron las deficiencias, se crearon

métodos y equipos para su atención y surgió la Pedagogía Terapéutica, entre otros hechos (1).

Posteriormente, en la Etapa Contemporánea, se lograron importantes avances en la actitud hacia estas personas, con la obligatoriedad y la expansión de la escolarización elemental, destacándose una significativa cantidad de alumnos con dificultades para seguir el ritmo de la clase. Surgió la Pedagogía Diferencial y con ella se introdujo el concepto de necesidades educativas especiales (NEE), que se universalizó en la Conferencia Mundial de la UNESCO en Salamanca, en 1994.

Aunque el objetivo de la educación especial desde sus inicios, como premisa fundamental, es preparar al RM y al minusválido (MV) para su desarrollo en el medio social según sus posibilidades, es frecuente en nuestros días que, cuando pierde su protección educativa, no encuentre nuevas vías para continuar el proceso de incorporación a la vida social (2). Al mismo tiempo, lo anteriormente expresado contribuye a que tenga lugar un envejecimiento acelerado del RM y MV, al no poder evitar la presencia de patrones anormales en sus vidas de forma general. A pesar de esto, se conoce que el envejecimiento del RM es natural, equiparable al de las personas que son consideradas normales, por lo que este ocurre de forma patológica (Demencia de tipo Alzheimer), pudiendo retardarse su aparición si se presentaran programas laborales que permitieran cuidar factores sanitarios, genéticos y sociales para garantizar un envejecimiento exitoso en adultos con RM y MV (3) (4). Con la ausencia de estos programas, se ha creado una nueva situación en su vida y sufrimiento en los familiares y personas más cercanas a él, pues se les obliga de manera inconsciente, por las condiciones reales de su entorno social, a desarrollar su vida dentro de un modelo sociobiológico dentro del cual se frena su desarrollo y él mismo debe adaptarse a un nuevo ecosistema creado por sus propios medios, según sus posibilidades, que no lo ayudarán a adquirir un desarrollo social adecuado (5). Es decir, el RM o MV se creará un nuevo ecosistema equilibrado e íntegro, cuyo centro serán ellos mismos, pero no así con el medio que les rodea, por lo que está implícito un reduccionismo y un relativismo en su vida. Esto puede variar si existe un

medio familiar favorable desde el punto de vista afectivo y socio-económico.

En nuestro planeta hay unos quinientos millones de hombres, mujeres y niños con deficiencias físicas o mentales y el 85% de ellos vive al borde peligroso de la vida en los países en vías de desarrollo. Si siguen las actuales tendencias, en otros veinticinco años, el género humano contará con otros doscientos millones de personas minusválidas. Si se toma en consideración a sus familias, se puede afirmar que más de mil millones de seres humanos están involucrados en este problema (6).

Desde el punto de vista del Magisterio de la Iglesia Universal, todos somos iguales a los ojos de Dios. Pero la gran pregunta es: ¿De qué modo quinientos millones de personas minusválidas entran, no sólo en la casa de Dios, sino también en los corazones de los demás? Por su interés, hay que reconocer que sigue habiendo una gran necesidad de caridad mundial. Muchas de estas personas aún deben ser ayudadas a adueñarse de una vida mejor a través de la gracia de Dios y la generosidad del género humano.

Desarrollo

El concepto general de niño MV comprende un número de situaciones de vida completamente diferentes. Existen diversos tipos de diferencias innatas y adquiridas y no todas dejan a una persona completamente privada de esperanza. Además, aparecen en diferentes países y en momentos diversos varias enfermedades, de manera que un análisis de la situación de un minusválido debe tener en cuenta circunstancias sociales y culturales en las que la persona vive. Se refiere a personas con diferente grado de incapacidad física y en algunos casos acompañados de diferentes grados de RM (7).

Una enfermedad infecciosa sintomática induce una deficiencia transitoria o permanente. La muerte es la minoración terminal. La aparición de deficiencias debidas a enfermedades infecciosas refleja las complejas interacciones de los elementos de la clásica tríada epidemiológica, es decir, *la especie humana*, que rápidamente aumenta de número; *el agente patógeno*, que incluye todo el espectro de virus, bacterias, protozoos, helmintos, hongos, entidades que pueden ser genéticamente inestables; y *el ambiente*, nuestra astronave terrestre que se degrada progresivamente. Cada elemento de la tríada se está modificando con un consiguiente y continuo surgir de nuevos problemas. Las nuevas adquisiciones renuevan consecuencias deletéreas, antes desconocidas, de viejos problemas (8).

Muchas veces, el niño precisa de cuidados especiales inmediatos y se traslada rápidamente sin ser visto por la madre: este es el primer error que ocurre en el proceso. Es importante que al producirse el nacimiento, la madre vea a su hijo y esté con él inmediatamente, ya que se establece un primer contacto afectivo que es necesario para la posterior socialización del bebé y para su comuni-

En Cuba existe una legislación relacionada con empleo, educación, seguridad social, salud y accesibilidad, en las cuales se recogen los derechos y beneficios de las personas RM y MV.

En la década de los años 90, se creó un grupo de trabajo multifactorial denominado Consejo Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad (CONAPED).

En el año 2003 se concluyeron dos estudios (Psicosocial de las personas con Discapacidad y psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con RM) que abarcan el universo de 366.864 personas con dificultades físico-motoras, visuales, mixtas e intelectuales, en todo el país.

Además de permitir la caracterización de la población con discapacidad, la investigación contribuyó a identificar las necesidades individuales, propiciar las estrategias para seleccionarlasy elevar la calidad de vida de estas personas.

Sin embargo, las instituciones encaminadas a la integración del RM y MV, aún no satisfacen las necesidades de todos los que necesitan de los programas.

cación con la madre. Muchas veces la noticia se le informa al padre, el cual la vive de forma incompleta y errónea, no se les da tiempo para asimilarla ni se apoya al padre en ese momento y este sería un segundo error (9).

Cuando el padre se lo informa a la madre comienza un largo proceso de adaptación, y los invade una sensación de soledad, desorientación y amargura. En este momento se pierde la comunicación de la pareja y se busca una culpabilidad. ¿Quién es el culpable? ¿Cuál es la causa?

Al mismo tiempo, la madre tiene un sentimiento de invalidez muy típico en madres primerizas. Si al nacer el niño hay otros hermanos, es importante desde el primer día comentarlo con los demás hijos; lo principal para este bebé es un ambiente familiar equilibrado, el amor y la comprensión entre los padres.

En este momento comienza una nueva etapa de agresividad, tristeza e ira; son sentimientos que se desarrollan frente al equipo médico, frente a la familia en ciertas ocasiones, por poca ayuda o cercanía en un inicio; frente a la sociedad, por no disponer de recursos suficientes. A veces, en familias creyentes, hay una ira contra Dios y un abandono de las prácticas religiosas; en otros casos, este sentimiento religioso se afianza, circunstancia que puede ayudar mucho en este momento.

A lo largo del primer año se debe reorganizar la vida de la familia para buscar el apoyo y el asesoramiento; lo fundamental es que comprendan que, en el niño muy pequeño, lo que más va a influir y ayudar es el ambiente familiar equilibrado, unos padres que le entiendan y lo amen. Es preciso devolver la confianza a esa madre en sus posibilidades de sacar adelante al niño, convencerla que no tiene que presentarlo en dos y tres centros al mismo tiempo para que se lo arreglen. Los padres deben



encarar la responsabilidad de los problemas de su hijo, apartar su propio sentimiento de culpabilidad y apoyarse mutuamente en la tarea (10). Hay momentos importantes que amenazan con desorganizar el equilibrio de los padres. La búsqueda de la institución o círculo especializado es un buen ejemplo:

- ♦ Hay pocos y alejados del hogar.
- ♦ No hay plaza para su grado de RM.
- ♦ Espere, que se le llamará.
- ♦ Por el momento, le enviaremos una trabajadora social.
- ♦ La logopeda está de licencia y no hay sustituta.
- ♦ Debes ir a fisioterapia (sólo en la mañana; es cuando están la pediatra y los defectólogos).

En este momento son muchas las situaciones que amenazan con desorganizar el equilibrio familiar que se quiere alcanzar (suponiendo que hablamos de padres con interés ante la situación del hijo RM y MV) (11)

Habilidades sociales y hábitos de la vida diaria:

Un tópico habitual al hablar de las personas con deficiencia mental es decir que son muy sociables y cariñosas; sin embargo, la realidad demuestra que no siempre es así y que con cierta frecuencia se observa dificultad para adquirir habilidades para desenvolverse en el medio social. Una de las ideas encaminadas a resolver esta situación, ha sido la integración escolar, que debía facilitar la socialización de los niños; pero esto tampoco puede considerarse una regla fija: a menudo la interacción tropieza con dificultades que indican la necesidad de establecer adecuados programas de intervención que preparen al niño con RM o MV para moverse en un contexto social cada vez más amplio y complejo y que contemple aspectos fundamentales para una buena aceptación por parte de los demás (12). Limitarse a la actitud de contemplación, puede llevar al niño a actuar por simple imitación, sin interiorización de las reglas establecidas y sin canalizar adecuadamente sus impulsos. Además de la atención temprana, es importante la sistematicidad de las actividades: el niño debe continuar la formación cultural, académica y laboral, adecuada a sus posibilidades, hasta alcanzar la edad adulta, de modo que no se interrumpa en el momento en que comienza a desarrollar capacidades más complejas. En este caso, siempre debe tenerse presente

que hay que conocer y respetar las individualidades de cada persona (13).

La intervención familiar

Cada familia es única y, por lo tanto, su funcionamiento como tal también lo es; no existe ni puede existir un criterio absoluto sobre el sistema familiar perfecto. Pero, si es obvio que todas las familias experimentan cambios cuando sus miembros nacen, crecen, se van de la casa, contraen matrimonio, se jubilan o mueren, más aun será así cuando aparece un hijo con necesidades especiales. En este último caso la vida familiar suele experimentar cambios muy profundos, que pueden llevar a su desorganización.

A lo largo de los años, se ha hecho muy evidente la necesidad de apoyar a la familia que tiene un miembro con RM o MV. Todas las que se encuentran en este caso requieren ayuda, la cual va evolucionando a medida que transcurren las etapas por las que pasa el hijo con RM o MV (preescolar, escolar, adolescencia y juventud)

Para ofrecer esta ayuda de manera eficiente, es imprescindible evaluar de la forma más completa posible las necesidades de esa familia específica, así como sus aptitudes para la adaptación a esta situación. La dificultad para ello estriba en el hecho ya mencionado de que cada una de ellas es única; pero además, existen lagunas en la formación del personal profesional que trabaja con los deficientes, así como también es cierto -y sucede con cierta frecuencia- que la familia rechaza el programa que se le propone o el apoyo que se le ofrece. Es extremadamente difícil dar con una receta para aplicación general; pero está comprobado por la práctica que las observaciones hechas directamente en el hogar son insustituibles para una correcta identificación del estilo de funcionamiento (14).

Posible respuesta a la situación:

Lo más común en nuestro medio es cruzar los brazos y esperar un médico de la familia que visita el hogar, el cual trata de buscar soluciones y encuentra todo lo expuesto anteriormente o una madre que no tiene definida su situación.

Pasados los primeros 5 años de vida del RM y/o MV, llega la hora de una Escuela Especial o traslado al hogar de atención especial. En Cuba se trata de lograr la integración en escuelas de enseñanza general; muchos casos logran sus objetivos, pero en la mayoría se pierden estos y se desarrolla un desequilibrio psíquico y docente del menor, que desencadena agresividad, trastornos de conducta y, en numerosas ocasiones, son abandonados pedagógicamente por el personal docente, con afectación notable de lo ya vencido por el RM. Es típico encontrar casos de padres que nunca preguntan cuál es la situación real del niño frente al resto del colectivo. Pero al mismo tiempo encontramos el padre con actitud de sobre exigencia, que no tiene en cuenta la realidad en que vive y logra que el niño pierda la confianza en sí mismo y su autoestima; en este caso el padre demuestra ocultar una negación de la realidad de la deficiencia

mental de su hijo y una falta de aceptación del problema, olvidando que lo más importante es lograr la aceptación escolar y la integración con sus semejantes, con independencia del nivel que sea capaz de lograr.

Pocas veces encuentran las familias el personal docente adecuado que la oriente y pida hacer pruebas que demuestren las capacidades reales del niño, que den una posibilidad de crear experiencias creativas y enriquecedoras, teniendo como base los niveles de ayuda necesarios en el vencimiento de las tareas.

Ante toda esta situación, se puede encontrar respuestas afectivas diferentes (9):

La actitud de huida. Padres que no hablaron de sus sentimientos al principio, ni pudieron elaborar el duelo del niño perfecto que no llegó, se fueron aislando poco a poco de su familia, amigos y de su entorno social. Abandonaron sus diversiones, se fueron haciendo retraídos y suspicaces. Odian la deficiencia mental en todas sus manifestaciones. La madre no se puede separar del niño, lo visita a toda hora, si es que lo ha llevado a una escuela o institución. Se desarrollan sentimientos muy ambivalentes de amor y odio, de vida-muerte. Son excesivos ante cualquier enfermedad del niño.

La actitud de sobre-protección. El niño pasa a ocupar un lugar de privilegio en la familia. Es el rey de la casa. A los demás hijos se les educa, a él no: se le permite todo tipo de exigencias, la madre se convierte en su esclava. No se le enseña autonomía. Solo se dice: *pobrecito, quiero que sea feliz*. Según los pedagogos es el niño más infeliz.

La actitud sacrificada. La madre que abandona su papel de esposa y madre de otros hijos y consagra todos los minutos de su vida a ayudarlo. Se pone a la tarea con alegría muchas veces y puede ser una buena estimuladora, pero falta el equilibrio en sus sentimientos y en su personalidad, desencadena un sentimiento profundo de desvalorización y falta de seguridad en si misma. En cuanto al niño, pasa a ocupar el lugar de un objeto: el objeto de mamá, se le cosifica.

El RM y MV apéndice de la madre. En estas madres hay un gran narcisismo. El hijo se vive como extensión de si misma. Se establece entre madre-hijo una simbiosis en la que, por supuesto, se excluye al padre. Es típico de parejas con problemas afectivos.

Lograr una ubicación correcta del RM y MV, hoy en nuestro medio se hace difícil, tanto desde la docencia como en una institución.

Todas estas dificultades, han desencadenado un desequilibrio en el vínculo hogar-escuela e institución, por lo que se pierde la escuela de padres, tan importante para ayudar a afrontar y superar la actitud familiar, en las cuales se planteaban ideas que ayudaban a crear un clima enriquecedor tanto para el niño, como para la familia. En ellas, cada padre habla de sus propios sentimientos: tristeza, preocupación, desconcierto... de forma clara, sin disfrazarlos ni taparlo; esto ayuda para poder hablar de su hijo en otros medios (laboral, grupo de amigos y la propia sociedad).

Escuchar, observar, conocer y comprender al niño es primordial y para ello se recomienda:

-Considerar al niño como un ser autónomo y con su propia identidad. No introducirlo dentro de la etiqueta del diagnóstico. Aprender a escuchar su conducta, a leer sus sentimientos, objetivamente y desde fuera, sin que las emociones nos perturben.

-Tener en cuenta lo que puede realizar y hacer esfuerzos constructivos para ayudarlo, no sólo en las actividades académicas y aprendizajes, sino además en el comportamiento social.

-Atender a sus necesidades especiales: la diferencia entre sobreprotegerlo y atender esas necesidades sería: "Quiero ayudarlo a lo que quiera y necesite, pero no aferrarme a él"

-Cuidar su ocio y sus amistades de una manera activa, ayudarlo a tener un tiempo libre en el que disfrute.

-No tener miedo a que sufran: esto entrañaría una sobreprotección. Ayudarlos en su dolor y en sus frustraciones, darles una mano para que se sobrepongan, ya que de esta manera madurarán. Si les evitamos el dolor, serán siempre niños desvalidos.

-No temer a su vida adulta, ni a su madurez, ni a su vida afectiva y sexual, ya que, si nos da miedo, de manera inconsciente la coartaremos, no les permitiremos conocer sus necesidades.

Es poco común encontrar el medio familiar que resuelve de esta manera la dura tarea de integrar a un RM y/o MV mas, cuando esto sucede, los padres tienen actitudes maduras y son capaces de incorporar no solo a su hijo con éxito, sino también a sus semejantes, desarrollando actividades creativas (15); adquieren una imagen positiva de sí mismos, se sienten orgullosos de la tarea emprendida y del trabajo realizado con su hijo, siguen teniendo una vida personal y familiar satisfactoria y disfrutan de ella.

La adolescencia en RM y /o MV, es una etapa tan difícil como en adolescentes normales, pero para ellos se hace más dura, pues aparecen conductas afectivas sin explicaciones adecuadas, porque la familia prefiere no enfrentarlas y el centro educacional se lo deja a ella (14). Al mismo tiempo, llega el difícil momento del cambio de escolarización, siendo esta la etapa que coincide con la pérdida del RM y /o MV del sistema educacional, en nuestro país. Lo ideal sería disponer de varias alternativas y que el sistema fuese flexible, de modo que el niño pueda pasar de un régimen a otro en caso necesario. Conviene tener claro que la escolarización no es un fin, sino un medio para que el niño deficiente continúe formándose y desarrollando su personalidad. Si un niño va a un centro especial, no debe verse como un castigo o como un fracaso; y si va a integración, tampoco debe verse como un éxito o como un objetivo educativo logrado. Dado que en ambas situaciones vamos a encontrar inconvenientes, las familias responsables tendrán que buscar la vía para que la educación del hijo sea lo más completa posible.

Esto puede suponer que, si acude a un centro específico, donde tendrá medios pedagógicos y programación adecuada a sus necesidades, tendremos que facilitarle por nuestra cuenta el contacto y relación, con otros niños en actividades de ocio. Si va a un centro de integración, tendremos que vigilar de cerca su aprendizaje escolar y suplir con medios personales las deficiencias en la formación específica que él necesita para la preparación de su propio futuro personal y laboral (7).

Valoraciones ético-morales

El punto de partida de cualquier análisis tiene que ser la situación del carácter personal de los deficientes mentales. El problema fundamental es de orden antropológico; a saber: que el RM aun hoy sigue siendo cuestionado, de manera más o menos sutil, en su propia condición humana. Por esa razón, es de importancia principal un análisis de orden ético que los tome en serio como persona y que sepa extraer las consecuencias lógicas de ello, comenzando por el respeto y la promoción de su dignidad (16).

En la sociedad actual, existen muchas personas que no han desarrollado una sensibilidad ética que les permita comprender y aceptar el modo de ser de aquellos que tienen limitada su inteligencia; no comprenden la diferencia entre lo simplemente útil y lo verdaderamente valioso. En la actualidad, se tiende a valorar al ser humano por lo que es capaz de hacer y por lo que posee, no por lo que es. Está claro que, dentro de esa línea de pensamiento, la dignidad del RM aparece disminuida.

El deficiente mental presenta una dificultad mayor para salir de sí y abrirse al tú, para reconocerse y constituirse como una identidad propia y plena, por lo que el reconocimiento por parte de los demás desempeña un papel muy importante. Si no se le ofrecen posibilidades de comunicación y relación, le será muy difícil encontrarla por sí mismo; se atribuye entonces su situación de aislamiento a una carencia de orden natural, cuando en realidad se trata de falta de estímulos y oportunidades. Se impone, por tanto, un primer deber moral: el de la percepción de la situación de las personas con RM. La sociedad, al reconocer esta situación y estas necesidades, no está concediendo nada; sólo reconoce una realidad que es anterior a su misma existencia e indispensable para su propia configuración.

Conclusiones

-La educación e incorporación social del RM y MV constituye un reto, tanto para la familia como para toda la sociedad, que es imperativo asumir.

-El medio familiar, la escuela o institución, deben constituir el medio apropiado desde el punto de vista educativo, para la integración socio-laboral sana del RM y MV.

-Respetar la autonomía del RM y MV en todas las esferas de la vida, es primordial y ello debe incluir a todos los que lo rodean.

-Es de vital importancia mantener el vínculo socio-familiar en todas las etapas de la vida del RM y MV, garanti-

zando un envejecimiento adecuado dentro del contexto de la integración familiar y social.

-Debe favorecerse cualquier empeño educativo que permita que el comportamiento de estas personas sea acorde con las normas de la convivencia social, como es el caso del Programa de Síndrome de Down.

Bibliografía

- 1.- Referencias históricas sobre la Educación Especial. Colectivo de autores. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1978.
- 2.- Gafo, J. (ed). La deficiencia mental. Aspectos médicos, humanos, legales y éticos. Dilemas éticos de la medicina actual, nº6, Publ. Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 1992 pp 238-387.
- 3.- Lacadena, JR. 1992. Aspectos genéticos de la deficiencia mental. En: Gafo, J.(ed). La deficiencia mental. Aspectos médicos, humanos, legales y éticos. Dilemas éticos de la medicina actual, nº6, Publ. Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 1992. pp 13-62.
- 4.- Becker, PE et al. Genética humana, tomos V/1 y V/2. Ediciones Toray, S.A., Barcelona, 1969.
- 5.- Gafo, J.(ed) 1992. La deficiencia mental. Aspectos médicos, humanos, legales y éticos. Número 5: Deficiencia mental y familia. Publ. Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 2001.
- 6.- Reich, A. Orden del día en el mundo: Quinientos millones de minusválidos. Dol. Hominum 1993; 22:44-46.
- 7.- Poltawska, W. Un niño minusválido en la familia y en la sociedad. Dol. Hominum 1993; 22:130-135.
- 8.- Amor, JR. Bioética y antropología: algunos elementos desde la realidad de las personas con retraso mental, en: Acosta, J Bioética para la sustentabilidad. Acuario, La Habana, 2002. 395-418 pp.
- 9.- Zulueta, MI. Actitudes de los padres: una aproximación psicológica, en: Florez, J y Troncoso, MV Síndrome de Down: Avances en la acción familiar. 2ª Ed. Fundación Síndrome de Down Cantabria, 1991. 67-79 pp.
- 10.- Brazelton, T. La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens. Stock, Paris, 1983.
- 11.- Brazelton, T. Ecoutez votre enfant. Payor, Paris 1985.
- 12.- Ingalls, RP. Retraso mental, la nueva perspectiva. El Manual Moderno, México, DF. 1982.
- 13.- Johnson, M.A. La educación del niño deficiente mental. Ed. Cincel, S.A., Madrid 1979.
- 14.- Troncoso, MV. El papel de la familia en la educación de las personas con síndrome de Down, en: Florez, J y Troncoso, MV Síndrome de Down: Avances en la acción familiar. 2ª Ed. Fundación Síndrome de Down Cantabria, 1991. 151-167 pp.
- 15.- Klaus, M., Kennell, H. La relación madre-hijo. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1978.
- 16.- Lacadena, JR. Aspectos genéticos de la deficiencia mental, en: Gafo, J (Ed.) Op. cit. 13-62 pp.

¹ Licenciada en Defectología, especialidad de Oligofrenopedagogía. Master en Bioética.