

ARTICULO ORIGINAL

ENSEÑANZA PERSONALIZADA DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON RETARDO MENTAL LEVE Y MODERADO*

Lina María Villegas Angel, Diana Marcela Rodríguez Aristizábal.

RESUMEN

Villegas LM, Rodríguez DM. Enseñanza personalizada de higiene oral a niños con retardo mental leve y moderado. CES Odont 1995; 8:146-149.

El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de una motivación para mejorar las prácticas de higiene oral de niños con retardo mental. La muestra estuvo compuesta por 49 niños (26 mujeres y 23 hombres) entre los 8 y 15 años, con retardo mental leve y moderado (CI entre 35 y 70), estrato socioeconómico medio bajo, quienes asistían a cinco centros de educación especial. Para determinar el nivel de salud oral se tomaron los índices de placa y gingival de Silness y Løe al iniciar el estudio, al mes y a los seis meses. Se dio instrucción sobre higiene oral después del registro de los índices iniciales. La motivación consistió en refuerzos sociales positivos (autoestima y buena imagen ante los demás) por medio de un cuento, un dibujo, un juego y un regalo y duró un mes en intervalos de una semana. Los resultados mostraron una marcada disminución de la placa y la gingivitis en toda la población del estudio. Se puede concluir que el método motivacional utilizado fue efectivo para mejorar la higiene oral de niños entre los 8 y 15 años de edad, con retardo mental leve y moderado.

Palabras claves: Retraso mental, Higiene oral, Motivación.

Villegas LM, Rodríguez DM. Personalized teaching of oral hygiene to children with moderate mental retardation. CES Odont 1995; 8:146-149.

The purpose of this study was to determine the effects of motivation in improving oral hygiene habits of children with moderate mental retardation. - The sample consisted of 49 children (26 females and 23 males) 8 to 15 years old with moderate mental retardation (IQ 35-70) and from a lower-middle socio-economical status who attended five different special educational centers. - Oral health was determined by means of the Løe-Silness indexes (plaque and gingival). - All subjects were given oral hygiene instructions and motivation. Index measurements were done initially, one and six months later. The motivation included use of positive social reinforcements like self-esteem and good image projection to others. A tale, a drawing, a game and a gift were used in order to achieve this. The process was done during one month with one week intervals. - Results showed an overall marked decrease of plaque levels and gingivitis.

Key words; Mental retardation, Oral hygiene, Motivation.

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA

Son muchas las investigaciones que a través del tiempo se han llevado a cabo teniendo como objetivo la necesidad de motivar a los pacientes normales en su higiene oral para poder prevenir y reducir el índice de enfermedades comunes como la caries; pero son pocos los realizados en niños con retardo mental y, además, los resultados de estos estudios no han sido siempre positivos.¹

Un servicio dental que muy a menudo se descuida es el de niños retardados o con malformaciones; sin embargo, estos niños necesitan cuidados dentales mucho más especiales que los otros, a causa de su problema.²

El coeficiente de inteligencia (CI) es la relación entre la edad mental y la edad cronológica multiplicada por 100. Es un indicador bastante fiable a partir de los 3 años de edad, pero no es perfecto, ya que puede

no reflejar la función cerebral óptima o las posibilidades potenciales del individuo.¹

El CI se clasifica en normal, límite y retrasos leve, moderado, severo y profundo. Estas clasificaciones no son absolutas, ya que el CI puede cambiar; lo único que se puede medir son las facultades específicas (coger objetos y vestirse) y las experiencias y estudios realizados en estos niños muestran que los retardos leve y moderado (CI entre 35 y 70) se pueden educar y entrenar.^{1,3}

En estudios realizados con personas mentalmente subnormales Cohen⁴ describe cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentes: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, materia alba y cálculos; enfermedad periodontal muy severa, formación de bolsas periodontales, pérdida ósea, migración dental y pérdida prematura de dientes.

El estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa o indirectamente con sus

*Investigación para optar al título de odontólogo, CES, 1995.
Asesor: María Isabel Arias, Odontopediatra, Profesora CES.

impedimentos físicos o mentales. Estos niños no tienen problemas dentales específicos pero sus incapacidades físicas impiden la formación de hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud oral.²

Cuando se trabaja con niños discapacitados los conocimientos odontológicos son básicos, pero la psicología y la enseñanza especial harán que los resultados sean verdaderamente significantes.¹

Además de los conocimientos suficientes, el odontólogo debe poseer habilidad manual y aptitudes psicológicas para poder manejar a los niños con variadas modalidades de comportamiento.⁵ El odontólogo que atiende a un niño disminuido debe tener paciencia, saber escuchar sin intimidar, alegrarse con los pequeños progresos y ser capaz de entender bien la situación del niño; los objetivos inmediatos de un tratamiento deben ser muy realistas y alcanzables, pues los fracasos desaniman mucho, mientras que los éxitos y las alabanzas alimentan y motivan a seguir adelante. Se debe buscar un equilibrio entre el exceso de estimulación y de protección.⁶

El aprendizaje consiste en una simple repetición que con la práctica puede llegar a la perfección. La simple exposición repetida de algo es suficiente para producir cambios en la percepción. El aprendizaje no se ve ni se observa directamente, sino que se deduce de la conducta. Además, el aprendizaje rara vez se produce sin motivación.⁷

La motivación es la estimulación interna que resulta de una necesidad y que generalmente activa la conducta orientada a satisfacerla.⁸

Para motivar a los niños con retraso mental leve y moderado hacia la higiene oral se deben organizar visitas a las clases para hacer demostraciones de los métodos adecuados de cepillado e higiene de la boca.

Se podrá sacar provecho de la utilización de folletos, películas, carteles y modelos para aprender el valor de la higiene bucal ayudándoles a que ellos mismos confeccionen carteles y exposiciones para subrayar la importancia de los cuidados dentales.⁹

En la revisión de la literatura no se encontraron estudios sobre la motivación hacia la higiene oral de niños con retardo mental. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue crear y evaluar un método motivacional basado en refuerzos sociales positivos, como la autoestima y la buena imagen ante los demás, para mejorar la higiene oral de los niños entre los 8 y 15 años de edad con retardo mental leve y moderado.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio: Cuasi experimental a mediano plazo.

La población para el estudio se obtuvo de cinco centros educativos para niños especiales de la ciudad

de Medellín. Los institutos seleccionados tenían las mismas condiciones culturales, educativas y económicas. El grupo estuvo conformado por 49 individuos (26 mujeres y 23 hombres) que cumplieron con los siguientes requisitos: retraso leve o moderado medido previamente con el CI, tener entre 8 y 15 años de edad y no tener enfermedades sistémicas que afectaran la salud oral.

A los padres de los escogidos se les pidió su consentimiento para que los niños pudieran participar; también se les entregó un cuestionario sobre la salud general del niño y se les interrogó sobre drogas que pudieran causar problemas periodontales. Solo se escogieron los niños libres de estos antecedentes.

Para este estudio se escogieron los índices de placa y gingival de Silnnes y Løe.¹⁰ Inicialmente se tomaron antes de la motivación para evaluar la condición oral al comenzar el estudio. Luego se dio una instrucción en higiene oral (método de Bass) a cada niño con un tipodonto.

A los niños no se les enseñó el uso de la seda dental por el grado de dificultad que tiene y por que carecen de la suficiente destreza motriz para utilizarla.

El examen se realizó con los niños acostados en una mesa sin almohadilla y con luz natural. Se utilizaron sondas periodontales (Hu-Friedy) y espejos bucales (Aesculap).

La motivación consistió en una visita de reconocimiento y aceptación, para lograr empatía, integración y participación de los niños, la cual se realizó una semana antes de la instrucción en higiene oral, seguida de visitas semanales durante un mes, en las cuales se daban refuerzos sociales positivos tales como un cuento, un dibujo y un regalo.

En la primera semana se les contó un cuento esquematizado en un cartel, protagonizado por un diente que se encontraba muy triste porque estaba flaco y feo, que se ponía a pensar como haría para ser más fuerte, lindo y sano y que llegaba a la conclusión de que cepillándose se volvería como quería ser.

En la segunda semana se les entregaron dibujos iguales a cada niño para que los colorearan; consistían en un diente fuerte y feliz porque utilizaba cepillo y crema dental.

En la tercera semana se realizó un juego que consistió en el esquema de una boca riendo, pero con un diente feo y negro, el cual debía ser remplazado por cada niño por un diente limpio, lindo y brillante.

En la cuarta semana se dio una recompensa como reconocimiento al buen trabajo realizado por los niños. La recompensa consistió en yoyos y reglas que motivaban su desarrollo motor.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de

student y se empleó un nivel de significancia del 5% con un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se encontró una alta correlación para los índices de placa y gingival. A través de todo el estudio, la correlación para los índices iniciales fue de 0.74 y para los del mes y finales de 0.78.

Al iniciar el estudio los niveles de placa y gingivitis fueron similares para ambos sexos. Sin embargo, al dividir la población del estudio por edades, se observó que el grupo de 8 a 11 años tenía menos placa e inflamación gingival que el grupo de 12 a 15 años.

Al finalizar la investigación se observó disminución de la placa y de la gingivitis tanto para el grupo total como para los grupos por sexo y edad ($p < 0.001$)

Índice de placa (Tabla 1)

Al analizar el índice de placa inicial y el índice al mes se vio disminución del acúmulo de placa en los hombres y en el grupo de 12 a 15 años ($p < 0.001$).

Al comparar los índices al mes con el final solo se encontró mejoría en la higiene oral de las mujeres. En cuanto a la edad, aunque la disminución de la cantidad de placa fue significativa para ambos grupos (8-11, 12-15), lo fue más para el grupo de 12 a 15 años.

Tabla 1 Índice de placa inicial, al mes y al final por edad y sexo y su significancia.

Índice	Placa						Significancia			
	Inicial		Al mes		Final		I-M	M-F	I-F	
	X	D S	X	D S	X	D S				
Sexo	Masculino	1.30	0.66	0.77	0.58	0.61	0.54	***	N S	***
	Femenino	1.53	0.72	1.21	0.70	0.61	0.47	N S	***	***
Edad	8-11	0.79	0.54	0.84	0.66	0.49	0.39	N S	**	*
	12-15	1.62	0.62	1.06	0.68	0.65	0.53	***	**	***
Total	1.42	0.70	1.01	0.68	0.61	0.50	***	***	***	

X: Promedio
 DS: Desviación estándar
 I-M: Inicial-al mes
 M-F: Al mes-final
 I-F: Inicial-final
 NS: No significativa ($p > 0.05$)

*: Significativo ($p < 0.05$)
 **: Altamente significativo ($p < 0.01$)
 ***: Definitivamente significativo ($p < 0.001$)

Índice gingival (Tabla 2)

Los resultados de los índices gingivales estuvieron muy correlacionados con los de placa dental. Se vio disminución de la gingivitis por sexo solo para

Tabla 2 Índice gingival inicial, al mes y al final por edad y sexo y su significancia.

Índice	Gingival						Significancia			
	Inicial		Al mes		Final		I-M	M-F	I-F	
	X	D S	X	D S	X	D S				
Sexo	Masculino	1.00	0.48	0.67	0.54	0.67	0.49	**	N S	***
	Femenino	1.05	0.54	0.87	0.54	0.54	0.48	N S	**	***
Edad	8-11	0.57	0.41	0.53	0.56	0.40	0.36	N S	*	*
	12-15	1.18	0.45	0.86	0.52	0.57	0.51	***	**	***
Total	1.03	0.52	0.78	0.55	0.53	0.48	***	**	***	

X: Promedio
 DS: Desviación estándar
 I-M: Inicial-al mes
 M-F: Al mes-final
 I-F: Inicial-final
 NS: No significativa ($p > 0.05$)

*: Significativo ($p < 0.05$)
 **: Altamente significativo ($p < 0.01$)
 ***: Definitivamente significativo ($p < 0.001$)

hombres y por edad para el grupo de 12 a 15 años cuando se cotejaron los índices iniciales y al mes ($p < 0.001$). Al comparar los índices al mes y final se notó mejoría en la salud gingival de las mujeres, y al analizar los grupos de edad se observó disminución de la inflamación en los dos grupos, siendo mayor para el grupo de 12 a 15 años ($p < 0.01$).

DISCUSION

Los resultados de este estudio a mediano plazo indican que es posible modificar la conducta de los niños con retraso mental hacia la higiene oral, luego de motivarlos con un método personalizado, que la mejoró. (Figuras 1 y 2)

Figura 1. Promedios de acúmulo de placa.

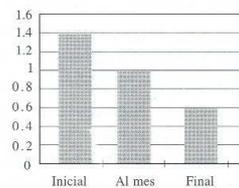
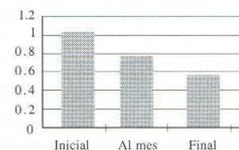


Figura 2. Promedios de inflamación gingival.



La mayoría de los estudios que se han hecho sobre motivación hacia la higiene oral se han realizado con niños normales,^{11,12} los cuales cambian su conducta al respecto. En esta investigación se demostró lo mismo pero en niños con retardo mental leve y moderado, que pueden aprender y ser adiestrados (los niños con retardo mental severo y profundo no se pueden cuidar por sí mismos).⁴

En los estudios de Arias¹¹ y Alvarán y col¹² se utilizaron como métodos motivacionales un video y una cartilla, respectivamente, los cuales se mostraron a los participantes cuatro veces en un período de un mes en el estudio de Arias y de dos meses en el de Alvarán y col. En este estudio se utilizó un paquete de ayudas pedagógicas y se mostró una vez por semana durante un mes. Las tres investigaciones concluyen que lo importante es encontrar un método que logre motivar a los niños a mejorar su higiene y que exista una retroalimentación por un período determinado sin que sea crucial cada cuánto se hace la motivación. Esto se aplica para los niños normales y subnormales.

Entre las ayudas utilizadas en este trabajo estaban un cuento, un dibujo, un juego y una recompensa para evitar que los niños interpretaran la repetición de una misma actividad como rutinaria y así se pudieran mantener motivados. Esta metodología no sustenta el método conductista de trabajo con los niños con retardo mental leve y moderado, el cual propone que para lograr un cambio de conducta en estos niños se necesita una secuencia continua de trabajo todos los días, a la misma hora y con la misma actividad.¹³

En la motivación se manejaron actividades llamativas que les exigían atención a los niños, siempre bajo refuerzos positivos. Se manejó mucho la lúdica, o sea el juego en grupo básico, para la adquisición de aptitudes y actitudes.

Todos los mensajes de este estudio tenían como fin reforzar positivamente la autoestima y la buena imagen ante los demás, tal como se hizo en los estudios de Arias¹¹ y Alvarán y col.¹² Por lo tanto, se podría concluir que no importa el método motivacional utilizado ni la condición mental de los niños: lo importante es trabajar los aspectos que creen necesidades psicológicas para ser satisfechas.

El elogio a cada niño después de observar sus pequeños progresos coadyuvó a la motivación, lo que está de acuerdo con Whittaker,¹⁴ quien dice que con el elogio se consiguen los mejores resultados ya que este es una forma de refuerzo que aumenta la posibilidad de que en el futuro se exhiba la respuesta deseada porque se alimenta la autoestima del individuo.

Berdugo y col¹⁵ en una investigación en pacientes

con limitaciones auditivas en la que utilizaron ayudas visuales (carteles, papelógrafos y modelos) para motivarlos hacia la higiene oral, concluyeron que tales pacientes aceptaban el aprendizaje y realizaban una buena higiene oral.

Los carteles y los modelos dentales utilizados en esta investigación son medios educativos efectivos, ya que utilizan un colorido vivo y atractivo; además, son de fácil acceso para las instituciones que trabajan con niños discapacitados.

El método motivacional también sirvió por ser personalizado y no dirigido a grupos numerosos; así el niño se sentía identificado e importante para el estudio y era menos probable que se distrajera, por lo que su grado de concentración fue muy alto. Lo cual está de acuerdo con lo dicho por Powell:¹⁶ el niño especial necesita seguimiento, mucha asistencia personalizada y afecto.

Cohen⁴ afirma que las personas mentalmente subnormales presentan cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentemente como gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal muy severa y pérdida prematura de dientes. En esta investigación no se corroboró el hallazgo de Cohen, ya que se vio desde el inicio, al tomar los primeros índices, que el acúmulo de placa y el grado de inflamación no eran altos. Posiblemente esto se deba a que los padres de estos niños los sobreprotegen, ya que todas las conversaciones de los padres de los niños discapacitados giran alrededor de ellos, se preocupan por sus aspiraciones, por comunicarse con ellos, por los sentimientos, por ayudarlos y por participar activamente en su educación¹⁶, brindándoles una atención permanente también en sus prácticas de higiene oral, pues ellos los creen incapaces de realizarlas por sí solos.¹³

Otro factor que podría influir es la escolarización, porque los niños no escolarizados son retraídos y aislados, de acuerdo con el concepto de Powell¹⁶. En su investigación con niños de cuatro años aislados, a los cuales se les asignó una maestra que dio importancia al trato positivo y a las relaciones con otros, se observó que estos niños mejoraron sus capacidades de adaptación social.

En los índices iniciales no se encontraron diferencias por sexo; sin embargo, por edad se notó mejor estado en los niños de 8 a 11 años que en los de 12 a 15 (Tablas 1 y 2), lo cual podría deberse a que los padres de los niños de 8 a 11 años los han mantenido en programas odontológicos particulares o los han institucionalizado desde temprana edad, logrando un mejor desarrollo de sus capacidades motrices. Los niños de 12 a 15 años probablemente no fueron institucionalizados a edades tempranas y,

además, podría ser posible que sus padres no los sobreprotegen tanto como a los más pequeños, por considerarlos cronológicamente mayores. Cuando los niños discapacitados llegan a la pubertad se da el fenómeno del destete, que es una etapa de autocuidado en la que sus padres no los protegen tanto y ellos a la vez rechazan el exceso de protección por sentirse mayores, aunque su desarrollo no sea adecuado para cuidarse por sí mismos.^{14,17}

Se dedujo del estudio que hubo mejoría en la salud oral de los niños porque no existió un factor etiológico, la placa, que crea trastornos severos de gingivitis, lo cual respalda lo comprobado por Løe:¹⁰ que es necesario que exista placa dental para que se produzca inflamación gingival. Durante la motivación se vio que mejoraron más los hombres que las mujeres, a pesar de que ellas comenzaron con más mala higiene oral. (Figuras 3 y 4). Esto puede ser consecuencia de una mayor identificación del sexo masculino con las investigadoras por ser mujeres y sentirse atraídos por ellas, por afecto o por sexualidad.¹⁷

Figura 3. Promedios de placa inicial, al mes y al final, por sexo.

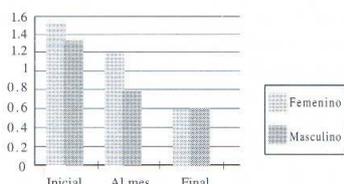
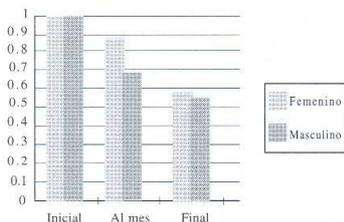


Figura 4. Promedios de inflamación gingival inicial, al mes y al final, por sexo.



El niño subnormal tiene un desarrollo afectivo y sexual similar al del normal, tanto en la infancia como en la adolescencia, aunque el del niño retardado es más lento. Los padres muchas veces piensan que estos niños no tienen sexualidad, lo que trae como consecuencia para ellos las representaciones patológicas del sexo opuesto.¹³

Posiblemente los hombres identificaron a las investigadoras como la figura materna, sintiéndose así más motivados a colaborarles y realizando las

actividades programadas con mayor empeño.

Baldaro,¹⁷ al analizar al niño discapacitado por sexo, observó que para los hombres no existía una identificación hacia el sexo masculino, ya que el padre, al sentirse culpable del problema del niño, abandonaba el hogar, con la consecuencia de una falta completa de identidad del niño hacia su padre y hacia cualquier individuo del sexo masculino; estos varones subnormales buscaban en sus madres una compensación de afecto y de apoyo, apegándose más a ellas. Para las mujeres discapacitadas observó una mayor protección por parte del padre, quien las alejaba de su madre por no creerlas capaces de desarrollarse como madres en un futuro, disminuyendo así su identificación con el sexo femenino, lo cual puede explicar la tardía motivación de las niñas con las investigadoras. Al comparar esto con niños normales se observó un contraste en el concepto de identificación con un mismo sexo. Alvarán y col¹² y Arias¹¹ vieron que su población se identificaba más con el sexo que correspondía al líder de la motivación. En el primer caso el líder era una ardilla femenina y las motivadas eran mujeres; el segundo autor utilizó un líder masculino y notó más mejoría en los hombres. Esto puede ser consecuencia de la libre interacción de los niños normales con el sexo opuesto, ya que estos buscan en sus juegos y socialización pares del mismo sexo.¹⁷ Al final del estudio se vio una mejoría mayor en los niños de 12 a 15 años, probablemente debido a que antes no habían tenido ayuda ni seguimiento conductivo que los motivara a desarrollar las labores de autocuidado.¹³ Una vez se comenzó con la asistencia y con la interrelación se logró mejorar y mantener el entusiasmo hacia la higiene oral. (Figuras 5 y 6).

Figura 5. Promedios de acúmulo de placa inicial, al mes y al final, por edad.

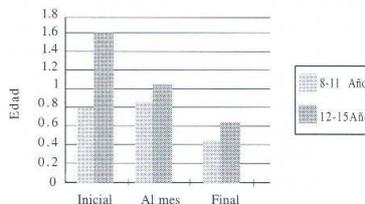
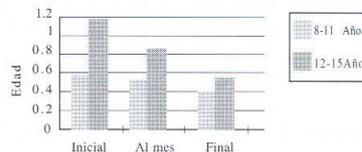


Figura 6. Promedios de inflamación gingival inicial, al mes y al final, por edad.



Estos hallazgos contradicen las opiniones de muchos autores que sostienen que los niños no pueden cambiar sus hábitos por medio de técnicas de motivación.¹¹

La implicación clínica de poder motivar a estos niños cambia de lleno los conceptos para la odontología, tanto general como pediátrica, ya que se vio que el temor del profesional a trabajar preventiva o curativamente con esta población está basado solo en la falta de conocimiento del manejo psicológico. Si se dejan a un lado el temor y la prevención hacia la no colaboración del paciente, se dará un enfoque adecuado y se abrirán nuevos caminos para mejorar la salud oral de todo niño.

CONCLUSIONES

1. Es posible motivar hacia la higiene oral, con un método personalizado que enfatice refuerzos psicológicos positivos, a niños subnormales que tengan un coeficiente intelectual que los clasifique como capaces de aprender.
2. El estado de salud oral en los niños subnormales escolarizados es muy parecido al de niños normales.
3. Los niños que más se motivaron fueron los del rango de 12 a 15 años de edad.
4. Los hombres se motivaron más rápido que las mujeres a mejorar su higiene oral.
5. Se observó una alta correlación entre el índice de placa y el índice gingival a través de todo el estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Braham RL, Morris ME. Odontología pediátrica. Buenos Aires: Panamericana, 1984.
2. Finn SB. Odontología pediátrica. Mexico: Interamerica, 1976.
3. Sabmon P. Manual de psiquiatría 2a ed. Mexico: MM, 1976.
4. Cohen MM. Periodontal disturbances in the mentally

- subnormal child. Den Clin North Am, 1960.
5. Honkala E, Rimpoila M. Trends in the development of oral hygiene habits in finish adolescent community. Dent Oral Epidemiol 1983; 12: 72-77
6. Behrman RE. Tratado de pediatría. 13a ed. Barcelona: Interamericana, 1989.
7. Hebb DO. Psicología. 3a ed. Mexico: Interamericana, 1975.
8. Davidoff LL. Introducción al a psicología. Mexico: Mcgraw Hill, 1980.
9. Instituto Canadiense para la Deficiencia Mental. Cuidados dentarios para deficientes mentales. Servicio internacional de información sobre subnormales. San Sebastián: Editorial Sis, 1978.
10. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. J Periodontol 1984; 38: 44.
11. Arias MI. Influencias de un vídeo de motivación sobre las prácticas de higiene oral en niños entre los 8 y 12 años de edad de dos escuelas públicas del municipio de La Estrella. (Tesis de posgrado). Medellín: CES, 1990.
12. Alvarán LM, Escobar MA, Zea HC. Estudio comparativo para determinar la eficacia entre un video y una cartilla como método de motivación para la higiene oral, en niños de 8 a 10 años de edad, en cuatro colegios de la ciudad de Medellín (Tesis de pregrado). Medellín: CES, 1995.
13. Castro V. Notas sobre conferencias del manejo y psicología del niño discapacitado. Centro de Educación Especial Progresar. Medellín, 1995.
14. Whittaker JO. Psicología. 3a ed. Mexico: Nueva Editorial Interamericana, 1977.
15. Berdugo N, Escobar SM, Londoño AM. Inflamación gingival antes y después de la motivación y enseñanza de higiene oral en pacientes con limitaciones auditivas (Tesis de pregrado). Medellín: CES, 1991.
16. Powell TH, Ogle PA. El niño especial. El papel de los hermanos en su educación. Bogotá: Norma, 1991.
17. Balduino T. La sexualidad del deficiente. Lima: CEAC, 1991.

Correspondencia:
Lina María Villegas Angel
Calle 17 sur No. 31-55, Apto 102
Medellín, Colombia.