

SEXUALIDAD Y RETARDO MENTAL

RENE FLORES AGREDA*
Y M. GARCIA TROVATO*

1. INTRODUCCION

Al tratar el tema "Sexualidad y Retardo Mental" debemos mencionar previamente algunas aspectos doctrinarios y descriptivos básicos de ambos asuntos. En Sexología el examen parcial del comportamiento sexual obliga, más que en otras áreas del conocimiento a precisar ciertos principios y situaciones tenidos por fundamentales. Será de otra parte útil también hacer lo mismo con el complejo y controvertido problema del Retardo Mental.

CONCEPTOS BASICOS DE SEXUALIDAD.— Un repaso por la historia de la sexualidad autoriza a señalar como las actitudes y expresiones sexuales han sido cometidas a una marcada regimentación y como, a través de los siglos, esta regulación del comportamiento ha oscilado entre épocas de liberalidad y otras de represión. El abordaje objetivo del conocimiento sexual puede situarse recién en la segunda mitad del siglo XIX y una perspectiva que se puede llamar científica en la primera década del presente siglo; pero es recién a partir de la década del 40 y muy lentamente en que se empezará a explorar ordenadamente la vida sexual. (1).

En el momento actual destaca los estudios de laboratorio mediante los que se examina al sexo como se ha hecho con otras funciones del organismo, y la importancia asignada a los aspectos normales de la sexualidad. El avance de los conocimientos ha seguido el ritmo del cambio de las actitudes sociales, notorio en los casos de la masturbación y la homosexualidad. Como ocurre con otros aspectos del comportamiento, el sexual se enraza en lo biológico, el desarrollo filogenético y la aparición de áreas cerebrales y conexiones específicas ligadas al comportamiento sexual, que constituyen su basamento neuro-endocrino. El sexo descansa por otro lado en una vertiente socio-cultural que orienta el desarrollo psicosexual y modela el comportamiento del adulto, estableciendo un condicionamiento psico-socio-cultural que aporta una dimensión de relatividad.

Una sugerente concepción del sexo es la que nos presenta ALZATE (2), por su énfasis en lo erótico como lo

específicamente humano del sexo, la que hemos complementado con la consideración del substrato biológico, la influencia cultural y experiencial, así como la libertad del elegir (3).

Otro aspecto básico a considerar es el de la educación sexual, que entendemos como un proceso continuo generalmente informal, que tiene por objeto potenciar los elementos sexuales del individuo, los que se integrarán enriquecedoramente en su personalidad. La educación sexual está referida a un conjunto de principios siendo algunos de los más importantes, la comunicación de conocimientos avalados por la investigación, la transmisión de valores, generalmente los propios de la cultura del usuario, y el respeto por la libertad para escoger una determinada conducta sexual.

La educación sexual formal se debe dar en todos los niveles educativos, incluida la Universidad. En la educación superior se hará mediante programas especialmente diseñados para profesionales de la salud y la educación quienes están en la mejor posición para educar y orientar a la comunidad. Un aspecto singular es la educación sexual dirigida a grupos minoritarios de la población como el caso específico de quienes sufren Retardo Mental.

Es importante finalmente señalar el avance alcanzado al sustentar la vinculación del sexo con la salud. La salud, concebida en función de una vida sexual saludable, es una idea propuesta por un grupo de expertos congregados por la OMS, quienes han ofrecido una versión de la salud sexual y de los factores integrantes de la sexualidad sana (4).

RETARDO MENTAL.— Para una comprensión mejor del tema y así como hemos presentado los conceptos básicos acerca de la sexualidad, haremos lo propio respecto al Retardo Mental.

El Retardo Mental se define como una condición deficitaria presente desde el nacimiento o desde edad muy temprana caracterizado por subnormalidad intelectual que ocasiona disminución de la capacidad de aprendizaje y un grado variable de dificultad para afrontar en forma autosuficiente las exigencias de la vida diaria.

* Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

Considerado en la actualidad a nivel sindrómico, en atención a la gama amplia y heterogénea de factores que pueden considerarse etiológicos, el Retardo Mental es un problema evidentemente de Salud. Si bien el tratamiento, particularmente en los casos leves y moderados, reposa en aspectos educativos -Educación Especial-, y en todos los casos debe ser multidisciplinario, no hay que olvidar que los aspectos de diagnóstico etiológico (que en muchos casos es preciso gracias a los avances en Genética), detección precoz, prevención, evaluación del grado de severidad, elaboración del plan de habilitación y seguimiento, son de competencia médica.

El Retardo Mental es un problema mundial. Las estadísticas de países desarrollados informan que de 3 a 5% del total de su población se halla afectada por algún tipo de retardo mental (5) y para Latinoamérica se han señalado porcentajes que oscilan entre 9 a 12% de la población infantil. Sin embargo hay que recordar que muchos casos de R.M. permanecen ocultos y que este factor dificulta determinar la prevalencia aún en países con sistemas estadísticos adecuados (6).

En el Perú hay razones suficientes para suponer que la incidencia y prevalencia del Retardo Mental sea mayor que en otros países, siendo las principales: el elevado porcentaje de nacimientos sin atención médica (60%); la mayor frecuencia de infecciones y parasitosis del sistema nervioso; el 62% de los nacimientos corresponden a madres analfabetas; la mal nutrición colórico-proteica es responsable del 60% de muertes infantiles; la anemia nutricional afecta al 33% de las gestantes peruanas y el 60% de nuestra población en edad de trabajar está desempleada o subempleada (7).

CARAVEDO (8) en 1972 estimó en 407,000 la cifra de débiles mentales (Retardo Mental leve) de los cuales 180,000 se hallaban en las escuelas, constituyendo el 6% de población escolar supuesta sana. ALVA, en un trabajo más reciente, informa que la cifra total de retardados mentales en el país bordea el millón de casos, que más del 50% de éstos son menores de edad y que más de 600,000 niños del sector escolar requieren ayuda urgente. Actualmente, con una población que bordea los 18 millones, la cifra de R.M. se estima en alrededor de 1'500,000(*).

En cuanto a la clasificación de los retardados mentales veremos que coexisten varias, según los criterios preestablecidos como parámetros. Así, la evaluación psicométrica clásica de Binet y Simon, sitúa los criterios de normalidad entre 84-110 de cociente intelectual, a la categoría de lentos, torpes o sub-normales propiamente dichos; de 50-69 a la debilidad mental; de 21-49 a la imbecilidad y, por debajo de 20, a la idiocia.

Esta clasificación ha sido muy cuestionada últimamente y está siendo sustituida por otra que, por basarse en criterios tales como la severidad del déficit y las posibilidades académicas, es considerada más funcional. Según ésta, los retardos mentales pueden incluirse en uno de estos tres

tipos de Retardo: el denominado Retardo Mental Profundo, considerado el de mayor déficit o el más severo, con muy pocas posibilidades de aprender; el Retardo Mental Moderado que agrupa a aquellos considerado, "entrenables", y, el Retardo Mental Leve o de grado "educable". Los dos últimos grupos, particularmente el último, son los que reciben mayores beneficios con los programas de Educación Especial, llegando en algunos casos a adquirir capacitación en grado tal que permite un desempeño autosuficiente en condiciones adecuadas (9).

Si bien no existe un tratamiento propiamente dicho para el Retardo Mental, puesto que no hay forma de aumentar la capacidad intelectual individual, para todos y cada uno de los casos debe establecerse un plan de habilitación que, actualmente, se orienta a la utilización al máximo de las capacidades remanentes más que al vano intento de recuperar la dotación intelectual (10).

En términos generales la asistencia del retardado mental tenderá al logro de tres tipos de equilibrio (individual o personal, psicosocial o familiar u educacional-vocacional) en atención a la edad cronológica y en orden secuencial (11).

2. LA SEXUALIDAD EN EL RETARDO MENTAL

Al examinar los antecedentes de las actitudes colectivas hacia la sexualidad en el Retardo Mental, vemos que éstas han ido pasando por diferentes estadios hasta llegar al actual.

La tendencia antigua de pretender de sexualizar a los retardados mentales -premisa ante la cual, toda forma de expresión sexual en sub-normal, era considerada "mostruosa"-, dió lugar a una serie de actitudes tan radicales como carentes de fundamento científico.

Todavía en la segunda década del presente siglo se propugnaban sin mayor discriminación la ovariectomía y la castración de los retardados mentales, con el criterio de proteger a la sociedad de agresiones sexuales que éstos podrían cometer; haciéndonos recordar las crueles medidas propugnadas en el siglo XIX, para reprimir la masturbación. Esta actitud frente al sexo en el Retardo Mental recogía la tradición médica frente a la sexualidad humana.

Actualmente, la atención del Retardado Mental tiende a buscar su integración en la comunidad en la forma más próxima a la "normalización".

Dentro del espectro de actitudes frente a los deficientes mentales (13), se ha propuesto considerar tres categorías: la del retardado mental como un "ser sub-humano"; la que lo vé como un niño "inocente", y aquella que lo percibe como un "ser en desarrollo". Esta última acepta que estos excepcionales tienen un buen potencial de desarrollo, que muchos pueden ser incluidos en el seno de la comunidad y considera la posibilidad de una vida amorosa y sexual para ellos. Es así que la apertura mayor para el análisis sereno de las funciones sexuales viene a sumarse al nuevo rol de los profesionales de la salud en el área sexual y deviene en considerar al sexo como un aspecto importante, digno y saludable del ser humano, normal y subnormal.

(*) Datos del "Primer Curso Nacional sobre Prevención de Invalidez", Junio, 1981, Lima.

ASPECTOS BIOLÓGICOS.— Según lo han expuesto entre otros EISENRING (12) y MAJLUF (13), existen diferentes aspectos a examinar con respecto al sexo en el Retardo Mental, pudiendo considerarse en primer lugar los aspectos biológicos. Estos no sólo son importantes por ellos mismos sino por la interacción de lo biológico y lo psicosocial, muy evidente en el campo de la sexualidad. Así, un importante factor de la identificación psicosexual consiste en la posibilidad de percibir los propios genitales por parte del niño en desarrollo; la masturbación y la maternidad son elementos que moldean la femineidad de la mujer; habiéndose también descrito la mejor definición de los caracteres sexuales secundarios en pacientes homosexuales sometidos a tratamiento. Los autores que han investigado este tema refieren que en retardados mentales los caracteres sexuales secundarios son de aparición más tardía. El estudio de un grupo de 500 pacientes con diferentes cocientes intelectuales, encontró retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, en comparación con el promedio, siendo el retraso mayor mientras mayor fuera el grado de subnormalidad.

También se han estudiado las gónadas sexuales encontrándose que son, por lo general, normales al nacimiento, sin embargo su desarrollo se perturba y en la vida adulta se pueden encontrar ovarios hipoplásicos y mengua del tejido espermatogénico.

En cuanto a la descendencia, ésta es cuantitativamente algo menor que la de la población considerada normal. Se ha encontrado que el 11% de pacientes con subnormalidad proviene de padres, de los cuales uno o dos presentan a su vez subnormalidad, siendo entonces que el 83% de pacientes con esta condición serían hijos de padres normales. Se ha considerado que un padre subnormal tiene un riesgo de 12% que su descendencia presente subnormalidad, en el caso que los dos padres estén afectados el riesgo será de 40% y en caso que los dos padres sean normales el 0.5%.

DESARROLLO PSICOSEXUAL.— El desarrollo psicosexual normal es punto de referencia obligado en el examen del paciente aquejado de Retardo Mental. Los modelos propuestos para entender el desarrollo psicosexual no son aún satisfactorios, lo que se refleja en la comprensión del desarrollo psicosexual del paciente con Retardo Mental. La teoría al respecto hace referencia al comportamiento sexual del adulto y al desarrollo psicosexual del niño considerado normal. Sin embargo debe tenerse en cuenta que la deficiencia neurobiológica va a influir definitivamente en la organización de las relaciones psicosexuales, lo que ha sido tomado en cuenta para proponer un desarrollo psicosexual que sería semejante al del niño normal pero asignado por etapas de aparición tardía y con la posibilidad de una mayor identificación con la figura femenina.

A nuestro propósito será útil considerar resumidamente los aspectos más aceptados del desarrollo psicosexual normal. Podemos señalar que el establecimiento de la "identidad psicosexual" está en función de la crianza de acuerdo al sexo biológico y a la presencia de un subtrato neuro endocrino compatible con el mismo. Otro hito está constituido por la elección del objeto sexual, producto de un desarrollo normal de la identidad sexual y una determinada experiencia en la expresión sexual preliminar, como adiestramiento previo al ejercicio adulto de la sexualidad, y por supuesto la presencia de un clima que favorezca la integración de la evolución psicosexual. Finalmente se

debe considerar la relación de pareja, la que se establece sobre la base de los pasos anteriores a lo que suma el desarrollo armonioso de la personalidad y la capacitación en habilidades sociosexuales. Se puede entonces, en general, señalar que el desarrollo psicosexual en personas con Retardo Mental, presenta pasos similares a los de aquellos considerados normales, distinguiéndose fundamentalmente por una evolución más lenta y deficiencias más bien de grado.

El desarrollo psicosexual en el Retardo Mental ha sido objeto de algunas observaciones. Así en un grupo con cociente intelectual de 50 o más, con edades cronológicas entre 7 y 20 años, se examinó la distribución de papeles asignados al varón y a la mujer, encontrándose que a ésta le asignaban la mayor parte de las funciones que se le dan en la vida social e incluso las pertenecientes tradicionalmente al sexo masculino; siendo más marcada esta polarización mientras más joven era el examinado o mayor su grado de Retardo Mental se les propuso seleccionar de un conjunto de trabajos y actividades aquellos que escogerían para sí encontrándose que la mayor parte de actividades elegidas correspondían a las consideradas tradicionalmente femeninas. Estos hallazgos son importantes al examinar el proceso del desarrollo psicosexual y la gama de desviaciones, hasta llegar a la inversión sexual, que podrían ocurrir en pacientes con Retardo Mental, siendo de advertir que en la literatura y en nuestra experiencia no hemos encontrado mayor frecuencia de inversión sexual en el caso de pacientes con Retardo Mental.

EXPRESION SEXUAL.— Las características del comportamiento sexual dependerán entre otros factores, de aquellas que condicionan el desarrollo psicosexual. En el Retardo Mental es difícil generalizar un perfil de comportamiento sexual teniendo en cuenta lo heterogéneo del grupo tanto en el aspecto etiológico como en lo que atañe a severidad del déficit y grado de adaptación social.

En los pacientes con Retardo Mental profundo es frecuente una actividad sexual primitiva, de tipo masturbatorio, por lo general estereotipada, que muchas veces se presenta asociada con conductas autoagresivas, como formando parte de mecanismos ansiolíticos generales.

Los varones que parece estuvieran menos informados que las mujeres en cuanto a conocimiento sexuales, pueden mostrar acercamientos de tipo amoroso, los que si terminan en fracaso aumentarán su timidez y si tienen éxito se mantienen de ordinario en un nivel superficial, de simpatía, de amistad, de intento de protección de la pareja o sirven como medio para aliviar la soledad en la que se encuentran.

Respecto a las actividades delictivas, un porcentaje muy bajo de retardados mentales comete delitos sexuales y si destacan en las estadísticas sería más bien por la facilidad con que son aprehendidos. Estos pacientes, en cambio, suelen por sugestionabilidad e ignorancia ser víctimas de los abusos de individuos desviados. Por otro lado algunos comportamientos, catalogados como propias de exhibicionistas o voyeuristas, en raros casos tienen carácter de perversión siendo más bien, conductas aceptadas en el medio familiar o en la Institución en virtud de lo cual se exhiben frente al público sin la discriminación apropiada. Algunos pacientes con Retardo Mental son capaces de mantener

un vínculo sentimental duradero y pueden experimentar un deseo claro de tener hijos y cierta capacidad para criarlos. Pero lo frecuente es que la sexualidad se canalice a través de caricias y simpatía, con la idea del matrimonio en un nivel de fantasía e inconstancia, sin percepción apropiada de la responsabilidad que exige la unión marital.

BASS (14) ha señalado que es tan difícil saber si una pareja de retrasados mantendrá o no una unión estable, como sucede con la pareja de personas supuestamente sanas. Algunos autores han informado que las mujeres en el límite de la normalidad eran excelentes amas de casa; que cuanto menor era el número de hijos más satisfactoriamente funcionaba el hogar; y que de 90 familias con el padre o la madre retrasados sin hijos o con uno solo, el 64% de los matrimonios eran felices. De otra parte los estudios respecto a la frecuencia de divorcios presentan resultados divergentes. Mientras algunos señalan que se produce un número de separaciones que duplica al hallado en la población general, otros reportan cifras similares.

Como lo ha señalado MAJLUF la posibilidad de lograr una vida sexual regular por parte del retardado mental, podrá conocerse según el resultado de la evaluación de su nivel intelectual, de su competencia social y lo que se espera de su habilidad o inhabilidad en el trabajo y en la convivencia social. Aquí se puede observar el contraste con la actitud hacia el individuo supuestamente normal, que inicia su vida sexual o decide casarse sin que se pretenda llenar los requisitos antes dichos: son dos maneras diferentes de entender la libertad sexual. El consejo matrimonial en pacientes con Retardo Mental deberá orientarse tanto hacia la pareja, cuanto considerando el tipo de familia, de procedencia y los ambientes social y laboral. En estos pacientes serán necesarias orientación y ayuda en cuanto a planificación de la familia y crianza de los hijos.

3. EDUCACION SEXUAL

La educación sexual para retrasados mentales se basa en los mismos principios y objetivos generales de la educación sexual que podríamos llamar "regular", sólo que, en algunos puntos se dará énfasis a la especificidad de la población a la cual va dirigida. Así, deberá hacer hincapié en eliminar temores respecto al ajuste sexual; en entender los problemas sexuales vinculados a la minusvalía, en la ayuda especial a los padres y lograr apoyo de la comunidad; así como en esclarecer los temores y distorsiones comunitarios respecto a la sexualidad del Retardado Mental.

La educación sexual en el Retardado Mental dependerá del grado de retraso. Los retrasados severos y profundos muestran un comportamiento sexual simple, del tipo de la masturbación o del contacto homosexual, en caso de pacientes institucionalizados, debiendo enseñárseles a no masturbarse en público. Se ha recomendado la histerectomía ante la imposibilidad de controlar la higiene relacionada con la menstruación o cuando haya riesgo de embarazo procedimiento parecido podrá efectuarse si se trata de un varón.

En el RM del tipo adiestrable los conceptos serán mucho más simples y con íntima vinculación a aspectos prácticos. Entre los temas a tener en cuenta están la precepción de lo sexual como algo saludable, la aceptación de lo natural de la experiencia sexual, tanto la masturbación co-

mo el coito, pero reconociendo su calidad de actividades privadas y el riesgo de tener hijos o contraer enfermedades venéreas. La Educación sexual será pues muy concreta, la anatomía genital -con mención de los nombres de los órganos y su ubicación-, la higiene genital; lo que es culturalmente aprobado en las relaciones con el otro sexo; los sentimientos sexuales; el origen de los niños y su relación con el coito. Decidir según el caso si se permitirán o aún fomentarán las relaciones heterosexuales, enfatizando siempre el riesgo de embarazo y el empleo de anticonceptivos cuya utilización no debe ser regulada por el mismo paciente.

Para el educable las exposiciones serán más sencillas que para el normal, los conceptos deberán ser repetidos y tomar el tiempo necesario para su comprensión. Sus derechos y posibilidades son semejantes a los de los demás, pero deben ser protegidos de una posible explotación sexual; darles facilidades para el uso de anticonceptivos; la esterilización y el aborto deberán contar con su consentimiento, orientación y supervisión en la crianza de los hijos, sobre todo si son varios.

La organización de un curso de educación sexual deberá tener en cuenta los intereses del auditorio particularmente en la selección de contenidos. Los padres deberán ser conscientes del derecho y capacidad para la vida sexual de sus hijos, debiendo aprovechar cualquier oportunidad para darles información y educación. La masturbación debe ser comprendida adecuadamente por los padres; enseñar a los hijos a expresar su afecto; a usar las palabras indicadas para referirse al sexo e informarles del uso de los anticonceptivos, algunas veces del preservativo en los varones.

4. PROBLEMAS SEXUALES

Como referencia importante podemos adoptar la tesis que al considerar la falta de consenso respecto al lugar de la sexualidad en el desarrollo de la personalidad normal y anormal, asume que la función y disfunción sexuales pueden entenderse como un aspecto de la conducta que puede o no ser afectado por la enfermedad física o mental.

En el RM se ha señalado como problemas principales; una conducta sexual propia de individuos cronológicamente más jóvenes lo que provocaría dificultades de ajuste al intentar funcionar dentro del grupo normal; posible explotación homo o heterosexual, conflictos en los padres para aceptar la sexualidad de sus hijos y todas aquellas condiciones del desarrollo y expresión sexuales, propias de la educación sexual. Vecino al tema que nos ocupa es el de la patología sexual asociada a los cuadros orgánicos cerebrales, que según la extensión y el área comprometida darán origen a variadas manifestaciones, pero que, no será tratada en este artículo por ubicarse en otra categoría nosológica y por determinar problemas específicos (15).

Los problemas sexuales en el R.M. se pueden dividir en dos grandes grupos: los llamados "problemas sexuales menores" y aquellos considerados "mayores". Los primeros se refieren a problemas ligados al desarrollo cuya patología tiene que ver con las contingencias de la evolución psico-sexual, desde el nacimiento hasta la muerte, y son motivo de un enfoque eminentemente educativo. Su manejo no debería requerir la intervención del personal especializado; son los padres de familia, los maestros y otro personal del equipo de salud los que deben estar entrenados para dar la

orientación adecuada sobre asuntos tales como: características del impulso sexual, amaneramiento, curiosidad sexual, masturbación, etc.

En el segundo gran tipo de patología sexual, la "mayor", tenemos cuatro grandes grupos: problemas de la identificación sexual, disfunciones sexuales (fundamentalmente impotencia y frigidez); parafilias (masoquismo, voyeurismo, fetichismo, etc) y, la homosexualidad llamada ego-distónica. Ninguno de los mencionados especialmente relevante en el paciente con RM.

Los problemas de la identificación psicosexual no es motivo especial de consulta y podrían pasar desapercibidos por la misma diferenciación que la familia otorga al niño con RM. De aquí que tampoco los posibles cuadros de inversión sexual, susceptibles de detectar en el subnormal adulto, sean frecuentes en la consulta, no existiendo además una vinculación definida entre problemas de identificación sexual en la niñez e inversión en la vida adulta.

Las parafilias tampoco tienen asociación particular con el R.M. Teóricamente sí lo serían las disfunciones sexuales, principalmente referidas a la calidad de relación interpersonal de la pareja.

En cuanto a la homosexualidad ego-distónica podemos señalar que su tratamiento tiene mayores dificultades que en la población normal, por las limitaciones sociales y la dificultad en comprender indicaciones a seguir. El esquema de tratamiento es similar pero son más difíciles de manejar los procedimientos terapéuticos tales como el incremento de asertividad y el trato continuo con personas del sexo opuesto, en el caso del paciente varón.

En resumen, se supone que el desarrollo psicosexual en el R.M. es el mismo que en la población general, siendo sólo más lento. Una de sus características sería la integración deficiente de la identificación psicosexual, aunque ésta no se traduce en "problemas sexuales mayores". La expresión sexual será menos elaborada cuanto más profundo sea el déficit y las relaciones interpersonales amorosas no alcanza, por lo general, el nivel de madurez necesario para la unión marital.

Es posible el matrimonio pero deberá ser asistido con consejos de planificación familiar y en la crianza de los hijos.

En términos de patología sexual, ésta es básicamente del tipo "menor" y por ende la sexología educativa es lo más importante en este grupo minoritario.

BIBLIOGRAFIA

1. ROSENZWEIGN, PEARSALL FP (Ed) Sex education for the Health Professional: A Curriculum Guide, Grune & Stratton, New York, 1978.
2. ALZATA H: Compendio de Sexología Médica, López y Estrada, Manizales, 1978.
3. FLORES JR, Sexualidad y Medicina, Diagnóstico, 2: 8, 38, 1978.
4. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Instrucción y Asistencia en cuestiones de Sexualidad Humana. Formación de Profesionales de la Salud. Serie de Informes Técnicos, No. 572, Ginebra, 1978.
5. PIZARRO FLORES M. y Cols.: "Retardo Mental": un enfoque multidisciplinario", X Congreso Peruano de Pediatría 1978.
6. GONZALES MAS, R.: "Rehabilitación del Deficiente Mental", Ed. Científica Médica, Barcelona, 1977.
7. Boletín Informativo de la Dirección de Bienestar Familiar. Dirección General de Justicia, Ministerio de Justicia I. 1981.
8. CARAVEDO, B.: "Epidemiología de la Debilidad Mental en el Perú", Galeno, Marzo, 1977.
9. COBOS, F.: Psiquiatría Infantil. Ed. Pluma, Bogotá, 1980.
10. VIDALG, BLEICHMAR, H y USANDIVARAS, R.J.: "Enciclopedia de Psiquiatría" Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
11. AJURIAGUERRA, J. de: "La Elección Terapéutica en Psiquiatría Infantil", Ed. Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1970.
12. EISENRING, J.J.: Sexualidad y Subnormalidad, en: Abraham, G y Passini, W.: Introducción a la Sexología Médica Ed. Crítica, Barcelona, 1980.
13. MAJLUF, E: Sexualidad y Retardo Mental, VI Congreso Peruano de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, 1976.
14. BASS MS: Matrimonio y Paternidad, en: BASS MS, GELIF M (Eds) Derecho a la Sexualidad y Responsabilidades del Deficiente Mental, Fontanella, Barcelona, 1976.
15. FLORES JR: Psicopatología y Lóbulos Temporales: Desórdenes Sexuales, VI Congreso Peruano de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, 1976.