



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADULTOS CON SÍNDROME DE DOWN, RETARDO EN EL DESARROLLO Y PARÁLISIS CEREBRAL

Mtra. Karina Antonia Guevara Verdugo

Universidad de Sonora

karina.guevara@unison.mx

Ps. Nancy Yatzil Méndez López

Universidad de Sonora

nancyymendezl99@gmail.com

Ps. Mariana Guadalupe Moreno Galindo

Universidad de Sonora

marianamorenog99@gmail.com

Área temática: A.6) Educación en campos disciplinares

Línea temática: 5. Educación para la Salud.

Tipo de ponencia: Intervención educativa sustentadas en investigación



Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo el diseño e implementación de un programa psicoeducativo a nivel de promoción, para el entrenamiento de diferentes conductas saludables y de higiene en jóvenes y adultos con discapacidad. Se trabajó con 18 jóvenes adultos diagnosticados con discapacidad (9 con trisomía 21, 5 con retardo en el desarrollo y 4 con parálisis cerebral), con una media de edad de 30 años pertenecientes al Centro Juvenil Sonríe. Se realizó una evaluación diagnóstica a través de expedientes, entrevista con los cuidadores de la población, y con registro de observación y listas de cotejo de manera individual. A partir de ello se optó por la aplicación de un taller de forma grupal, el cual estaba compuesto por 5 módulos (productos de higiene, limpieza de espacios, lavado de manos, cepillado de dientes y bañarse) y tenía como fin que el participante ejecutará de manera efectiva los procedimientos básicos que integran la higiene en su vida diaria a partir del contenido impartido en el taller. Se llevaron a cabo 5 sesiones entre 2 y 3 horas cada una. Como forma de evaluación de los contenidos se aplicó un pretest y post-test, donde a través de un ejercicio simulado e integrador el participante ejecuta las conductas aprendidas. Se obtuvieron porcentajes que midieron los alcances que tuvo la implementación del programa en cada conducta. Dentro de los resultados se obtuvo que la mayoría de los sujetos mejoraron en sus prácticas de higiene o bien mantuvieron aquellas con las que ya contaban.

Palabras clave: Intervención, Psicoeducación, discapacidad, higiene, conductas saludables.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a la discapacidad como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. En el 2020, esta organización señaló que más de 1,000 millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad, aproximadamente el 15% de la población mundial; de ellas, casi 190 millones tienen dificultades en su funcionamiento y requieren con frecuencia servicios de asistencia. El número de personas con discapacidad va en aumento debido al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades crónicas. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, del total de población en el país el 5.7% (7,168,178) tiene discapacidad y/o algún problema o condición mental, en donde el 41% de esta población, señala el caminar, subir o bajar, como la actividad con dificultad más reportada, mientras que el 19% de las personas con discapacidad y/o algún problema o condición mental de 15 años y más son analfabetas.

En México, la prevalencia de discapacidad junto con las personas que tienen algún problema o condición mental a nivel nacional es de 5.69%. En Sonora, el 5.5% de la población padece algún tipo de discapacidad, lo que equivale a unas 146 mil 437 personas según el INEGI (2020), en el 2010 el 22% la población infantil de tres a 14 años de edad con algún tipo de discapacidad en Sonora no asistía a la escuela, en la actualidad, en el estado de Sonora, existen pocos programas de atención para los adultos con algún tipo de discapacidad.

En base a un reporte de la OMS en el año de 2021, se señala que la inclusión de la discapacidad es básica para lograr un mejor estado de salud y bienestar, ya que las personas con discapacidad presentan de 4 a 10 veces más probabilidades de sufrir actos de violencia y mayor riesgo de sufrir lesiones no mortales por accidente de tránsito. Los niños con discapacidad tienen tres veces más probabilidades de sufrir abuso sexual y dos veces más probabilidades de sufrir malnutrición. También se señala la inclusión de la discapacidad como una cobertura sanitaria universal que no traiga consigo dificultades económicas, ya que las personas con discapacidad tienen tres veces más probabilidades de que se les niegue atención de salud, cuatro veces más probabilidades de que las traten mal en el sistema de salud y un 50% más de probabilidades de incurrir en gastos sanitarios catastróficos.

En cuanto a las necesidades relacionadas con salud, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) dio a conocer en el Informe de Evaluación de la Política del Desarrollo Social 2020 (IEPS 2020) que el 25.5% de las personas con discapacidad padecía diabetes en 2018 versus el 8.7% de la población sin discapacidad que tiene esta enfermedad; esta situación similar ocurría con la hipertensión (42.2% vs. 15.5%) y las enfermedades cardiovasculares (8.6% vs. 2.3%).

Rubin et al., (1998) mencionan que la obesidad es frecuente en la población con síndrome de Down, y los estudios recientes sugieren que se la considere un problema serio de salud pública que merece permanente investigación. Otros estudios indican que los niños con síndrome

de Down tienen un metabolismo más lento (Pinheiro et al, 2003) que la población general. Como media, las personas con síndrome de Down queman 200-300 calorías menos por día en reposo. Además, si se intenta corregir este metabolismo más lento solo mediante la dieta, hay riesgo de que aparezca un déficit nutricional; de ahí que se recomiende a los adultos que realicen ejercicio físico para evitar el aumento de peso.

Pinheiro et al. (2003) señalan que la investigación no ha profundizado demasiado en el tema del ejercicio realizado por las personas con síndrome de Down pero se sabe muy bien que en la población general el ejercicio ayuda a mejorar la forma de la gente, su autoestima y esa sensación general de bienestar.

El Centro Juvenil Sonríe, es un programa dentro de la asociación civil “Pintando Caritas”, que nace con la finalidad de atender a población adulta con algún tipo de discapacidad, principalmente con síndrome de Down, para ello, en vinculación con el H. Ayuntamiento de Hermosillo, se establece físicamente al programa en las instalaciones del Hábitat Comunitario “Solidaridad I”. Debido a los porcentajes antes observados, se identificó la necesidad de trabajar con la promoción de conductas saludables incluyendo temas de autocuidado como la higiene, la sexualidad, actividad física y hábitos alimenticios saludables, con el fin de prevenir enfermedades y desarrollar una autonomía en el sujeto.

Puerta (2019), se enfocó en el estudio de estrategias pedagógicas para trabajar y fortalecer los hábitos de autocuidado de los adultos con discapacidad intelectual moderada, utilizó instrumentos como fichas de observación y encuestas para los cuidadores. En sus hallazgos se demostró que los padres de familia desean que sus hijos adquieran los hábitos básicos del autocuidado, pero no trabajan en estas estrategias prácticas. También, se pudo evidenciar que la mayoría de los padres de familia le realizan las actividades diarias del autocuidado, para ahorrar tiempo o pulir lo que el adulto con discapacidad realizó, porque le quedo mal hecho, no le dan espacio de que ellos realicen actividades por sí solos, creando en ellos dependencia total en su autocuidado, lo cual a la larga genera angustia en el cuidador. Los adultos con discapacidad intelectual moderada demostraron las ganas de adquirir nuevos conocimientos, pero los cuidadores frenan el aprendizaje de ellos, porque los limitan con el pensamiento que ellos tienen una discapacidad y deben depender toda la vida de sus familias.

Para el desarrollo de conductas de autocuidado se debe considerar la evaluación del desarrollo, educación para la salud, control de accidentes, supervisión de las reacciones de los padres para ayudarlos a asumir el problema y proporcionarles estrategias para afrontarlo, elaboración y aplicación de los programas de intervención, elaboración e implementación de estrategias para asegurar la adherencia a los distintos tratamientos. En este sentido, son necesarias intervenciones en educación especial para el desarrollo de este tipo de competencias.

Ribes (2012), señala el término de educación especial como una intervención estructurada para alterar el desarrollo psicológico de las personas, incluyendo todas las funciones biológicas requeridas. También decía que la falta de respuesta por parte de una persona determina la imposibilidad de cualquier función y en consecuencia bloquea el desarrollo psicológico

correspondiente a la competencia a desarrollar en ese momento. Cualquier alteración biológica de los sistemas sensoriales y motrices no permiten al individuo reaccionar ante las propiedades de los objetos de estímulo, en esa medida de produce un desfase entre las características funcionales del medio de contacto de los sistemas reactivos de manera que el individuo se ve imposibilitado a interactuar con algunas de las propiedades funcionales de los objetos de estímulo en el ambiente.

Por otro lado, Ribes acerca del concepto de competencias refiere que estas se caracterizan a partir de un doble eje, primero el de las actitudes funcionales o procesos prescritos por el criterio de logro y el otro por el campo específico de interacción delimitado por personas, resultados, acontecimientos objetos y circunstancias que imprimen en la competencia su especificidad concreta. El primer eje delimita de qué manera es competente, mientras que el segundo delimita en que se es competente. Es importante saber el significado que tiene el concepto de competencia en la evaluación de intervención sobre el retardo en el desarrollo, por ello se destacan cuatro aspectos: la potenciación de los medios de contacto a través del establecimiento y compensación de sistemas reactivos, la adecuación de los medios de contacto a las posibilidades reactivas de los individuos, la explicitación de las competencias pertinentes a diversos dominios de la vida social, incluyendo en ellos el de la autosuficiencia, en términos de la arquitectura y composición del ambiente, así como de las habilidades correspondientes y los diversos niveles funcionales, de satisfacción del logro, y, por consiguiente, las diferencias en complejidad cualitativa de la competencia establecida y los límites funcionales de su ejercicio, en términos situacionales (Ribes, 2012).

En base a lo anterior, se puede decir que cualquier alteración biológica que tenga la persona puede desarrollar en ella un limitante ya sea por no contar con las habilidades necesarias para desempeñar la acción y al momento de presentarle una competencia a desarrollar como en este caso puede ser el realizar conductas saludables o la autonomía en diferentes aspectos de su vida se vea afectada y como resultado no se obtenga el logro esperado.

Para el desarrollo de este trabajo se consideró el modelo de la salud propuesto por Ribes (1990) y con variaciones planteadas posteriormente por Piña (2007) para la problemática de conductas saludables en los adultos. Este modelo se compone de 3 tiempos: pasado, presente y futuro. En el primer tiempo los factores involucrados son: 1) la situación vinculada con estrés, en este caso, pedir ayuda al emitir la instrucción solicitada por la maestra o cuidador y en caso de no ayudarlo hacer berrinche o negarse a hacer la acción, ; 2) la historia de competencias, que se conoce como la disponibilidad adquirida por el individuo al interactuar con situaciones que requieren el cumplimiento de determinados criterios; y 3) los motivos, que aluden a la preferencia o elección por objetos o eventos en una situación particular, solicitando así una ayuda por parte de la maestro o su cuidador al momento de pedirle que realice una acción o bien la facilitación por parte del cuidador a realizarle la tarea solicitada.

En el segundo tiempo, se incluye cuatro variables: 1) eventos disposicionales orgánicas, que son condiciones físicas que puedan afectar el contacto con el ambiente del individuo,

de los cuales se identifica contar con la presencia y ayuda del cuidador; 2) competencias presentes, que se relacionan con el saber qué hacer y cómo hacer, cumpliendo con pocas de ellas ya que algunos usuarios muestran iniciativa por realizar tareas por su cuenta; 3) eventos disposicionales sociales, por ejemplo en casa, el/la cuidadora se desespera al ver que su hijo/a no logra hacer correctamente o de manera rápida la tarea y termina realizándola; y, por último, 4) las conductas instrumentales, que se vinculan con un patrón de comportamiento que indirectamente aumentan o disminuyen el riesgo de que contraiga una enfermedad o lesión, que sería la presencia de alguna enfermedad relacionada con conductas saludable de autocuidado, como la higiene, el lavado de dientes, o bien la lesión al realizar una tarea por su cuenta, como tomar un cuchillo para realizarse un sándwich o al cruzar la calle por su cuenta. En el último momento, el futuro, se destaca la ausencia o presencia de la enfermedad, sea de origen patógeno o conductual, como algún daño orgánico grave generado por estas conductas.

Al detectarse una necesidad en la población de adultos jóvenes con discapacidad que acudían anteriormente al Hábitat Solidaridad I y debido a que durante la pandemia suspendieron sus terapias por dos años, permaneciendo en casa sin algún tipo de actividad y presentando retroceso en el área de comunicación y socialización, falta de actividad física y apego con sus cuidadoras, se decidió crear de la mano de la institución antes mencionada el Centro Juvenil Sonríe, cuya normatividad se basa en el artículo 15 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad que establece que “La educación especial tendrá por objeto, además de lo establecido en la Ley General de Educación, la formación de la vida independiente y la atención de necesidades educativas especiales que comprende entre otras, dificultades severas de aprendizaje, comportamiento, emocionales, discapacidad múltiple o severa y aptitudes sobresalientes, que le permita a las personas tener un desempeño académico equitativo, evitando así la desatención, deserción, rezago o discriminación”.

Se desarrolló la misión de formar, educar y dar herramientas a jóvenes con discapacidad para que sean seres humanos felices e independientes ante una sociedad, esto con la visión de formar jóvenes con discapacidad independientes y felices. El objetivo principal es brindar las herramientas necesarias en adultos con discapacidades del desarrollo y sus cuidadores atendiendo diferentes áreas como puede ser el lenguaje, la socialización y desarrollo académico, entre otras, con el fin de desarrollar en ellos una independencia a largo plazo.

Desarrollo

El objetivo del presente programa fue diseñar y desarrollar un programa de intervención psicoeducativo dirigido a jóvenes adultos en situación de discapacidad, enfocándose en el entrenamiento de diferentes técnicas de modificación conductual que promuevan el desarrollo de conductas saludables de higiene en los participantes. La finalidad es que el participante ejecute de manera efectiva los procedimientos básicos que integran la higiene en la limpieza

de espacios, el lavado de manos, bañarse y el cepillado de dientes en ejercicios simulados a partir del contenido impartido en el taller.

Se trabajó con 18 jóvenes adultos diagnosticados con discapacidad (9 con trisomía 21, 5 con retardo en el desarrollo y 4 con parálisis cerebral), con una media de edad de 30 años. Estos jóvenes pertenecen al Centro Juvenil Sonríe donde acuden diariamente. Para la identificación de necesidades con los jóvenes, se llevaron a cabo entrevistas con los padres, revisión de expedientes y registros de observación y listas de chequeo con cada uno sobre las conductas a desarrollar. Por medio de las entrevistas realizadas a los padres se concluyó que las necesidades detectadas más importantes son la autonomía e independencia, los padres piden diferentes tipos de actividades que pueden hacer a los jóvenes más independientes en sus hogares y la sociedad. Se analizaron diferentes factores de riesgo y protección y se optó por el diseño y aplicación de un taller de promoción de conductas saludables, el cual estaba compuesto por 5 dimensiones (productos de higiene, limpieza de espacios, lavado de manos, cepillado de dientes y bañarse). La intervención fue desarrollada en 6 sesiones de una hora y media de duración cada una, se aplicó de forma colectiva durante el mes de noviembre del año pasado. Debido a la población y sus habilidades, capacidades y necesidades se decidió trabajar con las técnicas de modelamiento y reforzamiento positivo durante el taller, así como para las sesiones de diseñaron actividades instruccionales, demostrativas, dinámicas y lúdicas, pertinentes, y de ejecución, para la evaluación de las conductas de los participantes.

Durante las sesiones se realizaron evaluaciones diagnósticas, de proceso y sumativas, se realizó una lista de chequeo como pretest donde se englobaron las siguientes categorías: productos de higiene, limpieza de espacios, lavado de manos, lavado de dientes y bañarse, dentro de la primera categoría se utilizaron productos básicos de higiene con el objetivo de identificar si los jóvenes conocían la función de cada uno de ellos. En la segunda categoría se colocaron los artículos de limpieza de espacios y se observó a los jóvenes como utilizaban cada uno de ellos, identificando si se realizaba correctamente o no la acción. En la tercera categoría se enumeraron los pasos a seguir durante el procedimiento de lavado de manos y se entregó un jabón líquido para manos y una toalla, después se pidió que lavaran sus manos como normalmente lo hacen con el fin de identificar si llevaban a cabo los pasos necesarios para su desarrollo. En la cuarta categoría se enumeraron los pasos a seguir durante el procedimiento de lavado de dientes y se entregó a cada persona un cepillo de dientes y una pasta, después se pidió que lavaran sus dientes con el fin de identificar si llevaban a cabo los pasos necesarios para su desarrollo. En la última categoría se simuló una regadera y unas llaves y se entregó un shampoo, un jabón corporal y una toalla y se le pidió al participante que realizara los pasos de bañarse, esto con el fin de evaluar si cumplían con el procedimiento necesario. Como evaluación final se aplicó un post-test con la misma lista de chequeo del pretest, para evaluar el efecto del taller, y se mediría a través de un ejercicio integrador donde tenían que realizar todas las conductas de higiene enseñadas.

Los resultados en la primera sesión, perteneciente a productos de higiene se encontró una mejoría en todos los sujetos después de haber aplicado el taller. También 5 sujetos mantuvieron

la puntuación máxima en ambos test lo que quiere decir que seguían manteniendo las conductas de higiene. Para la sesión de limpieza de espacios, se aplicaron diferentes áreas a evaluar, como barrer, trapear, tender la cama y su orden para esta. Muchos de los sujetos ya tenían este conocimiento y en ambos test tuvieron la mayor puntuación, pero también 2 sujetos presentaron una mejoría significativa. En la sesión de lavado de manos se pudo apreciar que todos los sujetos, tuvieron un porcentaje de aciertos mayor, es importante señalar que en el pre test, se observó que esta categoría tenía una mayor deficiencia en el repertorio conductual de los participantes. Por lo que se puede ver que si se cumplió con el objetivo deseado. En cuanto a la sesión de bañarse, se observó que todos los sujetos mantuvieron las conductas con las que ya contaban anteriormente ya que el porcentaje que habían obtenido era el máximo. A pesar de tener los mismos porcentajes en ambas evaluaciones se pudiera decir que el resultado fue bueno ya que no hubo un retroceso en las habilidades con las que ya contaban. Para la última sección perteneciente al cepillado de dientes se identificó que no hubo una diferencia entre el pre y el post.

Al momento de aplicar el último módulo, el cual pertenecía a la evaluación de un ejercicio simulado donde los sujetos debían de aplicar todas las áreas antes mencionadas en conjunto, se pudo observar que la mayoría de ellos tuvo mejoras al tender su cama, ya que muchos de ellos sacudieron y colocaron las sábanas en orden lo cual no lo hacían con anterioridad. También al momento de lavar sus manos establecieron nuevos pasos que antes no seguían. Al evaluar los resultados se pudo apreciar que la mayoría de los sujetos establecieron nuevas conductas de higiene o bien mantuvieron con las que ya contaban, por lo que se puede deducir que el taller tuvo un efecto positivo.

Conclusiones

A partir de los resultados, puede decirse que la intervención psicoeducativa cumplió con los objetivos propuestos, ya que la mayoría de los sujetos mantuvo o implementó nuevas conductas de higiene, a partir de los temas vistos en el programa. Se observó en los sujetos una participación muy fluida y dinámica en donde presentaron mucha motivación al realizar cada una de las actividades tomadas a lo largo del taller.

Por otro lado, un resultado importante a señalar fue los comentarios por parte de los cuidadores, quienes mencionaron que varios de ellos han implementado cambios en su higiene y han implementado pasos que antes no realizaban, también han mostrado iniciativa por la limpieza de espacios dentro de casa.

La necesidad del desarrollo de programas de intervención de este tipo es fundamental, ya que, la mayoría de esta población solo tiene apoyo hasta la edad de la adolescencia, existen escasos programas que trabajen con adultos que tengan este tipo de discapacidades, por otro lado, existe poca formación sobre la promoción de independencia y autocuidado en el alumnado

con discapacidad. Este tipo de programas responde estas necesidades de formación en los usuarios con discapacidad, es importante señalar que, para un mejor éxito en el desarrollo de este programa, se requiere el ajuste de las sesiones y aumentar el tiempo de duración del taller.

Referencias

- Angulo, M. C., Guijón, A., Luna, M., y Prieto, I. (2008). Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de 6: síndrome de down. Junta de Andalucía. En: https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23839/apoyo_educativo_SD.pdf
- Animal Político. (2021, 18 febrero). La medición de las personas con discapacidad en México. En: <https://www.animalpolitico.com/capital-plural/la-medicion-de-las-personas-con-discapacidad-en-mexico/>
- Discapacidad y salud. (2021, 24 noviembre)., de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Gago, D., y Jorquera, C. (2021). Apoyos para el autocuidado en relación a la vida independiente en adultos con discapacidad intelectual. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Escuela de Arquitectura y Diseño. En: https://wiki.ead.pucv.cl/images/8/88/Apoyos_para_el_autocuidado_en_adultos_con_discapacidad_intelectual_2021.pdf
- Guevara, Y. (1999). El Interconductismo en el Área De La Educación Especial. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2(2).
- Guevara, Y. (2006). Análisis Interconductual de Algunos Elementos que Constituyen la Enseñanza Básica. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 11(30), 1037-1064.
- Hermosillo, S. E. S. G. J. de. (2021, 21 marzo). En el Día Mundial del Síndrome de Down buscan conciencia e inclusión. El Sol de Hermosillo | Noticias Locales, Policías, sobre México, Sonora y el Mundo., de <https://www.elsoldehermosillo.com.mx/local/sindrome-de-down-sd-hermosillo-inclusion-sociedad-dia-internacional-concientizacion-dif-sonora-ana-gonzalez-villa-21-de-marzo-6499527.html/amp>
- Hernández, L. (2021, 2 febrero). Censo 2020: 16.5% de la población en México son personas con discapacidad. dis-capacidad., de <https://dis-capacidad.com /2021/01/30/censo-2020-16-5-de-la-poblacion-en-mexico-son-personas-con-discapacidad/>
- LEY GENERAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. (30 de marzo de 2011). CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN., de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgpd/LGPD_abro.pdf
- Pinheiro, A., Urteaga, Carmen., Cañete, Gloria., & Atalah, E. (2003). Evaluación del estado nutricional en niños con síndrome de Down según diferentes referencias antropométricas. Revista chilena de pediatría, 74(6), 585-589. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062003000600004>

- Programa nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad. (2014, 30 abril). SEGOB., de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014#gsc.tab=0
- Puerta, V. E. (2019). Cartilla didáctica “descubriendo un nuevo mundo: Estrategias pedagógicas desde el hogar para el autocuidado en personas con discapacidad intelectual. Horizontes Pedagógicos issn-l:0123-8264, 21 (1). En: <https://horizontespedagogicos.iberu.edu.co/article/download/1495/1430/>
- Piña López, Julio Alfonso. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7(1), 19-32. Retrieved May 28, 2023, En http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100003&lng=en&tlng=es.
- Ribes, E. (2012). La Educación Especial: Una Perspectiva Interconductual. En Guillen, R., Viñas, S, Camacho, J., Gómez, A., Zepeda, E. y Serrano M. (2012). *Educación Especial y psicología*. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Ribes, E. (2019). Retardo en el Desarrollo y Modificación de Conducta. En: *Técnicas de Modificación de la Conducta*. Trillas, 13-27.
- Rubin, S. S., Rimmer, J. H., Chicoine, B., Braddock, D., & McGuire, D. E. (1998). Overweight prevalence in persons with Down syndrome. *Mental Retardation*, 36(3), 175–181. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1998\)036<0175:OPIPWD>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1998)036<0175:OPIPWD>2.0.CO;2)
- Sistema Nacional DIF. (21 de marzo de 2022). Día Mundial del Síndrome de Down. gob.mx., de <https://www.gob.mx/difnacional/documentos/dia-mundial-del-sindrome-de-down-238643>