

TEMES D'ESTUDI

LA PROBLEMÁTICA DEL DEFICIENTE FÍSICO DENTRO DE LA TERAPIA FAMILIAR

RESUMEN

El presente artículo, trata de dar una nueva *visión* de la deficiencia física partiendo desde la Psicología Evolutiva del Ciclo Vital (Life Span), e intentando ampliar la perspectiva de terapia familiar, considerando a la familia como fuente inicial de cambios actitudinales que influirán paulatinamente en la aceptación del propio discapacitado físico, así como su producción en los diferentes grupos sociales.

Partiendo de la idea de que se producen cambios significativos en la pareja al nacer un hijo con deficiencia, se pretende dar unas pautas de intervención y estrategias de afrontamiento, tanto a nivel individual de la persona afectada, familiar y relacional entre la familia y el equipo multidisciplinar que atiende al niño.

Carmen Barrachina Segura*

1. INTRODUCCION

DADA mi trayectoria personal y a medida que voy adquiriendo una mayor experiencia como Psicóloga Clínica, me surgen multitud de interrogantes que, ni por asombro, hace unos cuantos años estaba en posición de poder plantear.

La pregunta más reciente que me formulo, es sobre si debe existir una Psicología para deficientes físicos, al igual que hay especialistas en toxicomanías, alcoholismo, sexualidad, o en cualquier otra materia. Es decir, si es lícito afirmar que los disminuidos físicos tienen unas características psi-

cológicas especiales que los distinguen como tales.

Pienso que el hablar de una psicología especial —sea cual sea el área— es caer en una contradicción, pues no hay un sólo rasgo de la psicología individual que no puede darse en cualquier otra persona con mayor o menor intensidad.

En concreto, en la población de deficientes físicos se pueden dar unos rasgos de personalidad, lo cual no quiere decir que todos presenten los mismos rasgos, ni siquiera de una manera uniforme ni con la misma intensidad.

Lo evidente es que algo pasa cuando se oye decir que los deficientes en general, o en particular alguna discapacidad determinada, se caracteriza por ejemplo, por tener problemas en la capacidad de verse a sí mismo sin ninguna referencia exterior, o perciben dificultades para defender su propio lugar, dificultad para tener una imagen de su esquema corporal, etc.

Todos estos aspectos, en la mayoría de los casos enraizados durante la infancia, no son más que manifestaciones de una inadaptación, más o menos producida por fuertes sentimientos de inferioridad y falta de seguridad en sí mismo, al encontrar unas barreras (físicas o psíquicas), para conseguir determinados objetivos. Este sentimiento se instala desde el momento que el sujeto se percibe como «persona carente de», no por ser distinto en sí, sino por el tratamiento que de los demás recibe.

Por lo tanto, la deficiencia física no influye como tal a quien la padece, sino a una serie de circunstancias y situaciones que van asociadas a ella, tales como:

- El excesivo proteccionismo de los padres.
- El frecuente aislamiento que sufren algunos afectados debido a largos períodos de hospitalización, intervenciones o reclusiones en el hogar.
- El rechazo por parte de la sociedad.
- Una menor proporción de estímulos culturales y sociales.
- Menor oportunidad de establecer relaciones interpersonales, etc.

De cara a la sociedad en general se pretende poner en vigencia el Principio de la Normalización. Este no hace referencia tan sólo a un «producto final normalizado», sino a un proceso de normalización entendido como una escala de distintos pasos, en la que se va ascendiendo hasta conseguir la normalización:

- Aceptación. • Integración.
- Participación. • Normalización.

Cometería un grave error si me quedase con el planteamiento expuesto hasta ahora. Soy consciente de que cada deficiencia es diferente a otra, y que el impacto que ésta tenga sobre la sociedad, familia o uno mismo va a depender de muchos y variados factores, siendo quizás los más importantes, el momento en que se produce la deficiencia, es decir, si es congénita o adquirida, así como el grado de dependencia-autonomía y consciencia de la persona afectada.

2. UNA NUEVA VISION DE LA DEFICIENCIA FISICA

Con este artículo quiero abrir un paréntesis lo más práctico posible dentro de la terapia familiar, viéndome obligada a conjugar una triple visión en el enfoque de la problemática del deficiente físico, es decir:

- Mi modo de sentir particular como persona afectada por una gran deficiencia física, en concreto, tetraplejía.

* Psicóloga.

- Como miembro de una familia donde se han producido unos cambios estructurales en el sistema familiar, por tener que recibir una atención más continuada.

- Mi obligación como profesional de ser lo más objetiva posible en el planteamiento de la problemática, a fin de estar por un lado en disposición de prestar una ayuda eficaz a mis clientes, y por otro, proporcionar hipótesis, estrategias y tácticas de utilidad para cualquier psicoterapeuta.

Teniendo presente las dificultades señaladas, pretendo ofrecer una nueva orientación con un punto de vista particular de la deficiencia física, desmitificando el hecho de que hasta la fecha, la Psicología del deficiente se relegaba a una Psicología Diferencial procedente de una Educación Especial. Esta reciente perspectiva parte de la Psicología Evolutiva y más exactamente desde la orientación del Ciclo Vital (Life Span), cuyo objeto lo constituye el estudio de los cambios y su evolución que acaecen en el desarrollo humano a lo largo del tiempo en el curso vital del hombre.

Tener un hijo con alguna deficiencia, es un «suceso vital no normativo», por lo tanto entra dentro de la Psicología Evolutiva del Ciclo Vital.

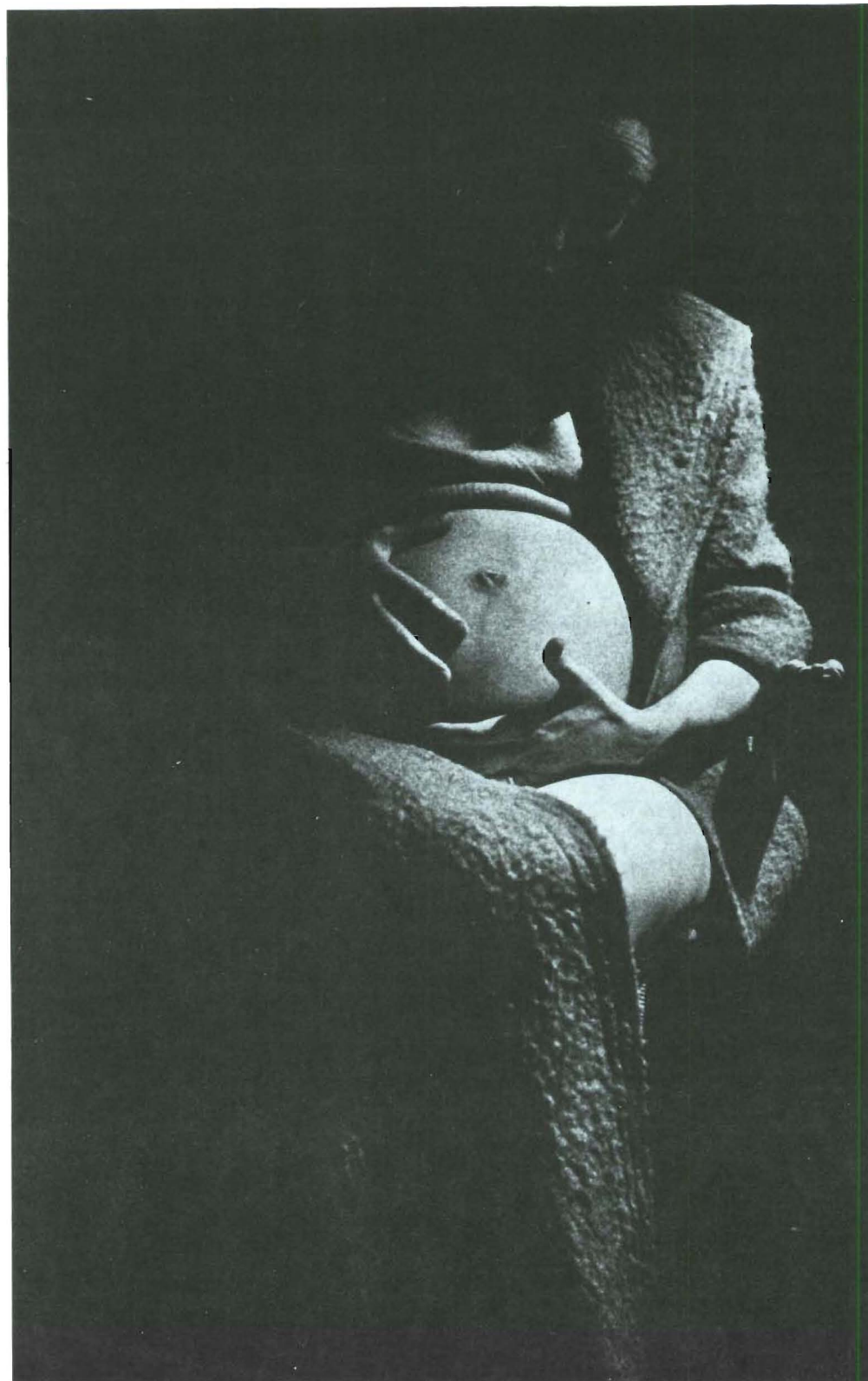
Baltes, Reese y Lipsitt (1980), hablan de «suceso vital no normativo», cuando se refieren a ciertos determinantes o acontecimientos biológicos y ambientales que no ocurren en ninguna edad normativa histórica para la mayoría de los individuos, y que generalmente, las personas no están preparadas para afrontar dichos acontecimientos. Por lo común —al menos como hipótesis explicativa— no presentan ninguna relación con la edad cronológica por ser de tan diversa índole y con repercusiones tan variadas en cada una de las etapas de la vida, dependiendo por lo tanto de multitud de variables aleatorias.

2.1. Significado de un nacimiento anormal

En un trabajo anterior (Barrachina y Serra, 1985), he pretendido demostrar que se produce un cambio significativo en la pareja al nacer un hijo con una deficiencia (suceso no normativo), considerando como punto inicial el proceso mismo del embarazo y el significado que la pareja tenga sobre él.

En concreto, las hipótesis de partida eran las siguientes:

- Existen características familiares diferenciales y significativas entre una pare-



ja que ha tenido problemas en el parto, y otra cuyo nacimiento del hijo haya transcurrido con normalidad.

- En los casos en que hubiesen transcurrido de forma anómala, posteriormente se produciría en la pareja una situación anómica y de desajuste que continuaría durante un tiempo determinado.

- Comprobar si el cambio evolutivo a medida que avanza la edad cronológica del niño, predomina sobre la deficiencia física o mental, o por el contrario, éstas se

mantienen de forma constante durante toda la vida del niño, haciendo carecer de importancia las variables evolutivas.

Posteriormente y al margen de la investigación, la comprobación de algunas hipótesis han sido de gran utilidad a la hora de tenerlas presentes en terapia familiar. En concreto, la existencia de diferencias significativas a favor de las características diferenciales en familias con niños deficientes físicos (causadas por aspectos sociales más que estructurales), y una fuerte pre-

dominancia de la influencia de la deficiencia física o mental (aun dándose ciertas mejoras) frente a las variables evolutivas.

Siguiendo un orden explicativo, quisiera recalcar dos factores que aparecen desde el primer momento del nacimiento del niño, y que posteriormente van a ser decisivos para la aceptación e integración de la persona afectada en el núcleo familiar, y por ende, la normalización en todo sistema social.

- Las expectativas de los padres.
- Conducta reactiva de los padres.

Las expectativas de los padres

Durante el período prenatal, todos los padres crean unas expectativas acerca de su futuro hijo. Esto es lógico en todos los casos, y empiezan a verse capaces de responder adecuadamente a un recién nacido normal. Pero el problema surge cuando el niño nace con alguna deficiencia, entonces los padres pueden experimentar un bloqueo o una inhibición parcial para reaccionar ante su hijo.

Para Stephen Kew (1978), se dan una serie de características en los padres ante la llegada de un hijo y son tan comunes que casi resultan universales.

a) Los padres esperan un hijo normal. Los padres que van a tener un hijo, no esperan simplemente un «hijo en abstracto», sino aquel en particular que ya tienen presente en sus mentes. Este suele ser un ideal; un hijo normal, sano...

Estas expectativas sufren alguna modificación cuando la imagen mental se transforma en realidad. Pero si el niño nace con un problema, la discrepancia entre la imagen ideal y la real es aún mayor. Puede llegar a ser tan grande que los padres se encuentren, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

b) Los padres quieren realizarse creativamente. Los padres sienten la necesidad de crear algo bueno. El nacimiento de un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad al hombre y un sentido de plenitud y bienestar en la mujer.

c) Los padres desean descendencia. Generalmente, los padres esperan tener descendencia con el propósito de crear generaciones futuras que les sobrevivan. Un grave trastorno congénito puede acabar con este orgullo (considerado como una herida narcisista), y frenar definitivamente la posibilidad de prolongar la vida familiar.

Conducta reactiva de los padres

El efecto inmediato que el niño con deficiencias puede ejercer sobre sus padres es de suma importancia, pues determinará los cambios que pueden producirse en la relación entre padres e hijos, así como la actitud de los futuros hermanos hacia la deficiencia en general sirviendo como modelos de repetición de las mismas conductas.

Los cambios en las relaciones familiares son mucho más importantes que la mera presencia de un hijo deficiente físico en la familia, sobre todo, si tales cambios se producen a causa de factores que caen fuera de control produciendo una crisis. No se puede saber el alcance de los cambios y de las consecuencias que va a acarrear la deficiencia del hijo, hasta no conocer de una manera realista, el contexto de lo que ocurre en el hogar. Si no se hace así, nos quedaríamos siempre en un nivel superficial.

Ante la situación de crisis, los padres tienen que buscar una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas en múltiples direcciones. El problema radica en que exige una adaptación instantánea sin una preparación previa para afrontar el nuevo suceso.

E. Kew (1978), también ha descrito una serie de reacciones progresivas por las que pasan la mayoría de los padres en mayor o menor grado, desde el momento de recibir la noticia de que su hijo no es normal hasta conseguir la adaptación plena del niño como tal. Dichas reacciones emocionales no tienen por qué sentir las todos los padres, ni tampoco con la misma intensidad, pues dependen de muchos factores familiares. Dichas reacciones son:

- Conmoción y aturdimiento.
- Rechazo.
- Pena.
- Ansiedad, temor, horror.
- Rechazo y/o sobreprotección.

No se puede predecir el modo de readaptación de cada pareja tras el nacimiento de un hijo con deficiencias. La no aceptación del niño quedará reflejada en los mecanismos de defensa que utilizan los padres, a la vez que pueden provocar una autodefensa por parte del niño manifestándose en conductas agresivas, egoístas, etc.

2.2. Repercusiones familiares y estrategias de afrontamiento

Aunque es verdad que en los primeros años, el cuidado del niño recae más sobre la madre, prefiero hablar de «cuidados parentales», incluyendo al padre como agente

directo en la relación con su hijo, incluso ellos declaran sentirse partícipes del cuidado del niño y de sus preocupaciones. Lo que sí es cierto es que también se verán influidos por las repercusiones familiares.

En estas condiciones, los padres van a buscar unas estrategias de afrontamiento que sin considerarse en principio como anormales, si se prolongan en el tiempo, pueden producir daños en el núcleo familiar. Algunas de las estrategias se manifiestan de la siguiente forma:

- Un distanciamiento de las relaciones de pareja. En algunos casos y de manera inconsciente muchas veces, se busca la existencia de un «culpable» de lo ocurrido. A veces una repercusión directa puede ser el rechazo a mantener relaciones sexuales por temor a tener más hijos afectados después del nacimiento del primero. Pero al mismo tiempo existe una preocupación acerca de cuál sería la persona idónea capaz de cuidar en el futuro al hijo. De ahí se puede llegar a entender que algunos padres hayan optado por tener más descendencia.

- En la pareja joven, cuyo primer hijo es el deficiente físico, puede producirse temor y angustia por parte de la madre al verse responsable de todo.

- Numerosos trabajos han señalado el hecho de que la enfermedad crónica infantil produce stress en las familias de los niños afectados (Sabbeth, 1984). Dicho stress se origina, lógicamente, en la preocupación por su estado de salud actual y futuro, y se perpetúa con los cambios que se llevan a cabo en los diversos aspectos de la vida familiar para aumentar el cuidado del niño. Este stress familiar, también puede ser elevado en casos que normalmente producen menos grado de incapacidad, pero que requieren cuidados diarios en función de su cronicidad y potencial gravedad.

- En algunas familias, un modo de afrontar el problema, es convertir la pena por la deficiencia del hijo en una situación de «duelo permanente», entorpeciendo o impidiendo la búsqueda de soluciones.

- Un elevado número de padres no ven en sus hijos grandes posibilidades. No son conscientes de la influencia que sobre ellos pueden ejercer como agentes principales de motivación.

Este hecho contrasta con mi experiencia personal al entrevistarme por primera vez con padres desconocidos y declararme que no se sienten una «familia especial» por tener un hijo deficiente físico. Cuan-

do se les indaga acerca de cómo habían logrado sentirse de esa manera, no logran dar ninguna respuesta, dejando traslucir la de-seabilidad social. Es en entrevistas posteriores cuando reconocen que la deficiencia ha provocado un cambio estructural en la familia.

3. PERSPECTIVAS DE INTERVENCION

Después de dar una breve descripción teórica quiero pasar al plano de la intervención en tres ámbitos:

- a) Intervención en el sistema familiar.
- b) Intervención en el deficiente físico.
- c) Relación familia-equipo multiprofesional.

Dicho planteamiento puede estar incluido dentro de la terapia familiar sistémica, aunque algunos aspectos tengan mejor explicación desde otras orientaciones no necesariamente opuestas.

a) Intervención en el sistema familiar

Hasta ahora, los problemas surgidos en el sistema familiar se trataban desde la relación con un solo miembro, restando la riqueza que puede suponer la heterogeneidad de la unidad familiar, y que en definitiva repercute en el propio niño.

Según un orden evolutivo, desde el momento de producirse la deficiencia y siguiendo una jerarquía de prioridades establecida por los padres, el primer profesional a quien recurre la pareja con su hijo, es al médico para que con su diagnóstico, confirme la sospecha de los padres convirtiéndose así en la persona informadora de la «mala noticia».

En términos generales, siempre hay problemas por parte del médico a la hora de conocer la evolución y pronóstico de una deficiencia determinada, costándole responder a las preguntas de los padres, ya que las respuestas dependerán de diversos factores, y por lo tanto, muchos de ellos prefieren tomar una postura no comprometida.

A pesar de la dificultad intrínseca para diagnosticar prontamente la parálisis cerebral, en mi investigación (Barrachina, Serra, 1985), encontré un elevado porcentaje de casos (el 68%) que habían sido diagnosticados antes de los nueve meses de vida del niño. Este factor es de radical importancia, ya que de él va a depender el éxito en el pronóstico y tratamiento de la deficiencia.

Los profesionales sociales (asistentes sociales, psicólogos, etc.), nos encontraremos con la problemática familiar en un paso posterior. Va a ser fundamental el ambiente de acogida que demos a cada familia. Las reacciones ante la deficiencia del hijo pueden ser múltiples y no siempre estereotipadas, ya que en cada caso nos encontramos ante personas distintas. De ahí que la forma de acercarnos a estas personas tampoco puede ser la misma. La familia a quien tenemos delante, tendrá sus propios valores y nosotros tenemos que aprender a respetárselos.

Por lo tanto, el nacimiento de un hijo deficiente, puede llevarnos a tener que actuar ante una desestructuración del sistema familiar, desde el momento en que se produce la situación problema, siendo conscientes de que los padres desconocen la existencia de mediadores que les ayuden a enfrentarse mejor a la situación de cambio.

Todas estas observaciones llevan a considerar la importancia que tiene en estos casos, la aplicación de una terapia familiar

que estudie y analice la dinámica y las características individuales que componen el núcleo familiar.

Este acercamiento sistemático de la familia requiere:

- Entrevista inicial con la familia.
- Reuniones y dinámicas de grupo entre padres y profesionales que tratan al niño.
- Terapia familiar propiamente dicha, como método de tratamiento orientado a ayudar al grupo familiar a resolver de manera satisfactoria sus problemas de funcionamiento interno-externo, así como a saber expresar sus temores, deseos, proyectos, etc.

El terapeuta a su vez pretende a grandes rasgos:

- Una comprensión clara de la situación en ese período familiar del ciclo vital.
- Aceptación progresiva del problema y de los pasos necesarios a realizar.
- Identificar las necesidades futuras de cada miembro y su relación con la deficiencia.



— Prestar un servicio de información y orientación.

En los casos en que al terapeuta le permitan realizar una intervención preventiva, debe incluir actividades encaminadas a enseñar solución de problemas, así como ofrecer a los padres de alto riesgo unos parámetros para afrontar las nuevas situaciones. Principalmente dichos parámetros son:

- Preparación para el cambio: Esta preparación será distinta según los sujetos. Dependerá de la estabilidad-inestabilidad de la persona y de su gusto por conocer cosas nuevas.

- Locus de control: Se refiere a un sistema de atribuciones y responsabilidades del sujeto. El locus de control puede ser interno o externo, según donde ponga la responsabilidad de todas sus acciones la persona.

Hay que tener presente que una psicoterapia de este tipo, requiere una duración más bien larga con el consiguiente gasto económico. Este hecho hace que la terapia familiar quede relegada —teniendo presente la situación sanitaria española— sólo para las familias más privilegiadas.

Por eso y a pesar de nuestros esfuerzos por ofrecer salidas, los padres un poco por su cuenta, tratan de encontrar una solución lo más eficaz para su hijo. Lo primero que se les ocurre es acudir a un Centro Especial donde sus necesidades se verán cubiertas y, quizás, sus esperanzas de curación. Sin embargo, hay padres que entienden estos Centros como «semi-internados» que cubren los problemas que más les preocupan (asistencia médica, rehabilitación, etcétera), o como un aparcamiento para adultos deficientes.

b) Intervención individual con el deficiente físico

Tengo que resaltar la importancia que siempre se le ha dado a aspectos tales como la rehabilitación, terapia ocupacional, logopedia, etc., evidentemente fundamentales en las primeras etapas de la deficiencia. Pero esta manera de enfocar las cosas aparentemente natural, ha conducido a considerar aquello que se hace distinto con la persona afectada, como la clave de la actividad a realizar con ella. Junto a la valoración progresiva de tales aspectos, ha existido la tendencia de trabajarlos y desarrollarlos en sí mismos, llegando a no tener en cuenta la ordenación de prioridades en la facilitación del desarrollo personal, tendiendo a recetar estas terapias de forma mecánica y sólo por padecer una determinada deficiencia.

A medida que la persona con deficiencia física se hace adulta y, por lo tanto, más consciente de sí misma, es conveniente apoyarla de forma individual, que no tiene por qué entrar en contraposición con la terapia familiar. Dicho apoyo estaría encaminado a asumir las siguientes necesidades:

a) Necesidad de asumir su propio cuerpo. Es una necesidad real de toda persona. La forma en que cada sujeto percibe su corporalidad y la manera en que se configura su esquema corporal, influyen en su autoconcepto o percepción que tenga de sí mismo.

El deficiente físico tiene su cuerpo y deficiencia permanentemente en su pensamiento. Frecuentemente se ve como algo imperfecto e inferior.

La terapia puede ayudar a la aceptación de valores propios al margen de la deficiencia, favoreciendo la superación de su corporalidad defectuosa, además de hacer que piense como persona con cualidades humanas e intelectuales que tendrá que compartir con los demás.

b) Necesidad de independencia: Todo ser humano a medida que avanza en su desarrollo, necesita independencia y autonomía. El deficiente físico es dependiente físicamente generalmente de su familia. Esto genera un proteccionismo de la gente que le rodea, haciendo que la persona en cuestión, encuentre dificultades a la hora de conseguir un sentimiento de independencia y autonomía.

La terapia puede ayudar a la persona a incluirse en otros ambientes al margen de la familia, adquirir autosuficiencia e independencia, y a confiar en otras personas no conocidas para solicitar su ayuda en los hábitos de higiene, transporte, etc.

c) Necesidad de autoestima: Es esencial para sentirse a gusto consigo mismo.

La imagen que uno tiene de sí mismo viene dada a través del reflejo de la imagen que los demás tienen de nosotros. La autoestima será también adquirida en la medida en que uno se siente estimado por las personas que le rodean.

d) Necesidad de motivación: Es esencial para el desarrollo de toda persona. Se podría decir que sin ella cualquier esfuerzo por conseguir algo es inútil.

Las personas que tienen grandes vínculos sociales y emocionales, están generalmente más motivadas para lograr una buena incorporación a un grupo. Si no hay motivaciones externas la persona permanecerá pasiva.

c) Relación familia-equipo multiprofesional

A menudo se ha comentado que la colaboración entre los padres de niños afectados y los profesionales es harto difícil y algo agresiva. Son vistos como agentes extraños a la familia que vienen a violar su intimidad, ante tal situación, los padres se perciben como indefensos.

Desde el punto de vista de los padres en relación con los profesionales, el doctor F. de Barbot (1986), señala un mayor deseo de ser partícipes en las decisiones que se tomen con su hijo, así como el derecho de ser informados de lo que sucede, de una manera no brutal pero tampoco falsa. Los profesionales, en cambio, encuentran dificultades para hablar con los padres, al pensar que no van a poder asumir las conclusiones sobre su hijo.

Parece evidente la existencia de un no entendimiento entre equipo profesional y familia, traduciéndose en que la mayoría de los padres, sobre todo de clase social media-baja, no saben explicar qué tipo de deficiencia padece su hijo. Perciben una falta de información posterior sobre la evolución del niño y el tipo de tratamiento que recibe por parte del equipo médico y otros profesionales, provocando una desorientación familiar, así como una desconfianza y desconexión entre los padres y el equipo encargado de llevar el caso. Asimismo, esta desinformación puede suscitar en la mayoría de los padres, unas falsas o nulas expectativas sobre las verdaderas posibilidades de su hijo, poniendo en marcha los mecanismos de autodefensa que conocen.

4. CONCLUSIONES

Queriendo remarcar el aspecto práctico, la intervención directa sobre el deficiente físico, puede encuadrarse perfectamente dentro de la Psicología Evolutiva del Ciclo Vital, ya que se trata de un suceso vital no normativo. Esta intervención puede reflejarse tanto en su dimensión preventiva, como terapéutica reconociendo ciertos aspectos diferenciales producidos por la presencia de un deficiente físico en la unidad familiar, ya que va a marcar una dinámica concreta.

Dentro de la intervención preventiva se englobarían los siguientes aspectos:

- Necesidad de que en los programas de Preparación al Parto, se incluyan aspectos relacionados con saber afrontar problemas que pueden surgir durante el embarazo y parto. Es una utopía y un engaño,

sobre todo para las parejas primerizas, hacer pensar que este suceso que de por sí ya resulta nuevo, siempre es perfecto.

- Se ve necesario que exista una orientación e información puntual a los padres desde el momento que se tenga conocimiento de la deficiencia del hijo, como apoyo ante una situación conflictiva y desconocida desde el principio, ya que de este modo revertirá en beneficio futuro del niño, considerando que la buena interacción familiar es fundamental para la integración y normalización del deficiente físico en la sociedad.

- Convertir los Centros de Día en verdaderos lugares educativo-sociales, cuyas funciones más importantes fuesen:

- Apoyar la integración en el medio social y, por lo tanto, evitar la institucionalización.

- Ejercer una especie de tutela social en los casos que lo requieran.

- Apoyar a las familias aliviándolas de la carga que representa la presencia constante del deficiente físico.

Como punto final teórico, cabría añadir que integrar a una persona no quiere decir que el deficiente físico tenga que realizar lo mismo que la persona no disminuida. Por eso se rechaza el concepto estadístico de «Normalidad», por defender los valores estereotipados que tiene la sociedad, y se tiende a la «Normalización» vista como el logro de una existencia igual hasta donde sea posible a la que llevan las demás personas. No se trata de normalizar a la persona, sino a sus condiciones de vida, de tal modo que independientemente de sus limitaciones, puede desarrollar su vida con la mayor plenitud posible, recibiendo en caso necesario apoyos específicos.

BIBLIOGRAFIA

AUXILIA (1988): *A la zapatilla por detrás. Integración del minusválido en el Tiempo Libre*. COCENFE. Ed. Popular.

BALTES (1981): *Métodos de Investigación en Psicología Evolutiva. Perspectiva del Ciclo Vital*. Ed. Morata.

BARRACHINA SEGURA, C. (1985): *La maternidad de un hijo con problemas como suceso vital no normativo. Problemática familiar por la presencia de un hijo minusválido*. Mimeo.

KEW STIPHEN (1978): *Los demás hermanos de la familia*. Ed. Serem.

SERRA DESFILIS, E. (1982): *Introducción y conceptos de Psicología Evolutiva*. Ed. La Nau.

SIMPOSIUM INTERNACIONAL, Madrid, 29-30 de septiembre de 1988. «La Parálisis Cerebral en sus aspectos clínicos, terapéuticos y educativos» (Resumen de comunicados).

TOLEDO GONZÁLEZ, M. (1977): *Parálisis Cerebral Infantil*. Col. Cuadernos de documentación. Ed. Serem.



DISTEST

DISTRIBUCION DE TESTS PSICOLOGICOS Y MATERIAL PSICOTECNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1.º, 2.ª - Teléfono 360 63 41 - 46021-VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- Tests
- EQUIPOS DE CONDUCTORES
- Bibliografía
- MATERIAL DIDÁCTICO
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- BIOFEEDBACK
- AULA Y DESPACHOS EN ALQUILER

HORARIO: Lunes a viernes, de 9.30 a 13.30 y de 16 a 20 h.