

ESTUDIOS

Actitudes sociales y educación de deficientes somáticos, psíquicos y sociales

EUSEBIO MARTINEZ, O. P.

Profesor de Psicología y Antropología cultural en el Instituto filosófico de PP. Dominicis-Madrid

La educación de deficientes o excepcionales por defecto continúa siendo un problema en todos los países. La orientación profesional basada exclusivamente en tests de aptitudes y de rendimiento es peligrosa para muchos sujetos «aparentemente» normales y totalmente insuficiente para sujetos excepcionales. La educación de estos últimos tiene un interés económico para la nación y se impone por la obligación moral de atender a las necesidades elementales del hombre en sociedad.

Un sujeto es excepcional cuando no es igual que la mayoría de los hombres de su edad y sexo. Además de esta definición estadística, y limitándonos al excepcional por defecto o deficiente, decimos que todo individuo cuyo rendimiento actual se halla de manera muy notoria por debajo de su potencial es un individuo excepcional.

Para distribuir estos sujetos en grupos funcionales podemos aceptar varios criterios. Por esta razón no existe una clasificación unánime. Teniendo en cuenta el *handicap* físico tenemos:

- Sordos, duros de oídos.
- Ciegos, semiciegos.
- Enfermos con enfermedades progresivas.
- Epilépticos.
- Paralíticos cerebrales.
- Malformados, sin piernas, sin brazos, etc.
- Disminuidos físicos, v. gr., cardíacos con dos horas de trabajo posibles.
- Cosméticos, muy feos, con apariencias monstruosas.
- Enuréticos.
- Dificultades en el lenguaje, v. gr., tartamudeo, cecear, etc., notorios.

- Atendiendo a la inteligencia:
 - Lentos.
 - Débiles mentales.
 - Imbéciles.
 - Idiotas.
- Teniendo en cuenta la personalidad:
 - Inestables.
 - Delincuentes.
 - Neuróticos.
 - Psicóticos.
- Teniendo en cuenta el carácter social:
 - Illegítimos.
 - Huérfanos.
 - Abandonados: padres divorciados que abandonan los hijos.
- Considerando la escolaridad:
 - Retardado general: v. gr., empezaron tarde la escuela.
 - Retardado especial: retrasados en alguna(s) asignatura(s).
 - Casos clínicos de aprendizaje: v. gr.: dislexia.

ACTITUDES SOCIALES FRENTE A LOS EXCEPCIONALES

El progreso en la planificación de la educación especializada ha dependido de las diversas actitudes de la sociedad frente al excepcional, frente al «enfermo». Las actitudes sociales que explicaremos se atribuyen en general a todos los excepcionales mencionados, pero particularmente a los más notorios de los físicos, intelectuales y de personalidad.

1. ACTITUD DE RECHAZO

En un principio, el excepcional fué simplemente rechazado de la esfera social. La lucha por la vida exigía una concentración de energías para combatir eficazmente las amenazas del medio ambiente: animales, frío, búsqueda de alimentos, etc. En algunas tribus se les eliminaba físicamente, acompañando los homicidios con ritos mitológicos, en otras se hacía sin ritos. En sociedades culturalmente avanzadas, como en Grecia, se legitimaban esos homicidios. Algunas sociedades contemporáneas (Hitler, algunos países comunistas) han llegado también a sistematizar esos homicidios, legalizados por un materialismo racial o social. La compasión de la eutanasia (proceso de Lieja) es también un índice de esa actitud primitiva.

Entre los factores psíquicos que influyen en el rechazo de estos sujetos tenemos la *culpabilidad* morbosa, inconsciente. En tribus de la Polinesia se exigía una confesión pública para estar seguros de que nadie había tenido un mal deseo contra el enfermo. Este era fruto de un pecado, de una mala acción o de un pensamiento torcido. Actualmente observamos esa culpabilidad en la clínica psiquiátrica y en los relatos de brujas. Los parientes confiesan a veces «cosas mal hechas»: fumar la madre durante el embarazo, un resfriado de la madre un día que no debía haber salido de casa, trabajo excesivo que no debía haberse hecho, tomar analgésicos durante el embarazo por no sufrir un poco. Alguno de los parientes hablan de que uno de los padres tuvo la «culpa» por haberse casado con el otro que nunca fué bueno, tenía taras familiares, etc. También bajo la vergüenza se oculta una buena dosis de culpabilidad. Frente a hijos excepcionales los familiares se sienten avergonzados, no se atreven a presentarlos en público. Generalmente, en estos casos, los familiares se acusan de no ser solícitos para con ellos. Dicha culpabilidad favorece una actitud de rechazo, llegando a veces a una eutanasia poco compasiva.

El tonto del pueblo. Frecuentemente, los excepcionales disminuidos son objeto de la hilaridad pública, se les considera como algo cómico, y la «gente» habla de ellos, los niños le consideran como algo raro y curioso, circulan proverbios locales: «eres más tonto que X», «estás como X», «eres más feo que X», etc. La actitud social de rechazo se halla sintetizada en esos proverbios, que en los familiares del disminuido provocan desajustes en sus relaciones psicosociales y un constante rechazo del sujeto: «para vivir así, es mejor que Dios se lo lleve», se le desea la muerte.

El diablo y las brujas. Desde los tiempos más remotos de la Humanidad ha existido una relación entre esta clase de sujetos y elementos superiores. La ira de los dioses vengativos, los espíritus malignos se escondían detrás de la enfermedad. Aun en el cristianismo, ligado a la cultura de los tiempos, ha existido una forma de

relación entre la posesión diabólica y algunos enfermos, particularmente en relación con alucinaciones y ataques epilépticos. El «*Malleus maleficarum*» sirve de cierta ilustración. Todavía existe en todos los pueblos, aun en los más civilizados, la creencia en brujas, en magias negras, etc., con carácter vengativo. Hace cuatro años observé la siguiente escena relacionada con una niña mongoloide de nueve años de edad: Después de haber visitado varios especialistas, con resultados negativos, la madre llevó la niña a una «curandera». Esta le diagnosticó «mal de ojo», alguien en el pueblo la quería mal, le deseaba un gran mal. Para combatir a la bruja la curandera ordenó a la madre hervir un cachorro vivo en una sartén llena de aceite para dárselo a comer a la niña. A pesar de mis insistencias en lo absurdo del remedio y del diagnóstico, los familiares decidieron llevar a cabo la prescripción. Esos factores «supranaturales» adquieren a veces un carácter contagioso: «si te ries de él, te va a pasar a ti lo mismo». Peligro de un castigo que confirma la fe profunda en dichos factores. Todos tenemos, es cierto, un fondo animista y mitológico.

Este rechazo simple del enfermo es admitido parcialmente en algunos estados contemporáneos: prohibición de matrimonios de excepcionales, esterilización, etc.

2. TOLERANCIA

En este período, impulsado por el cristianismo se consideró y aceptó el derecho a la vida del excepcional. Se fundaron asilos especiales para cuidar de ellos. Los dedicados a estas tareas fueron considerados como personas llenas de humildad y caridad para con el prójimo.

La eliminación física fué condenada. Había que concederles un derecho natural limitado exclusivamente a la vida física: comer y dormir. Las actitudes sociales estaban dominadas por la compasión, la misericordia, aunque el medio ambiente familiar no les aceptaba como miembros de la familia, eludían toda responsabilidad entregándolos, si podían, a los asilos. Estos eran un mundo aparte, en el cual el recuerdo de la muerte había de ser constante. La ciencia todavía no se interesaba por ellos y las causas de su disminución física o mental continuaban siendo misteriosas; eran fenómenos «preternaturales», relegados al mundo del animismo y espiritismo populares. Estos sujetos habían conseguido un puesto para vivir, pero permanecían encerrados, al margen de la sociedad. Esta, más que encargarse de ellos, se descargaba de los mismos. Se les negaba el alimento mental y espiritual necesario para una vida completa.

Esta actitud histórica podemos observarla, aisladamente, en nuestra sociedad. Cuando llevan al «enfermo» a las instituciones, los familiares están dispuestos a «pagar lo que sea» con tal que ingresen al sujeto y lo mantengan en la

institución. Cuando se les dice que el ingreso no es necesario, no reciben con agrado el llevarse a sus domicilios, porque «ya ve usted que no podemos hacer nada por él». Estas respuestas se oyen a veces de familias cuyas ocupaciones y economías permiten muy bien retener al individuo en casa. No aceptan la vergüenza, humillación, molestias, etc., que ellos frecuentemente imaginan. Hace unos meses tuve ocasión de ver a un psicópata extranjero. Advertida la familia de que era conveniente repatriarlo y educarlo en casa, respondieron: «manténgalo tres años en una buena institución. Nos encargaremos de todos los gastos». Nuestro psicópata había estado ya ingresado seis años en otro país, distinto del suyo. Pudimos enterarnos de que sus familiares pertenecían a la alta sociedad y no deseaban ver a su hijo en su casa porque suponía una humillación en su mundo social.

3. COOPERACION INSTITUCIONALIZADA

En este período, los excepcionales por defecto son considerados como seres humanos completos: con derecho no sólo a la vida física, sino también a la vida mental completa. El misterio de las causas de la enfermedad ha sido real o hipotéticamente desvelado con una actitud científica. La actitud científica ha favorecido grandemente las iniciativas estatales y privadas para crear centros de investigación para la curación y rehabilitación total de los sujetos. Los pacientes han sido aceptados plenamente por la sociedad, otorgándoles los mismos derechos que a los demás hombres. El trabajo de rehabilitación realizado por especialistas ya no es una labor excepcional y de caridad, sino un trabajo normal y justo, con las mismas atribuciones que el realizado en otras profesiones. La orientación de dichos centros ha sido cada vez más ampliada, ordenándola progresivamente a la participación activa de dichos sujetos en las tareas de la sociedad. Los asilos y centros similares han quedado para aquellos enfermos que no sean recuperables, y aun aquí se trata de organizar un género de vida adecuado para que los ingresados puedan disfrutar de una estructura social lo más satisfactoria y completa que les sea posible. A veces dichos asilos son verdaderos centros residenciales, evitando, en la medida de lo posible, la idea de un estadio anterior a la muerte. La sociedad ha creado nuevas técnicas de aprendizaje, nuevos puestos de trabajo, para que los disminuidos no se consideren simples objetos de la caridad pública o familiar, sino más bien sujetos que se ganan dignamente su sustento, que pueden frecuentemente llevar una vida so-

cial y matrimonial adecuada a su nivel justo de aspiraciones personales.

Sin embargo, en este estadio actual de las actitudes sociales frente al excepcional, el trabajo de reeducación está excesivamente centralizado en las instituciones, fuera del seno familiar.

4. COOPERACION FAMILIAR E INTEGRACION TOTAL

Desde el último congreso mundial de Psiquiatría (Montreal, 1961) esta ciencia y las ciencias afines han empezado una campaña mundial para eliminar progresivamente las instituciones innecesarias. Efectivamente, se ha advertido que los enfermos que han pasado un largo período de tiempo en una institución presentan síntomas de una «neurosis de institución» (Barton Russell). Una vez rehabilitados y vueltos al seno familiar manifiestan apatía, falta de iniciativa, falta de interés, particularmente en tareas impersonales, excesiva sumisión, inhabilidad para hacer planes sobre el futuro, falta de individualidad y, a veces, posturas y gestos característicos. Esta sintomatología puede ser corregida reduciendo la estancia en las instituciones a un período de tiempo mínimo, continuando la rehabilitación en el seno familiar, con la participación activa de la familia, para evitar actitudes contrarias al interés del sujeto. La familia ha de aceptar al enfermo, al excepcional, como un miembro activo de la misma y no como un ser desgraciado, «pobrecito», distinto de los demás, al cual no hay que contradecir nunca. Debemos familiarizarnos con el rehabilitado, lo mismo que con los demás miembros de la sociedad.

La integración completa es la actitud que, hasta el presente, se ha mostrado más positiva y adecuada para la mejor adaptación del excepcional a las exigencias de la vida.

CONCLUSION

Las actitudes sociales frente al excepcional por defecto han evolucionado a través de la historia humana: rechazo del enfermo y frecuente eliminación física del mismo, protección física al margen de la vida social, aceptación del sujeto con derecho a una vida física, mental y social normales en la medida de lo posible; pero dicha aceptación dependía grandemente de instituciones. En la actualidad se acepta al excepcional como parte integrante de la sociedad y de la familia.