

DEFICIENCIA MENTAL Y SOCIEDAD DE BIENESTAR

Juana M^a Madrid Izquierdo

1. La deficiencia mental: un término relativo y dinámico

Ofrecer una definición precisa, objetiva y completa del concepto de retraso o deficiencia mental, aún en nuestros días, no parece que sea una tarea sencilla. A pesar de los avances médicos, psicológicos, sociológicos y pedagógicos, la determinación de los límites entre la normalidad y anormalidad de las conductas, relativas a la competencia social o capacidad de adaptación y/o ajuste de las personas en una sociedad dada, es susceptible de variaciones significativas.

Así, en una primera aproximación, podremos convenir que, con el término deficiencia mental, se hace referencia a una *significativa limitación en la capacidad intelectual o cognitiva* (1). Es decir, el deficiente mental carece, presenta una incapacidad de carácter cognitivo. Y esta definición, aunque parezca general, e incluso simplista, parece recoger el rasgo fundamental que caracteriza la deficiencia mental -si bien, a efectos de rehabilitación, no nos ofrezca una información suficiente-.

También parece interesante apuntar que esta *significativa limitación intelectual* está referida a un contexto socio-cultural concreto porque, atendiendo al grado de evolución de una sociedad, la referida incapacidad podrá

ser relevante o no. De este modo, cada sociedad tiende a establecer los niveles específicos de diferenciación entre aquellas conductas que son consideradas como las propias de los miembros no limitados intelectualmente y las que pertenecen al terreno de la subnormalidad. En este sentido, cabe hablar de una cierta relatividad del término, relatividad que está dependiendo de la flexibilidad conceptual e ideológica de una sociedad determinada.

Desde esta perspectiva, habría que señalar otra consideración evidente: si el concepto de deficiencia mental experimenta modificaciones, según el momento histórico de una sociedad, hasta el punto de que aún hoy día parece difícil proponer una acepción homogénea y definitiva del término, podríamos pensar que esto viene originado y acontece porque son varios los criterios que, de hecho, son susceptibles de ser utilizados para obtener una definición del mismo. Criterios que, por otra parte, es correcto y legítimo que existan, en tanto que la etiología del retraso mental puede encontrarse en factores orgánicos y/o psico-sociales. En este sentido, cabe alegarse una consecuencia real e ineludible: aunque sea posible clasificar a un determinado grupo de población, atendiendo al factor deficiencia mental y a los niveles de dicha incapacidad, no parece aconsejable, ni operativo, generalizar las causas de la referida minusvalía (máxime cuando los factores causantes de la deficiencia mental son variados y no todos bien conocidos), sino, más bien, lo contrario. Es decir, como el retraso mental puede ser debido a causas de diversa índole, esto exige un *estudio exhaustivo e individualizado* de dicho sujeto (2).

Este proceso, en la práctica, se puede complicar aún más, sobre todo, cuando se intenta afinar al máximo, precisar el grado de influencia que cada factor etiológico tiene en la deficiencia mental concreta de una persona: aspecto éste que merece ser delimitado, hasta donde sea posible, en tanto que el tratamiento rehabilitador consecuente habrá de incidir, de manera particular y diferenciada, en las causas reconocidas como las determinantes de la deficiencia mental. Se atiende, pues, a la naturaleza -orgánica y/o psico-social- de las mismas. De este modo, parece interesante detectar, primeramente, el origen de ese déficit en los procesos cognitivos, estableciendo, en la medida de lo posible, la naturaleza de la etiología específica; posteriormente, en el supuesto de que sean varios los factores etiológicos, determinar el predominio de cada uno de ellos. Así, la intervención compen-

sadora estará dirigida hacia la génesis del retraso mental y será más factible formular predicciones sobre los niveles de recuperación probables (no hemos de olvidar que las formas de deficiencia mental más graves suelen tener una base orgánica, mientras que, resulta frecuente el hecho de que, muchas deficiencias mentales ligeras son provocadas por factores de carácter psicosocial). En cualquier caso, no siempre es posible conocer y determinar claramente las causas de una deficiencia mental. Tanto es así que, si nos remitimos a los resultados obtenidos en diversas investigaciones recientes sobre la etiología de la deficiencia mental, se observa un elevado porcentaje de los casos de retraso mental (más de un 50%), cuyo origen, al menos hasta el momento presente, es desconocido. Qué duda cabe de que este *desconocimiento* de factores causantes del retraso mental se constituye en elemento determinante a la hora de no incluir rasgos etiológicos en una definición de retraso o deficiencia mental; además de arriesgado, la inducción al error parece inevitable (3).

Asimismo, el concepto de deficiencia mental ha arrastrado una serie de connotaciones particulares y parciales que, se han defendido o propuesto en función del desarrollo de las investigaciones que han ido ampliando el repertorio de posibles criterios que, de manera implícita, pueden contribuir a la clarificación del significado del concepto, objeto de estudio. Es, en este sentido, donde cabe hablar del carácter dinámico y relativo del término deficiencia mental. Y, si bien, su definición ha estado contextualizada en cada período histórico, en el momento presente, se tiende a incorporar el mayor número de criterios en su definición. Así, se trata de abarcar la totalidad de las causas etiológicas y de cuestionar la validez de algunos factores,- que tradicionalmente se habían considerado de índole orgánica y de improbable recuperación-, en tanto que sean susceptibles de revisión y, en su caso, de sustitución comprobable por motivos de fundamentación psicosocial (aquí entrarían, sobre todo, las causas desconocidas que están originando un retraso mental específico).

Actualmente, una de las definiciones que goza de mayor aceptación en el ámbito internacional es la que, en 1961, propuso la American Association for Mental Deficiency (A. A. M. D.). Así, con la expresión de *retraso mental* se hace referencia a "Un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal, que se manifiesta durante el período evolutivo y que está asociado con un desajuste en el comportamiento" (4).

Desde esta perspectiva, se consideraría a una persona como deficiente mental, en tanto que manifestase un bajo nivel de adaptación a su medio ambiente (este deterioro de la conducta adaptativa se puede presentar en la maduración del individuo, en la capacidad que tiene para aumentar sus conocimientos a partir de su experiencia -aprendizaje-, y en el ajuste social o capacidad para mantener su independencia dentro de las normas generales de su comunidad) y que quedara situada en una desviación estándar por debajo de la media en los tests de inteligencia (5).

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), posteriormente, estimó que debía hablarse de deficiencia mental cuando el C. I., obtenido mediante pruebas psicométricas de inteligencia, fuese inferior a 70 (situándose la media en 100). Siguiendo esta precisión, se calcula que la tasa aproximada de subnormales representa el 1 por cien de la población total en los países desarrollados (6).

Además de los aspectos psicométrico, madurativo y de adaptación social, implícitos en la definición propuesta, otros posibles serían los criterios orgánico, cultural y familiar, como principales ámbitos en los que se origina la deficiencia mental. De cualquier modo, hay que añadir que aquella se limita a hacer referencia a la manifestación o comportamiento específico de las personas retrasadas mentales, pero no alude a la naturaleza de los factores etiológicos, a las causas probables de la deficiencia mental. Se trata, pues, de una definición restringida y, hasta cierto punto, incompleta.

Esta limitación semántica del término ha contribuido a que se planteen algunas cuestiones relevantes en torno a la sociogénesis de la subnormalidad. Asimismo, las posibles clasificaciones y el criterio de cociente intelectual también son objeto de análisis crítico.

En efecto, al deficiente mental se le caracteriza mayoritariamente por sus incapacidades e inadaptaciones. La cuantificación de las mismas quedará reflejada en la exploración psicométrica, en el correspondiente C. I. Sin embargo, resultaría muy simplista aceptar plenamente este enunciado. Actualmente, parece poco acertado considerar el C. I. de un sujeto, como una evaluación de su inteligencia original hereditariamente determinada, como una medida absoluta de su inteligencia (7).

En el supuesto de que se esté de acuerdo en la utilidad de la aplicación de tests estandarizados, como el instrumento más conveniente para conocer

el potencial de inteligencia individual, se ha de establecer cierta reserva en cuanto a los datos que nos aportan. La complejidad de la inteligencia humana difícilmente puede verse reducida mediante el uso de instrumentos de medida cuantitativos que han sido creados por el propio hombre. Relativizar los resultados psicométricos podría ser una aconsejable precaución metodológica.

Además de determinar qué aspectos concretos del sujeto se hallan en menoscabo, la información, realmente interesante, que deberíamos obtener con la aplicación de los tests psicométricos es la relativa a las posibilidades cognoscitivas del retrasado: "qué es lo que tiene, qué es lo que puede". De este modo, el diseño de estrategias rehabilitadoras quedaría sólidamente fundamentado y su puesta en práctica tendría una eficaz rentabilidad pedagógica. La investigación psicológica, en el ámbito de la deficiencia mental al menos, debería, a mi juicio, interesarse por esclarecer aquellos factores mentales que condicionan el desarrollo cognitivo, más que en clasificar a los sujetos en función de un C. I. "aséptico" que, por otro lado, no parece que se manifieste constante e inalterable en la trayectoria vital de una persona.

Desde esta perspectiva, las múltiples clasificaciones psicométricas del retraso mental no pueden ser consideradas como niveles inmóviles y conciu-yentes, pues la incidencia de circunstancias ambientales y terapéuticas en el sujeto, así como la evolución de su particular desarrollo pueden variar, de hecho, los niveles madurativos del deficiente mental.

Otra clasificación dominante del retraso mental es la referida a las causas orgánicas, ya sean hereditarias, infecciosas y/o traumáticas: aquí nos encontramos con el capítulo médico-biológico y su papel tranquilizador dentro de nuestra sociedad.

Como ya se expuso con anterioridad, los datos referidos a la etiología de la deficiencia mental nos indican que, en más del 50% de los casos estudiados, se desconoce la causa que la origina. En base a esta afirmación, ¿cómo se puede proponer una concepción y clasificación organicistas del retraso mental?. En efecto, es innegable que el sustrato orgánico en la deficiencia mental está o puede estar; sin embargo, no todos los retrasos mentales tienen en él su origen. Como es sabido, la etiología de la deficiencia mental es múltiple, variada según las personas, y los factores orgánicos, cuando se dan, no suelen presentarse como los únicos: suelen ir asociados a causas psico-sociales. Se trata, pues, de discrepar del lugar dominante que

tradicionalmente se ha atribuido a la explicación organicista de la deficiencia mental:

"(...) es un hecho que la ciencia, en materia de etiología del retraso mental) ...). Ha progresado muy poco en el sentido de que reconoce, (...), que en la mayoría de los casos permanece desconocida la causa de aquél fenómeno. Los casos en que los factores orgánicos parecen evidentes son relativamente escasos. (...). Sin embargo, la opinión general (...), es contraria al papel mínimo que estos factores desempeñan ..." (8).

Parece bastante realista pensar que el origen y configuración del retraso mental no sea monocausal, sino, más bien, la combinación de factores psico-sociales con o sin la simultánea presencia de causas orgánicas (9).

Aunque la versión organicista de la deficiencia mental aparezca cómo más tranquilizadora para la sociedad, -en el sentido de que se trata de un mal que requiere un tratamiento exclusivamente terapéutico y médico-, es evidente que las condiciones socio-económicas y culturales, como ya se ha constatado anteriormente, inciden notablemente en la génesis de aquélla, al tiempo que su combinación con factores etiológicos organicistas favorece la consolidación y el progresivo aumento del retraso mental. Esto es un hecho evidenciable a nivel general, pero lo es mucho más cuando se estudia la etiología de casos concretos, de deficientes mentales individuales.

2. Tendencias sociales dominantes sobre la deficiencia mental

El reconocimiento de los derechos sociales del retrasado mental es un correlato en la extensión de los derechos humanos. Difícilmente puede obviarse que existen determinados grupos de población, que tradicionalmente han sido y son considerados como sectores sociales marginados. En nuestra sociedad, una de las estrategias, que se utilizan para la defensa de los derechos de estos grupos, corre a cargo de organizaciones de raigambre mundial. Así, por ejemplo, determinadas entidades internacionales como la U.N.E.S.C.O. y la Asamblea General de las Naciones Unidas dedican "un año" de llamada de atención hacia la situación de aquellos ciudadanos más desprotegidos (Año de la Mujer, Año del Niño, Año del Minusválido, ...). Ya,

en el año 1959, la mencionada Asamblea, en la Declaración de los Derechos del Niño, se expresaba en los siguientes términos:

"El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social *debe recibir* el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiera su caso particular" (10).

De este modo, las recomendaciones sobre el tratamiento de los referidos sujetos queda dicho. Es decir, estos organismos tratan de influir en la opinión pública y en las líneas políticas de intervención de cada país, para que sean reconocidos y puestos en práctica determinados derechos humanos incumplidos o, todavía, no desarrollados. Con todo, el éxito de la empresa dependerá, en última instancia, del momento político y económico de cada país y, muy especialmente, de cuál sea la corriente ideológica dominante en los correspondientes grupos de poder que existan en aquéllos.

Durante esta etapa se experimenta un cambio progresivo con respecto a la situación y concepción del deficiente mental en nuestra moderna sociedad. Este fenómeno es el más relevante. Las posibles razones y consecuencias del mismo es algo que enseguida pasaremos a tratar.

Si bien las tendencias sociales dominantes, en relación al retrasado mental hasta bien entrado el siglo XX, se centraban en la creación de centros de internado donde se les recluía por considerarlos un peligro para la evolución de la sociedad (11), -aunque, eso sí, cada vez mejor dotados en prestaciones de tipo educativo, rehabilitador y clínico-, a partir de la década de los sesenta, podríamos decir que asistimos a un cambio en el enfoque de la deficiencia mental como consecuencia directa de otros cambios sociales que se operan, de manera más general, en diversas sociedades democráticas. La difusión de estas modificaciones y reajustes conceptuales propiciará una progresiva implantación y generalización de los mismos en muchos más países. Se trata de una nueva corriente "innovadora", cuya iniciativa corresponde a sociedades de consolidada tradición democrática y de un alto nivel de vida. Uno de los principios que se apuntan es el del *derecho a ser diferentes*, a que se respete esa diferencia individual, aún cuando ésta se sitúe en el resbaladizo terreno de la inadaptación social motivada por un déficit cognitivo, físico y/o sensorial.

Pero este principio no es, sino, un eslabón de la cadena. El siguiente abocará en la defensa de una normalización-integración de los referidos

sujetos como reconocimiento de su derecho ciudadano: "La integración como filosofía significa una valoración positiva de las diferencias humanas" (12). Una vez más, en la práctica, se pone de manifiesto que dicho reconocimiento ha de provenir de *concretas instancias sociales externas*; que, en el tema de los derechos humanos, se exige un largo proceso de convencimientos para lograr el objetivo propuesto y deseado.

No obstante, cuando se reflexiona sobre la defensa de este principio normalizador e integrador, cabe plantearse cuestiones como: a) ¿se puede confiar que una sociedad de raíz meritocrática y economicista, como la nuestra, haya experimentado un cambio semejante en la orientación de sus valores dominantes?; b) ¿es razonable pensar que la sociedad presente camina, con pasos agigantados, hacia esa etapa de "progreso humano" que Condorcet describiera a finales del siglo XVIII? (13); c) la pretensión generalizada de integrar en su comunidad a los "minusválidos" ¿obedece a razones estrictamente humanitarias y de justicia social o se trata, más bien, de buscar una rentabilidad económica en los resultados?. En efecto, no es posible pronosticar una respuesta satisfactoria a estas preguntas, sin antes adentrarnos en el análisis de las condiciones coyunturales que dieron origen al fenómeno integrador. Se hace preciso, pues, contextualizar las bases filosóficas que lo sustentan en el marco general de un espacio y tiempo concretos; es decir, vamos a seguir profundizando en el tema situándonos, para ello, en los acontecimientos sociales de Suecia, fundamentalmente, y en las aportaciones de los primeros teóricos de este campo, como representantes que son de una nueva corriente ideológica que se ocupa, esta vez, de la normalización de las condiciones de vida del deficiente mental y de una integración, fundamentalmente, escolar del mismo.

3. Principios filosóficos de base: la normalización e integración de los deficientes mentales

El movimiento integracionista manifiesta un amplio rechazo hacia la segregación de que son objeto los sujetos que presentan deficiencias cognitivas, sensoriales y/o físicas. Desde su seno, se cuestiona la operatividad y conveniencia de dicha segregación en sociedades democráticas.

No parece casual, ni gratuito, que el referido movimiento se origine en países de consolidada tradición democrática y de un elevado nivel de vida, conseguidos ya hacia los años sesenta (países escandinavos e, inmediatamente, E.E. U.U. y otros países europeos). Las asociaciones de padres de minusválidos, en general, y la Liga Internacional de Asociaciones en pro de la Deficiencia Mental, en particular, ejercen una influencia social, que pronto será acogida por otros sectores de la población sensibilizados con el tema (profesionales de la educación, políticos de la educación ...). También presionan sobre aquellos organismos internacionales que, como la O.N.U., tienen, como una de sus funciones, la promoción y defensa de los derechos del hombre, la igualdad de derechos y el respeto a las libertades. El ejemplo más evidente de este fenómeno lo constituye la Declaración de derechos del retrasado mental (1968), elaborado por la Liga Internacional de Asociaciones Protectoras de Deficientes Mentales durante su IV Congreso Internacional en Jerusalén. Dicha Declaración fue aprobada y aceptada, en 1971, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. El contenido de esta Declaración de derechos es prometedor de cara a un futuro próximo: la defensa de los derechos del deficiente mental supone su derecho a ser considerado como un ciudadano más, como una persona que merece ser respetada en su diferencia (14).

A la situación geográfico-económica del proceso de desinstitutionalización de la deficiencia mental, hemos de añadir los principios de evidente carácter ideológico que lo acompañan y sostienen: el derecho a ser diferente, la normalidad/la anormalidad/la normalización, la integración.

Dentro del ámbito de la especulación filosófica referida a la deficiencia mental, en nuestros días, se asiste a un proceso de *razonamiento circular*. En el intento de definir los principios legitimadores de la integración, se ha de reflexionar previamente sobre otros conceptos más amplios y de significación relativa. Así, por ejemplo, para establecer una definición de normalización como principio de la integración, la lógica del pensamiento nos indica que se hace necesario tomar como referencia cuestiones tales como el derecho a ser diferente y la distinción entre la normalidad y la no normalidad, conceptos que, por otra parte, son relativos, están sujetos a un establecimiento socio-cultural e histórico.

Con respecto al *derecho a ser diferente*, se puede decir que se hace referencia a una propuesta del reconocimiento y respeto a las diferencias

individuales de los sujetos. Sin embargo, cuando se observa la realidad cotidiana, podemos comprobar que esta abstracción teórica cuenta con numerosos obstáculos para su plena aceptación social. En nuestro modelo social, el respeto a la idiosincrasia individual tiene unos límites. Aunque la tolerancia se vaya extendiendo, a medida que se van diversificando comportamientos humanos en una sociedad cada vez más pluralista, no cabe duda que existen distinciones sociales en el enjuiciamiento de las conductas. De este modo, podemos convenir en respetar las diferencias individuales, pero atribuimos, desde una particular plataforma dominante de criterios culturales, un carácter valorativo de las mismas, en función del grupo de pertenencia del sujeto. En este sentido, la discriminación devaluadora ocupa el lugar del respeto a la diferencia en amplios sectores de la población actual. W. Wolfensberger, en relación a esta cuestión, llega a decir:

"(...) para la mayor parte de las personas devaluadas, *el derecho a no ser diferente* en determinadas dimensiones de la vida es en realidad mucho más urgente que el derecho a ser diferente" (15).

El hecho de que las conductas se valoren atendiendo al lugar que ocupa el sujeto en la sociedad, al rango social del mismo, se convierte en obstáculo real del respeto hacia las personas que son consideradas diferentes por una minusvalía o hándicap personal.

Sin embargo, desde la lógica del discurso dominante en educación, se propone que la escuela (pese a su papel de institución encargada de *homogeneizar* comportamientos, actitudes y conocimientos, así como de *discriminar* y clasificar al alumnado en función de "aptitudes" y méritos académicos) sea una instancia donde se elimine su intrínseca función discriminadora y niveladora:

"(...) para que la Educación llamada Especial no represente un nivel inferior, una educación truncada o aparte y, segundo, para que toda educación resulte potenciadora de las características diferenciales en los individuos y en los grupos" (16).

En efecto, una vez más se le asigna a la educación, especialmente desde su estructura institucional, la función de crear y propagar una concepción y tratamiento más solidarios, en relación a aquellas diferencias humanas que requieren un mayor respeto social: las diferencias concretas que manifiestan los grupos de la población más desvalorizados socialmente. Se reivindica,

pues, para estos sujetos el derecho a diferir del perfil conductual de la mayoría de la población "normal" y a recibir un trato social que admita sus desvalorizadas diferencias personales.

Otro de los conceptos, implícito en la fundamentación de la teoría integradora, es el que hace referencia a la *norma*, la *normalidad* y la *anormalidad*. La polémica se genera cuando se intenta delimitar qué es lo estrictamente normal en abstracto. En efecto, la normalidad pertenece al ámbito de lo relativo, de lo convencional; es decir, se la circunscribe y refiere a un espacio-tiempo concretos, lo que supone admitir la dimensión culturalista del término: cada sociedad establece qué conductas son consideradas como normales y qué otras son calificadas como anormales, en tanto que se distancian de las normales.

La norma, desde un criterio cuantitativo de aproximación estadística, quedaría determinada por la frecuencia. Pero aún así, en función de cada modelo social, habrá una norma cuantitativa que, principalmente, viene determinada por factores culturales, ideológicos. En la medida en que se convenga que la "norma" es el modelo que se valora más positivamente, parece razonable pensar que, cuanto más se aproximen las personas a aquélla, menos posibilidades tendrán de verse infravalorados o devaluados, menos ajustes adaptativos tendrán que realizar para ser consideradas "normales". En el fondo, se trataría de las personas que, de hecho, se encuentran más y mejor "integradas" en esa sociedad. Asimismo, se defiende que *"la reintegración del individuo, cualquiera que sea su desviación de la norma, en la sociedad es el modo de ayuda más efectivo que puede proporcionarse al desarrollo del hombre y de la humanidad"* (17).

La formulación del principio de *normalización* tiene su origen en el campo de la deficiencia mental. Desde que N. E. Bank-Mikkelsen, en 1959, expusiese (en la legislación especial de servicios para deficientes en Dinamarca) la primera formulación oficial del referido principio hasta nuestros días, se han sucedido continuas matizaciones del concepto, afinando en el alcance material del mismo y en el tratamiento global de las minusvalías.

La recomendabilidad y exportación de esta teoría integradora se realiza desde diversas perspectivas de análisis, sobre todo, ideológicas y económicas en el marco de una sociedad democrática, respetuosa de los derechos humanos y del bienestar general de *todos* sus ciudadanos. Se inicia, así, el último eslabón conocido de la cadena histórica en el tratamiento y

consideración social de los retrasados mentales. A partir de este momento, la política social se verá influenciada por el movimiento en pro de la integración de los ciudadanos más desfavorecidos.

La discusión, en torno al concepto de normalización, se centra en las diversas interpretaciones que se derivan de este concepto. El sentido primero de éste hace referencia al *derecho de toda persona a llevar una vida lo más normal posible*: "permitir que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible" (18).

Para B. Nirje, en 1969, "el principio de normalización significa poner al alcance de los retrasados mentales unos modos y unas condiciones de vida diarios lo más parecidos posible a las formas y condiciones de vida del resto de la sociedad" (19). La normalización debe acercar a la vida del deficiente mental algunas condiciones de vida, comunes a los miembros de esa sociedad, en relación al ritmo y tipo de actividades diarias, semanales y anuales, que normalmente realiza cualquier persona de la comunidad en la que se vive; en relación a las experiencias normales de desarrollo durante el ciclo de la vida; en relación a su intimidad y a sus derechos constitucionales; en relación a la comunicación afectiva y sexual; y en relación a un nivel de recursos económicos normales. También incluye, pues, la normalización de los servicios en el sentido de que insiste en la necesidad de que, siempre que sea posible, los deficientes mentales utilicen todos los servicios que normalmente son utilizados por los demás ciudadanos. Con la aplicación de este principio se expresa la innecesariedad de extender los servicios excepcionales a todos los casos de deficiencia mental; es decir, se propone que sólo en los casos extremados se utilizarán dichos servicios. Se propone, así, la "normalización de las condiciones del entorno" que permitirá al retrasado mental tener unas condiciones de vida tan normales *como sea posible*. De este modo, la limitación de llevar una vida lo más normal posible va a depender, una vez que se ha operado la *normalización del entorno*, del grado de incapacidad personal de cada sujeto minusválido, disminuído.

W. Wolfensberger, por su parte, retoma en 1972 el principio de normalización y lo define de la siguiente manera:

"El uso de los medios que desde el punto de vista cultural sean los más normativos posible en orden al establecimiento o mantenimiento de las conductas y características personales que sean tan culturalmente normativas como sea posible" (20).

Con el concepto de *integración*, B. Nirje, viene a significar que las relaciones entre los individuos se expresan dentro de unas coordenadas de igualdad y de un respeto a las diferencias personales. Este respeto de los derechos solidarios y democráticos se mantendría en los diversos niveles de integración (física, funcional, social, personal ...).

Uno de los puntos de disensión teórica es el relativo a la vinculación entre normalización e integración. De este modo, desde el punto de vista de Bank-Mikkelsen, la normalización sería el objetivo que se quiere conseguir a través de la integración; sin embargo, para W. Wolfensberger, la integración social sería la consecuencia última de la aplicación del principio de normalización. Para esclarecer este punto, habremos de recurrir a la definición de B. Nirje en relación al concepto de normalización: normalización de las condiciones de vida o del entorno. Desde esta acepción semántica, se propone que son las condiciones de una vida normal las que han de extenderse a los deficientes mentales. Así, *es la sociedad quien, a través de esa normalización del entorno, favorecerá la integración social del deficiente en función de sus posibilidades específicas, concretas.*

También W. Wolfensberger coincidiría en este sentido: la integración escolar, la integración social serían la consecuencia directa de la aplicación del principio de normalización de los servicios escolares y sociales. Son los efectos de la reestructuración del medio escolar y social quienes proporcionarían una integración digna del sujeto minusválido en la sociedad (21).

En cualquier caso, la discusión en torno a los niveles de integración social deseables; a la integración escolar, en sus distintas modalidades, como clave del proceso normalizador-integrador; a los reajustes curriculares, administrativos, a la reorganización interna del sistema escolar; a la sectorización de los servicios..., no ha cesado, evidentemente, y la proliferación de trabajos -tanto teóricos como prácticos- en relación con las cuestiones mencionadas es intensa (22). Con ellos se va profundizando, más y más, en los principios básicos que sustentan el movimiento normalizador-integrador, desde los ámbitos sociales donde la ideología habita sin obstáculo. Nos referimos, evidentemente, al ámbito de la política, de la educación, de la escuela.

Algunas de estas investigaciones tratan de las razones que originaron la educación integrada en centros escolares. Así, por ejemplo, J. W. Birch, en

1974, señala diversas causas fundamentales de la introducción de la integración escolar que, por su interés, pasamos a relacionar:

- 1) La capacidad de ofrecer educación especial en cualquier parte ha mejorado.
- 2) La preocupación de los padres a este respecto se ha ido expresando cada vez con mayor fuerza y claridad.
- 3) Ha ido creciendo el rechazo hacia el etiquetamiento de los niños.
- 4) Diversas acciones judiciales han acelerado algunos cambios en los procedimientos de educación especial.
- 5) La precisión y validez de los tests psicométricos ha empezado a ser insistentemente sometida a juicio.
- 6) Demasiados niños habían sido clasificados psicométricamente como deficientes mentales.
- 7) La acción del derecho civil contra la segregación descubrió algunas prácticas muy cuestionables de encuadramiento en programas de educación especial.
- 8) Se ha dado impulso a la idea de que se limita a los niños no-deficientes si no se les permite asociarse con niños deficientes.
- 9) Se cuestiona la efectividad de la educación especial convencional.
- 10) El análisis financiero de la educación hace aconsejable la integración.
- 11) En E.E. U.U., al menos, los fundamentos filosóficos educativos favorecen la diversidad en el mismo marco educacional (23).

C. Houck y A. Sherman, agrupan en cuatro secciones las razones de la integración escolar:

- 1) La necesidad de desenfatizar la segregación y el etiquetamiento (aunque esto sea admitido en un contexto administrativo).
- 2) Creciente protección de los derechos humanos.
- 3) Creciente atención al desarrollo del niño en su totalidad, incluyendo su bienestar emocional y social.

- 4) La necesidad de una mayor eficacia económica en la provisión de servicios (24).

Desde el análisis de las causas de la integración escolar, se hace posible observar que las mismas, a su vez, son una consecuencia directa, 1º) de un más amplio desarrollo de los Derechos Humanos en la esfera de lo social y de la escuela; 2º) de una mayor preocupación por la infancia en sociedades de creciente bienestar económico y, asimismo, 3º) de un intento por rentabilizar las inversiones en educación especial (25). Estas serían, en definitiva, las condiciones reales que encontramos, en la sociedad contemporánea, en relación al fenómeno de la integración escolar.

Por último, señalar que la clarificación de los principios filosóficos de normalización e integración sólo podremos hallarla en la orientación material de los mismos, orientación que viene definida, plasmada y delimitada a través de las normas legislativas que se dictan. Este puede ser considerado como uno de los indicadores más válidos para comprobar la intención, que tiene o no una sociedad, de poner en ejecución el proceso de normalización-integración.

4. La integración de los deficientes mentales en Suecia

4.1.- Aspectos generales de este país

Suecia es un pequeño país altamente industrializado que, desde la última postguerra hasta la década de los setenta, ha atravesado una fase de progreso económico excepcional. Gracias a éste, se han podido realizar reformas sociales de gran alcance que, directa o indirectamente, han tenido consecuencias en las mejoras de vida de los deficientes mentales y de los minusválidos en general.

La población sueca, en 1985, es de unos 8,3 millones de habitantes y, aproximadamente, un 17% de la misma son personas mayores de sesenta y cinco años. El índice de natalidad es muy bajo, pero la esperanza de vida, por el contrario, es alta: unos 74 años para los varones y unos 80 años para las mujeres. La inmigración desde la II Guerra Mundial ha representado más de la mitad del aumento de la población. La procedencia geográfica de los

inmigrantes: otros países nórdicos, en especial Finlandia, y ciudadanos de Yugoslavia, Grecia, R. F. A., Turquía, Gran Bretaña, Polonia e Italia (inmigración de carácter laboral, fundamentalmente).

El *sistema de gobierno* en Suecia es la monarquía constitucional con una forma parlamentaria de gobierno. También es interesante la tradición sueca en el mantenimiento de una sólida administración del Estado y su combinación con una amplia autonomía administrativa local. Así, los organismos públicos en los tres ámbitos (estatal, provincial, municipal) se encargan de casi todos los servicios públicos en los diversos ámbitos sociales: provisión de empleo, enseñanza, atención médica y sanitaria, asistencia social.

Los objetivos de la *política cultural* (1974) forman parte de los esfuerzos de política ambiental de la sociedad. La meta es un medio ambiente de más alta calidad en su totalidad. Así, la política cultural debe: 1º) contribuir a que se proteja la libertad de expresión y crear condiciones reales para que se pueda hacer uso de tal libertad; 2º) darle al ser humano posibilidades de desarrollar una actividad creadora propia y fomentar las relaciones entre las personas; 3º) combatir los efectos nocivos del comercialismo en los dominios culturales; 4º) fomentar la descentralización de las actividades y decisiones en el campo de la cultura; 5º) configurarse teniendo en cuenta las experiencias y necesidades de ciertos estratos desfavorecidos; 6º) hacer posible la renovación artística y cultural; 7º) garantizar la conservación y la vivificación de la cultura de épocas pasadas; y 8º) fomentar el intercambio de experiencias e ideas en los dominios culturales más allá de las fronteras lingüísticas y nacionales. Estos principios constituyen la base ideológica de las reformas, que se han venido realizando desde mediados de la década pasada, en política cultural.

4.2.- Los servicios sociales en Suecia

La *seguridad social*, que abarca servicios de sanidad y asistencia médica, medidas de política familiar y subsidios de otros tipos, es el elemento de mayor gravitación en la política sueca de bienestar social.

Los *servicios sociales* suecos cuentan con una tradición que puede retrotraerse a la Edad Media. Sin embargo, la primera legislación sobre

servicios sociales, (Ley de Beneficencia Pública), entró en vigor en 1763, siendo seguida por otras leyes relativas a la ayuda económica para los necesitados de la sociedad. En 1967, se crea la Comisión de Asuntos Sociales, cuya función era la de formular una nueva legislación básica y general que abarcara todos los servicios sociales (Ley de Servicios Sociales de 1982). No obstante, existieron otras Leyes anteriores a ésta, como la Ley de Asistencia Social de 1955, que trata de la ayuda económica prestada a aquellas personas que fueran incapaces de obtener un salario y que no cumplieran los requisitos necesarios para acceder a los beneficios de la seguridad social.

Otras Leyes anteriores a la Ley de Servicios Sociales de 1982 son: la primera Ley de Protección a la Infancia (1902) y la Ley de Protección de la Infancia y de la Juventud (1960), que incluye las normas relativas a la protección de los niños que fueran objeto de malos tratos, así como las referidas a delincuentes juveniles. También existe una tradición legislativa, desde principios de siglo, en relación con el alcoholismo y, desde la década de los ochenta, hacia la drogadicción.

Durante los últimos años han tenido lugar en Suecia unas discusiones fundamentales sobre la forma de enfocar las condiciones sociales de los seres humanos, sus derechos, etc..., dándose ahora una unanimidad de criterios sobre ciertas ideas de principio y existiendo, en el marco de la asistencia social y médico sanitaria, unos puntos de vista básicos comunes sobre cómo debe modelarse la asistencia futura. En 1982, entró en vigor una nueva Ley de Servicios Sociales, Ley marco en la que se hace hincapié en el derecho del individuo a recibir la asistencia que le asegure un nivel de vida digno:

"Los servicios sociales públicos han de ser establecidos sobre la base de la democracia y de la solidaridad, con objeto de fomentar: la seguridad social y económica, la igualdad en las condiciones de vida, y la participación activa en la vida de la sociedad" (26).

Entre los principios rectores de la referida Ley, se pueden mencionar: 1º) el principio de *normalización*, en el sentido de proporcionar a cada sujeto las mayores facilidades para que actúe y viva en un medio y en unas condiciones tan normales como sea posible; 2º) el principio de la *concepción global del ser humano*, que implica la evaluación y satisfacción, en el contexto individual, del conjunto de las necesidades del ser humano: psíquic-

cas, físicas y sociales; 3º) el principio de *autodeterminación* que defiende el respeto a la integridad personal, al derecho de ser uno dueño de sí mismo y de tomar sus propias decisiones; 4º) el principio de *influencia y participación*: el individuo debe influir en el conjunto de la sociedad; 5º) el principio de *activación correctamente aplicada*, es decir, la realización de tareas plenas de sentido en comunidad con otras personas y en un ambiente estimulante.

Teniendo como punto de referencia estos principios, va a ser, en última instancia, la administración local quien organice los servicios comunitarios, en función de las condiciones y necesidades de sus ciudadanos.

4.3.- La integración escolar del deficiente mental

No parece casual que sea, precisamente, una sociedad como la sueca, quien se decida a introducir, a finales de la década de los sesenta, los principios de normalización e integración de los deficientes mentales. Como ya hemos constatado, existe en Suecia una amplia tradición por fomentar, en nombre de la *democracia* y de la *solidaridad*, las aspiraciones de igualdad y seguridad entre sus habitantes. En este sentido, la política de bienestar social se orienta, fundamentalmente, a prodigar las ayudas sociales hacia los grupos sociales más desfavorecidos. El consenso político sobre esta cuestión se evidencia en los continuos esfuerzos de la política sueca por mejorar las condiciones de vida de esos grupos. En líneas generales, se considera que, ni los motivos físicos, ni los psíquicos pueden ser un obstáculo para el derecho fundamental del individuo a vivir como los demás. Gracias a la evolución económica y a los principios que orientan su política, Suecia ha podido ser generosa para con los sectores de población más necesitados.

Con respecto a los minusválidos, el objetivo explícito de la política sueca consiste en proporcionarles la posibilidad de participar en la comunidad social y de vivir de forma tan equiparable a la de los demás ciudadanos, como sea posible. Se pretende que tengan las mismas posibilidades de ganarse el sustento, ocupar una vivienda adecuada, desplazarse, emplearse en trabajos útiles y desarrollar actividades de recreación satisfactorias, que otros miembros de la sociedad.

a) *Legislación y organización del sistema educativo*

En Suecia, el concepto de minusvalía no está referido tanto a una característica de personas lesionadas o enfermas devaluadas, como a la relación entre esas personas y su mundo circundante. La minusvalía es entendida como la consecuencia social de la lesión y del impedimento funcional. La responsabilidad de los problemas de minusvalía recae, por consiguiente, en toda la comunidad.

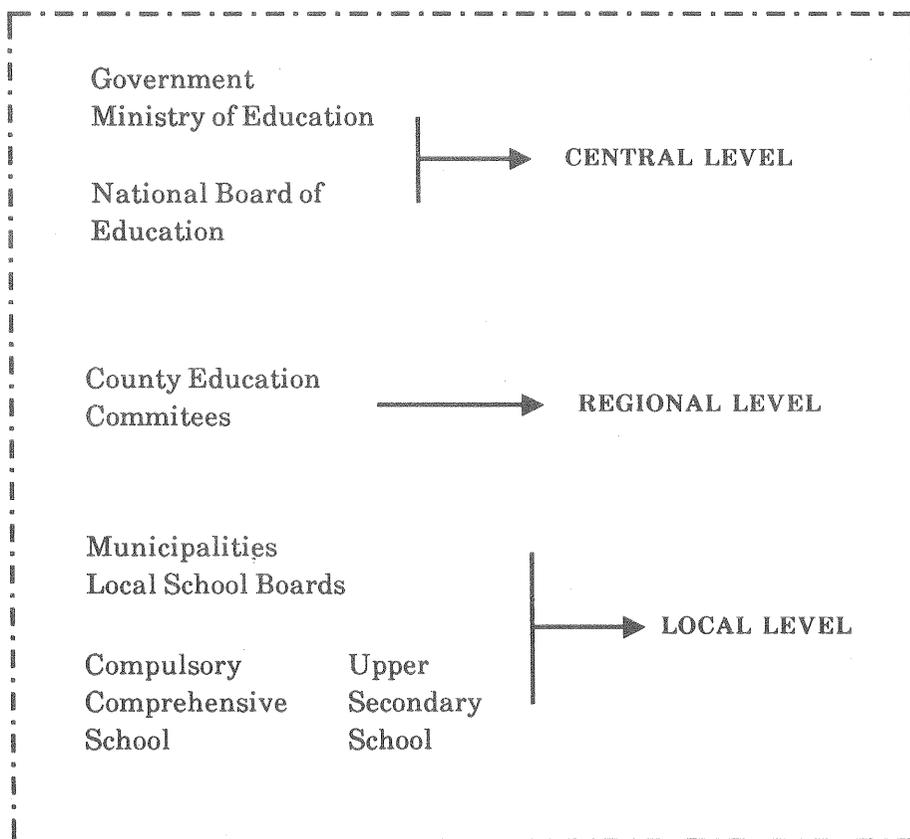
A principios de los años setenta, una Comisión Nacional (S.I.A.), realiza un estudio sobre la escolarización de niños discapacitados en Suecia, proponiendo que se introduzcan cambios internos en la estructura escolar, con el fin de facilitar los aprendizajes de estos niños en la escuela ordinaria. En el Informe que la Dirección Nacional de Enseñanza Primaria y Media (S.O.) elaboró en 1978, se concede gran importancia a la necesidad de considerar las diferencias en el ritmo de desarrollo de los alumnos, sus condiciones intelectuales, afectivas y físicas, así como su ambiente familiar:

"En virtud de los crecientes esfuerzos por integrar cada vez más a los alumnos que estén en desventaja, crecen también las exigencias de individualización". (27)

La descentralización y flexibilización del sistema educativo se contempla como condición para facilitar los programas de la integración de estos alumnos. Entre los principios básicos de dichos programas encontramos que:

"handicap seen as a relation a holistic view of the pupil with special needs, and the principle of integration". (28)

Así, en la actualidad, la estructura de la educación primaria y secundaria se perfila de la siguiente manera: (29)



Pasamos ahora a referir dos de las leyes suplementarias referidas a la asistencia de los deficientes mentales. Con la *Ley de Asistencia a Minusválidos Psíquicos* (aprobada por el Parlamento sueco en 1967 y puesta en vigor a partir de 1968) se regulan las prestaciones y servicios para los deficientes mentales, atribuyéndosele a las Diputaciones provinciales la responsabilidad de asegurar a los retrasados mentales todos los derechos cívicos.

El principio de normalización, propuesto a finales de los cincuenta en Dinamarca, fue adoptado en esta Ley, que pretende satisfacer las necesidades de estos individuos, no cubiertas por los recursos públicos destinados a todos los ciudadanos. Todos los retrasados mentales que necesiten atenciones

especiales, por parte de la sociedad, deben recibirlas con el fin de que, en la medida de lo posible, lleven una vida social normal.

Durante estos últimos años se ha ido optando, fundamentalmente, por una legislación básica, reduciéndose, cada vez más, la intervención del Estado en la actividad administrativa de municipios y provincias. En cualquier caso, son los municipios quienes tienen la responsabilidad última en la satisfacción de las necesidades de los deficientes mentales, y de los minusválidos en general. (30)

En julio de 1986, se ha puesto en vigor la nueva *Ley sobre Cuidados a los Retrasados Mentales*. Esta prescribe el aumento de la ayuda a los padres y presupone el desmantelamiento de los sanatorios para niños y adultos retrasados mentales. Todos ellos han de poder vivir integrados en la sociedad. Estas medidas pueden ser consideradas como una expresión más del desarrollo del principio de normalización, imperante en el campo de los cuidados y servicios asistenciales. (31).

Tanto la Ley de Asistencia a Minusválidos Psíquicos (1968) como la presente son consideradas como *leyes suplementarias*, en el sentido de que su contenido se suma al de otras leyes más generales, como la *Ley de Servicios Sociales* y la *Ley de Asistencia Médico-Sanitaria*.

La gestión de los cuidados especiales prestados a los retrasados mentales, a partir de la nueva Ley, recae en la Comisión de Asistencia Social de cada Diputación. Esta Comisión tiene que realizar una labor de búsqueda activa, obtener una información actualizada de las condiciones de vida de los retrasados. También está previsto, en la mencionada Ley, la posibilidad de que determinadas tareas, asignadas a la Comisión de la Diputación, puedan ser transferidas a otra Comisión de iguales fines en el municipio.

b) *Niveles de integración escolar en la enseñanza primaria*

El programa de integración escolar sueco está situado dentro de un más amplio marco social: programa de asistencia y bienestar social. De este modo, existe una estrecha identificación entre las líneas de intervención en la escuela y en la comunidad. Con ello se hace posible mejorar las condicio-

nes de vida de la población minusválida:

"Schools must particularly, and in collaboration with others, support those who for one reason or another are in particular difficulties". (32)

Así, habremos de adoptar este ángulo de visión para analizar el fenómeno de la integración en Suecia, una integración que es tomada en serio y que se caracteriza por un alcance totalizador: no se trata de abarcar, única y exclusivamente, la integración escolar; también se han de introducir medidas de cambio en la organización social de los servicios. En este sentido, parece que la sociedad sueca se ha apropiado del verdadero sentido de la integración y está decidida a materializarlo, desde sus posibilidades reales, en toda su dimensión.

La escolaridad obligatoria en Suecia comienza a los siete años y concluye a los 17. Al tener, los municipios, la obligación de atender a todos los niños, por lo menos un año en centros de preescolar, antes de empezar la enseñanza primaria; de hecho, la escolarización empieza a los seis años. También está prevista la posibilidad de que determinados niños puedan ingresar en el jardín de infancia a los tres o cuatro años. Las razones extraordinarias de este ingreso precoz en el sistema de enseñanza, guardan relación con la carencia de un medio familiar estimulante para el desarrollo del niño. De este modo, también el grupo de niños que se encuentren en esta situación de precariedad familiar, pueden ser incluidos en el nivel de preescolar a una edad temprana. Es una forma de incidir preventivamente en una probable aparición de problemas en el rendimiento y la adaptación escolar futuros. (33)

Actualmente, la enseñanza especial presenta variaciones en relación a la década de los años sesenta, pudiéndose decir que la integración en escuelas ordinarias es una realidad para la mayoría de los alumnos que presentan deficiencias funcionales. Únicamente, aquellos alumnos que ofrezcan un deterioro grave intelectual, físico y/o sensorial, permanecen en centros especiales de educación. Para aquéllos que sean enfermos crónicos, se ha diseñado una *instrucción particular* que podrán recibir allí donde se hallen (casa, hospital, etc.,).

El resto de niños, cuya deficiencia no sea grave, puede acceder a formas de enseñanza integrada, más flexibles que la clase especial, como la *enseñanza conjunta* o la *clínica*, que son dos modalidades de la *enseñanza especial*

coordinada, en la que todo el personal escolar (dirección, secretaria, pedagogos, psicólogos, sociólogos, personal administrativo y profesores) trabaja en equipo para ayudar al alumno en su integración escolar. En la *enseñanza conjunta*, el profesor recibe la colaboración de un pedagogo. Ambos realizan su programa en el mismo aula y al mismo tiempo. Generalmente, el pedagogo se ocupa más de los alumnos de integración. En la *clínica*, el alumno recibe instrucción complementaria en función de sus necesidades específicas. El tratamiento responde, pues, a la individualización (34). Estos alumnos, en la escuela ordinaria, son integrados individualmente en clases normales o en grupos especiales de enseñanza, en los que el alumno permanece solo un tiempo determinado para recibir los apoyos que precise.

Este sistema requiere flexibilidad en los horarios y una atenta individualización de los programas curriculares. El curriculum prescribe que los esfuerzos deben dirigirse hacia la solución de problemas dentro de la *unidad de trabajo* (varias clases que trabajan coordinadamente). Cuando el alumno tiene dificultades en el aprendizaje, habrá que modificar el método de trabajo escolar, organizar cortos períodos de formación en grupos pequeños, considerar la posibilidad de que el alumno trabaje en temas de interés personal durante un período largo de tiempo, ...).

La introducción de medidas técnicas y de apoyo a la enseñanza, así como de carácter psico-social, van dirigidas a facilitar esa integración escolar de los deficientes, integración que se fundamenta en la consideración de que todo aprendizaje es una situación social, y que en la enseñanza se ha de tener presente el entorno del alumno. Se trata de una visión global del niño y su desarrollo, en la que ya no se habla de alumnos con dificultades educativas y sí de chicos necesitados de ayudas, medios y cuidados especiales:

"This makes it natural to speak, not of pupils with educational difficulties and handicaps but of pupils with various requirements concerning special care and special measures". (35)

c) *Algunos datos estadísticos sobre la integración escolar de deficientes mentales*

La mayoría de los niños y jóvenes retrasados mentales reciben enseñanza en formas integradas. Se realizan actividades experimentales sobre la integración individual de niños de la educación especial básica (retrasados

leves). En 1983, los alumnos incluidos en esas actividades eran unos 180 en todo el país (36).

Cuadro Nº 1
Alumnos, deficientes mentales, en enseñanza segregada/integrada
en 1983 (porcentajes)

	Segregada	Integrada		Total
		Grupo	Individual	
Centros preescolares	11	20	69	100
Escuela de capacitación	15	85	--	100
Educación Especial Básica	1	94	5	100
Clase especial	36	64	--	100
Enseñanza profesional	40	57	3	100

Cuadro Nº 2
Enseñanza de niños y jóvenes retrasados mentales en 1984

TOTAL	12.804	100
	Nº	%
Centros preescolares (1 a 6 años)	1.283	10,0
Escuela de capacitación (7 a 16 años)	2.115	16,5
Escuela especial básica (7 a 16 años)	4.007	31,3
Clase especial (7 a 21 años)	1.250	9,8
Enseñanza profesional (17 a 23 años)	3.084	24,1
Enseñanza especial (1 a 21 años)	443	3,5
Sin enseñanza (7 a 21 años)	155	1,2
Jóvenes en actividades de adultos	467	3,6

NOTAS

(1) VARIOS: *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*, Santillana, Madrid, 1985, vol. I, p. 564.

(2) *Ibidem*, p. 565. Así se expresa A. Fierro en relación al término de deficiencia mental:

”La noción de deficiencia mental aparece como noción meramente descriptiva y no explicativa: tras diagnosticar a una persona como deficiente, en rigor no hemos explicado nada; es su deficiencia misma la que necesita explicación”.

(3) La O.M.S., en el estudio realizado sobre la etiología de la deficiencia mental, concluye que se desconoce la causa del retraso mental, al menos, en el 50% de los casos analizados.

Así mismo, M. Bueno Sánchez y M. A. Verdugo Alonso, en un estudio reciente sobre la etiología de la deficiencia mental en España, han obtenido los siguientes datos que, a mi modo de ver, nos sugieren una reserva científica a la hora de apostar por una concepción organicista e innatista del retraso mental. El número de sujetos deficientes mentales estudiados en la muestra es de 1.072. Los resultados del estudio son:

Factores etiológicos	%
<i>Ambientales</i> (agentes tóxicos, infecciones, traumatismos y más de una causa probable)	30,03
<i>Genéticos</i> (desórdenes metabólicos, aberraciones cromosómicas y tumores)	18,84
<i>Desconocidos</i> (influencias prenatales desconocidas, causas desconocidas con y sin signos neurológicos)	51,11

Para una mayor información de los detalles del estudio véase: Bueno Sánchez, M., y Verdugo Alonso, M. A.: ”Deficiencia Mental”, in *Enciclopedia Temática de Educación Especial*, C.E.P.E., Madrid, 1986, vol. III, pp. 1.606 - 1.607.

(4) VARIOS: *Diccionario Enciclopédico ...*, op. cit., p. 564.

También queda recogida esta definición en otros textos consultados (VARIOS. *Educación Especial*, Cincel, Madrid, 1980, p. 60; Scheerenberger, R. C.: *Historia del Retraso Mental*, S.I.I.S., San Sebastián, 1984, p. 314. También, VARIOS: *Enciclopedia Temática ...*, op. cit., p. 1.598.

(5) Según este criterio psicométrico, un sujeto sería clasificado como deficiente mental si su C.I. es inferior a 85.

(6) O.M.S. *Organization des services pour arriérés mentaux*. (XV Rapport du Comité O.M.S. d'experts de la Santé Mentale). Série de rapports techniques, n° 392, Genève, 1968, p. 8.

Los niveles de deficiencia mental propuestos y difundidos por la A.A.M.D. y la O.M.S. serían:

Nivel de deficiencia mental	C.I. Terman	C.I. Wechsler	Edad mental adulta (años)
Ligera	68 - 52	69 - 55	8,3 - 10,9
Media	51 - 36	54 - 40	5,7 - 8,2
Severa	35 - 20	39 - 25	3,2 - 5,6
Profunda	19	24	3,1

- (7) El profesor C. Lerena, con la agudeza intelectual que lo caracteriza, nos dice al respecto:

"Sólo suponiendo que el hombre es algo por sí mismo, fuera de su contexto histórico, esto es, sólo desde la plataforma esencialista, puede pensarse y practicarse la idea de que existen tests, o pueden existir algún día, que realmente midan cualidades humanas innatas o no adquiridas".

Véase, C. Lerena, *Escuela, ideología y clases sociales en España*, Ariel, Barcelona 1.980, p. 329.

Otros textos que tratan críticamente sobre la utilidad y función de los tests:

Liungman, C. G. *El mito de la inteligencia*, Martínez Roca, Barcelona, 1972.

Salvat, H. *L'intelligence: mythes et réalités*, Editions Sociales, París, 1969.

Feingold, J., y Serre, J. L. "Génétique et déficience mentale", in *Déficience mentale chez les jeunes*, Inserm, París, 1983, pp. 83-90.

Por su parte, M. Tort, cuestiona ampliamente la supuesta científicidad de las medidas psicométricas, denunciando, al mismo tiempo, que son un subproducto ideológico de la sociedad de clases y de su escuela. M. Tort, *Le quotient intellectuel*, Maspero, París, 1974.

- (8) Bissonnier, H. "Tendencias actuales en materia de retraso mental", in *Rev. Siglo Cero*, nº 84, 1982, p. 51.

- (9) Algunos estudios representativos de la sociogénesis de la deficiencia mental son los siguientes:

Toro, J. "Influencias sociales en la perturbación mental del niño", in *Rev. Siglo Cero*, nº 33, 1974, pp. 14-20.

Fierro, A. "Subnormalidad y sociedad", in *Rev. Siglo Cero*, nº 33, 1974, pp. 5-8.

Saizarbitoria, R. "Sociogénesis de la subnormalidad", in *Rev. Siglo Cero*, nº 28, 1973, pp. 5-12.

Manciaux, M. "Factores socioeconómicos y culturales asociados con la deficiencia mental", in *Rev. Siglo Cero*, n^o 108, 1986, pp. 12-16.

Hagberg, B., et alii.: "Mild mental retardation", in *Swedish Schoolchildren*, Acta Paediat. Scand., n^o 70, 1981, pp. 445-452.

- (10) Cfr., Declaración de los Derechos del Niño (O.N.U.). (El subrayado es personal).
- (11) La idea de que la población retrasada mental debía controlarse socialmente, esterilizarla y segregarla en instituciones ..., no está muy lejana en el tiempo. En EE.UU., hubo estados que legislaron, a principios de siglos, en este sentido. En 1913, la Asociación de Eugenistas de EE.UU. proponía:

"En líneas generales, las clases que siguen deben considerarse socialmente ineptas, y su sangre debe eliminarse en lo posible de la estirpe humana para mantener o elevar el nivel de calidad que es esencial al progreso de la nación y de nuestra raza: 1^a) los débiles mentales, 2^a) los pobres, 3^a) los criminales, 4^a) los epilépticos, 5^a) los alienados mentales, 6^a) los débiles de constitución, 7^a) los predispuestos a enfermedades específicas, 8^a) los deformes congénitos y 9^a) los que tienen defectuosos los órganos de los sentidos".

Cfr. R. C. Scheerenberger. *Historia ...*, op. cit., p. 222. La fuente original es de Van Wagenen, B.: "Surgical sterilization as a eugenic measure" in *Journal of Psycho-Asthenics*, n^o 18, 1914, pp. 186-187.

- (12) Beeny, K. E. "Una experiencia de integración educativa", in *Rev. Siglo Cero*, n^o 42, 1975, p. 33.
- (13) Según Condorcet, desde una perspectiva decididamente idealista, el perfeccionamiento de una sociedad democrática conduciría a un estado de *progreso humano* donde el triunfo de la razón, de la igualdad, de la tolerancia y de los derechos del hombre ..., serían, definitivamente, una realidad innegable.

El pensamiento ilustrado de este autor se manifiesta en todos sus escritos, en los que se muestra como apasionado defensor de la igualdad de derechos y de la obligación que tiene la sociedad de extenderlos a todos los ciudadanos a través de la educación. He aquí un texto representativo de sus preocupaciones democráticas:

"El deber de la sociedad, relativo a la obligación de extender de hecho todo lo posible la igualdad de los derechos, consiste, pues, en procurar a cada hombre la instrucción necesaria para ejercer las funciones comunes del hombre (...) para sentir y conocer todos los deberes. (...) las leyes dictan la igualdad en los derechos, pero sólo las instituciones para la instrucción pública pueden hacer real esta igualdad (...). Esta igualdad de instrucción (...) establecería otro género de igualdad más general: la del bienestar".

Cfr., Condorcet in "Memorias sobre la instrucción pública", *Escritos Pedagógicos*, Calpe, Madrid, 1922, pp. 17, 18, 20 y 27.

En cualquier caso, la vigencia del pensamiento ilustrado, en los albores de una sociedad democrática, se pone de manifiesto aún en nuestros días. En este sentido, ¿podríamos referirnos a un resurgimiento o a un desarrollo de estos principios ideológicos en el ámbito de la educación y de la sociedad en general?.

(14) **DECLARACION DE LOS DERECHOS GENERALES Y ESPECIALES DEL DEFICIENTE MENTAL.**

Artículo I

El deficiente mental tiene los mismos derechos fundamentales que los demás ciudadanos del mismo país y de la misma edad.

Artículo II

El deficiente mental tiene derecho a una atención médica y recuperación física adecuadas, así como a una educación, adiestramiento, formación y orientación, que le permitan desarrollar al máximo sus aptitudes y posibilidades, cualquiera que sea el grado de su incapacidad. Ningún deficiente mental debe ser privado de esta asistencia en razón de los gastos que suponga.

Artículo III

El deficiente mental tiene derecho a la seguridad y a un nivel de vida decente. Tiene derecho a realizar un trabajo productivo o a ejercer otra actividad útil.

Artículo IV

El deficiente mental tiene derecho a vivir con su familia propia o adoptiva; a participar en todos los aspectos de la vida social y a disfrutar de diversiones apropiadas. Si resultara necesario su cuidado en una institución, el ambiente y las condiciones de vida en dicho centro deberán ser lo más parecidas posible a la vida normal.

Artículo V

El deficiente mental tiene derecho a un tutor cualificado cuando éste sea necesario para proteger su bienestar personal y sus intereses. Nadie que preste servicios directos al deficiente mental podrá servir como tal tutor.

Artículo VI

El deficiente mental tiene derecho a ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante. Si es acusado legalmente, tiene derecho a un juicio equitativo, en el que le sea reconocido plenamente su grado de responsabilidad.

Artículo VII

Algunos deficientes mentales, debido a la gravedad de sus limitaciones, pueden ser incapaces de ejercitar por sí mismos todos sus derechos, de forma adecuada. Para otros, puede resultar apropiada la modificación de alguno o de todos estos derechos. El procedimiento a seguir para su modificación o supresión deberá preservar legalmente

al deficiente mental contra toda forma de abuso, deberá basarse en una evaluación de su capacidad social, hecha por expertos cualificados, y deberá ser sometida a revisiones periódicas, gozando del derecho de apelación ante las autoridades superiores”

Molina García, S. *La educación especial, hoy y mañana*, ICE, Universidad de Zaragoza, Informe nº 4, 1982, pp. 97-98.

La Asamblea General de las Naciones Unidas proseguirá su labor internacional en favor de los minusválidos y así, en 1975, proclama oficialmente la DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS:

- 1) El término *impedido* designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
- 2) El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.
- 3) El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
- 4) El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de esos derechos para los impedidos mentales.
- 5) El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía.
- 6) El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; a la formación y a la readaptación profesionales; a las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.
- 7) El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener una

ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.

- 8) El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de su planificación económica y social.
- 9) El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
- 10) El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- 11) El impedido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.
- 12) Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos.
- 13) El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración".

Cfr. VARIOS: *Diccionario Enciclopédico ...*, op. cit., vol. III, pp. 1.482-1.483.

Asimismo, el año 1981 fue proclamado por las Naciones Unidas como *Año Internacional de los Impedidos*; y el Comité Asesor propuso que el período 1983-1992 fuera declarado como el *Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos*.

- (15) Wolfensberger, W. "El debate sobre la normalización", in *Rev. Siglo Cero*, n° 105, 1986, p. 20.
- (16) VARIOS. *Diccionario Enciclopédico ...*, op. cit., vol. II, p. 599.

También J. McKenna destaca la importancia de mejorar los métodos en la educación especial y de la *adaptación de la escuela al niño y no del niño a la escuela*:

"Todo perfeccionamiento de los métodos que permiten a los deficientes llegar a ser miembros equilibrados y productivos de la sociedad, no redundan en beneficio solamente de los interesados, sino que puede igualmente contribuir a mejorar la

enseñanza en general. Conviene recordar a este respecto que hoy se acepta generalmente la doctrina filosófica que está en la base misma de la educación especial y según la cual es mucho más conveniente y aconsejable adaptar la escuela al niño y no el niño a la escuela”.

Mckenna, J. in "Presentación de *La educación especial: situación actual y tendencias en la investigación*, U.N.E.S.C.O., Ediciones Sígueme, Salamanca, 1977, p. 9.

- (17) Sanz del Río, S. *Integración escolar de los deficientes: panorama internacional*, S.I.I.S., Madrid, 1985, (Doc. 2/85), p. 7.
- (18) Wolfensberger, W. "El debate ...", op. cit., p. 12.
- (19) Nirje, B. "The normalization principle and its human management implications", in *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*, President's Committee on Mental Retardation, Washington, 1969, p. 181.
- (20) Wolfensberger, W. *The principle of normalization in human services*, National Institute on Mental Retardation, Toronto, 1972, p. 28.
- (21) Asimismo, en un reciente simposio de la Liga Internacional pro Deficientes Mentales, se recoge esta interpretación del principio de normalización y su relación con la integración del deficiente psíquico.
- (22) Cfr. C. Monereo. "Un análisis crítico de los conceptos vinculados a la integración escolar", in *Rev. Siglo Cero*, n^o 101, 1985, pp. 26-46.
También Sanz del Río, S. *Integración escolar ...*, op. cit.
- (23) Cfr. J. W. Birch. *Mainstreaming: educable mentally retarded children in regular classes*, The Council for Exceptional Children, Virginia, 1974.
- (24) Houck, C. y Sherman, A. "The mainstreaming current flows two ways", in *Academic Therapy*, vol. 15, n^o 2, 1979.
- (25) En efecto, el costo de un puesto escolar en el sistema ordinario es menor que el de una plaza escolar en un centro de educación especial.
- (26) Artículo primero de la Ley de Servicios Sociales (1982) de Suecia.
- (27) Stenholm, B. "Enseñanza para alumnos con dificultades escolares y minusválidos", in *Actualidades de Suecia*, S.I., 1978, pp. 2-3.
- (28) N.B.E. Information "Special Education in Sweden", pp. 15-16.
"The realisation of handicap being a relationship means that the difficulties of an individual pupil are viewed as emanating from many different sources. It is especially underlined that the school environment (organization, methods, attitudes) plays a central role in the transformation of individual characteristics into handicaps.

In the holistic perspective, diagnoses are abolished as they underline shortcomings of the pupil. In the curriculum the general approach is said to be one where every pupil is seen as potentially able and creative. The school is responsible for creating environment where this potentiality can develop. The school environment should in itself be oriented towards the development of each child's inherent possibilities.

One corollary of this is the principle of integration, which constitutes the third cornerstone in the special education ideology. Problems should be dealt with where they arise: within the working unit itself. Organisation and resource allocation should be sufficiently flexible to provide the support needed within the working unit (working unit is the term used for two or three classes working together with flexible methods). The problems of pupils should be continuously discussed within the working unit staff, including pupil welfare personnel such as the school nurse, the school social worker, the school psychologist and the S.Y.O. (educational and vocational orientation) officer”.

- (29) *Ibidem.*, p. 4.
- (30) Los servicios sociales del municipio son: la *asistencia social domiciliaria* (limpieza del hogar, preparación de las comidas, las compras, el lavado y cuidado de la ropa y el aseo personal); los *centros diurnos* (local común para fomentar las relaciones y romper el aislamiento social); *teléfono de seguridad* (para solicitar ayuda del personal de los centros diurnos); *servicio de transporte y servicio de acompañantes para el transporte*.
- Hedlen, B. y Svenning, L. "Servicios sociales para minusválidos", in *Actualidades de Suecia*, nº 267, S.I., 1981, p. 5.
- (31) Para una mayor información sobre la Ley de Cuidados a los Retrasados Mentales, véase K. Grunewald.: "Los retrasados mentales en Suecia. Intentos de normalización en una Ley nueva", in *Actualidades de Suecia*, nº 345, S.I., 1986.
- (32) Sjöquist, B. "Handicapped pupils with learning disabilities in ordinary schools, or the realities of integration", in *Documento nº 7 de Swedish National Board of Education (S.N.B.E.)*, Stockholmo, 1981, p. 1.
- (33) Sthenholm, B. "Enseñanza para alumnos ...", *op. cit.*, p. 8.
- (34) *Ibidem*, pp. 4-5. También Sjöquist, B. "Handicapped pupils ...", *op. cit.*, p. 3 y ss.
- (35) S.N.B.E. "Pupils with various requirements concerning special care and special measures", in *Documento nº 5*, (S.N.B.E.), Stockholmo, 1980, p. 1.
- (36) Los datos estadísticos de alumnos deficientes mentales escolarizados de forma segregada o integrada han sido tomados de K. Grunewald: "Los retrasados mentales ...", *op. cit.*, pp. 12 y 13.