

# **CARIDAD Y MINUSVALIDOS**

**C O R I N T I O S   X I I I**

**REVISTA DE TEOLOGIA Y  
PASTORAL DE LA CARIDAD**

Núm. 20 Octubre/Diciembre 1981



# **CARIDAD Y MINUSVALIDOS**

**CORINTIOS XIII**

**REVISTA DE TEOLOGIA Y  
PASTORAL DE LA CARIDAD**

Núm. 20 Octubre/Diciembre 1981

Todos los artículos publicados en la Revista "Corintios XIII" han sido escritos expresamente para la misma, y no pueden ser reproducidos total ni parcialmente sin citar su procedencia.

La Revista "Corintios XIII" no se identifica necesariamente con los juicios de los autores que colaboran en ella.

## CORINTIOS XIII

REVISTA DE TEOLOGIA  
Y PASTORAL DE LA CA-  
RIDAD

Núm. 20 Oct./Diciembre 1981

DIRECCION Y ADMINIS-  
TRACION: CARITAS ESPA-  
ÑOLA. San Bernardo, 99 bis  
Madrid-8. Apto. 10095  
Tfno. 445 53 00

EDITOR: CARITAS ESPA-  
ÑOLA

COMITE DE DIRECCION:

Joaquín Losada  
(Director)

R. Alberdi  
S. Ambrosio  
M. Fraijó  
R. Franco  
F. Ibáñez  
J.M. Osés  
R. Rincón  
A. Torres Queiruga

Felipe Duque  
(Consejero Delegado)

IMPRIME: Servicios de Repro-  
grafía de Caritas Española

DEPOSITO LEGAL  
M-7206-1977

ISSN 0210-1858

SUSCRIPCION:  
España: 800 Ptas.  
Precio de este ejemplar:  
275 Ptas.

## SUMARIO

<i>Presentación</i> . . . . .	V
<i>"Del aislamiento a la coparticipación"</i> (Documento de orientación elaborado por Caritas Internationalis) . . . . .	1
AQUILINO POLAINO-LORENTE <i>"Subnormalidad y procesos atribucio- nales: tres modelos y un problema"</i> . . . . .	67
JACINTO TRUCHUELO NEGRETE <i>"Treinta y tres años de experiencia en el tratamiento de minusválidos. Denuncia de una situación"</i> . . . . .	101
ANTONIO MIGUEL SOS ABAD <i>"Educación especial. Problemas y soluciones"</i> . . . . .	117
MIGUEL ISLA MARIN <i>"Integración eclesial del disminuido físico"</i> . . . . .	137
Mesa Redonda: <i>"Minusválidos y su problemática"</i> . . . . .	155
<i>Experiencias</i> . . . . .	175
<i>Documentos</i> . . . . .	233
<i>Bibliografía</i> . . . . .	267
<i>Escriben en este número</i> . . . . .	275



## PRESENTACION

*CORINTIOS XIII se adentra en este número monográfico en el entrañable y extendido campo de la persona y problemas de los minusválidos. Es un quehacer fundamental en las preocupaciones pastorales de Cáritas.*

*La reflexión teológico-pastoral de nuestra Revista, en un esfuerzo de aproximación a lo que Laín Entralgo ha llamado “el arte de hacer posible lo que parecía imposible”, quiere hoy aportar su colaboración y el fruto de sus investigaciones a otras muchas que, desde diversas instancias, se unen a la lucha por la “normalización” de las minusvalías en todo el mundo.*

*¿A quién no estremecen y sobrecogen esas estadísticas que nos hablan de 140 millones de niños minusválidos, de los cuales el 80 o/o vive en países de desarrollo? ¿O el dato referido a la población mundial, según el cual una de cada diez personas padece una deficiencia física o mental?*

*El Consejo de Redacción de CORINTIOS XIII pensó que una de las formas de trabajar eficazmente en las tareas de “normalización” era precisamente elaborar la publicación de este número, con la participación activa de los mismos minusválidos y la de aquellos que colaboran con ellos en la consecución de sus objetivos.*



*La Mesa Redonda –cuyo contenido y desarrollo se publica en este mismo número– celebrada en los Servicios Centrales de Cáritas Española, reunió a una veintena de especialistas en minusvalía, entre técnicos, pastoralistas y los mismos minusválidos. Tal vez sea éste el valor más destacado de este número. Es fruto de la experiencia y aportación de cuantos viven el problema de una u otra forma.*

*Las colaboraciones para la confección del número, tanto en artículos como en experiencias, pudieran haber sido aún más. Todos los participantes en la Mesa Redonda ofrecieron su disponibilidad para hacer realidad el proyecto. Es obvio que –por razones de espacio– era necesario restringir. A todos expresamos nuestra gratitud.*

*Cáritas Española ofrece un amplio y documentado estudio elaborado por Caritas Internationalis, en el que se aborda la problemática general de la minusvalía.*

*El doctor Polaino-Lorente estudia la identificación de la personalidad del minusválido, en su denso trabajo de carácter científico.*

*El doctor Truchuelo expone su larga experiencia clínica en sus años de dedicación abnegada a los minusválidos. Denuncia valientemente situaciones que es preciso erradicar o reformar.*

*El profesor Sos Abad desarrolla científicamente los problemas de la educación especial.*

*Por último, el P. Miguel Isla, dedicado preferentemente a la pastoral de los minusválidos, trata el tema de la integración eclesial.*

*Sigue, como es costumbre en CORINTIOS XIII, una sección de documentación y experiencias.*

*Se ha pretendido ofrecer aquellos documentos que, desde una perspectiva eclesial y de Cáritas, pueden ser de mayor interés.*

*En cuanto a las experiencias, se ha seguido el criterio de mostrar algunos modelos de animación y movimientos liberales, entre los muchos que trabajan eficaz y alentadoramente en la solución de los problemas de los minusválidos. Junto a las experiencias de Cáritas, se ofrecen ejemplos de asociaciones pro-minusválidos, instituciones de religiosos y la labor del Secretariado Nacional de Educación Especial.*

*En la sección bibliográfica, se aportan obras de educación general, religiosa y moral, en relación con el tema de los minusválidos y que resultan fácilmente accesibles a nuestros lectores.*

*Una palabra final y ésta de agradecimiento a Don José Alba y a Don Enrique Garriguez, de FRATER; también a Don Miguel Pereira, director técnico del Centro Nacional de Paraplégicos, de Toledo. Ellos, testimonio del valor y capacidad del minusválido para promocionarse a sí mismo, con su participación en la gestación de esta publicación, han sido un estímulo para Cáritas. Y un símbolo de colaboración y coordinación de cuantas instituciones trabajan por la causa del minusválido en España.*

**Felipe Duque**



# **DEL AISLAMIENTO A LA COPARTICIPACION**

DOCUMENTO DE ORIENTACION  
ELABORADO POR  
CARITAS INTERNATIONALIS





## INTRODUCCION

### La ONU y los Años Internacionales

Desde hace tiempo la Organización de las Naciones Unidas ha lanzado los “Años Internacionales” (AI), sobre algunos grandes temas que se refieren a toda la humanidad (Ambiente, Población) o a algunas categorías de personas, cuya condición constituye un problema de grandes proporciones (Mujer y Niño). El objetivo de este tipo de celebraciones es doble:

- Atraer la atención de los gobiernos sobre el tema, para que éstos planifiquen y apliquen medidas capaces de modificar y mejorar las situaciones anómalas, desequilibradas, injustas o peligrosas, que se registran en el ámbito de la temática o en el ámbito del grupo de personas interesadas.

- Movilizar la opinión pública mundial, solicitando tomar conciencia de la situación y cambiar la postura mental y el comportamiento respecto a la misma.

Sin embargo, se advierte (junto a opciones del todo discutibles y a evaluaciones decididamente erradas como las que hemos visto y asistido durante la celebración de los precedentes AI), al menos hasta el momento, una reducidísima incidencia de los AI sobre las situaciones reales, a causa, probablemente, de dos límites:

a) Los países más pobres —que no obstante, como miembros de la ONU, están llamados a financiar gastos de los Secretariados de los AI y de las eventuales conferencias mundiales— no están además en grado de invertir recursos financieros, técnicos, científicos y humanos en el ámbito interesado por el AI, cargados como están de problemáticas mayores y más complejas a las que deben hacer frente. (Para algunos, las deudas con el exterior han llegado a niveles de quiebra que se resumen en términos de desarrollo y de autosuficiencia; la sectorialidad inherente a la praxis de los AI constituye, pues, un límite real).

b) Estas problemáticas no escapan a la más vasta dinámica política internacional y, por lo tanto, las tensiones y las instrumentalizaciones políticas se llevan a menudo la mejor parte en relación con el lado propiamente humanitario de la misma problemática.

Por ello, es importante colocarse frente a los AI sin grandes “esperas mesiánicas”, sino, al contrario, con la conciencia de que estos son un primer paso solamente, a integrar con otros, hacia un mejoramiento de las condiciones de vida de los más débiles y de toda la humanidad.

No obstante se puede afirmar que estos AI nos interpelan como creyentes en Jesucristo, en la medida en que se centran en los componentes más marginados e indefensos de la humanidad, es decir, en aquellos “pobres” que constituyen también

el centro de nuestras preocupaciones. Los AI pueden ser una ocasión para introducirnos en el camino de la verificación y el testimonio:

– *La verificación.* Podemos re-examinar cuanto hemos realizado y estamos realizando en favor de la categoría de personas interesadas por el AI, a la luz de las nuevas realidades, además de las nuevas exigencias y potencialidades.

– *El testimonio.* En el plano internacional, tenemos la posibilidad de intervenir, sobre la base de la experiencia y de nuestro credo, ante los organismos supranacionales encargados de aportar programaciones y medios de aplicación, con notas y enmiendas a los planes mundiales de acción; a nivel nacional, se puede proceder de igual modo, pero, y es importante, se puede dar vida a nuevas iniciativas —con o sin la aportación de los poderes públicos— que testimonien nuestro estilo de intervención para la promoción humana de las categorías interesadas.

## El Año Internacional de las Personas Minusválidas

Desde hace tiempo la ONU ha prestado una particular atención al problema de las Personas Minusválidas. Ya en 1971 la Asamblea General, en su XXVI sesión, proclamaba la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*, a la que se agregaba, en 1975, en la XXX sesión, la *Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas*.

La presencia en el mundo de casi 450.000.000 de P.M. correspondientes al 10 o/o de la humanidad, finalmente ha determinado la decisión, tomada por la Asamblea General en 1977, en su XXXII sesión, de proclamar el año 1981 como

A.I.P.M. (Año Internacional de las Personas Minusválidas), cuya celebración ha sido planteada sobre la base de la experiencia proporcionada por las precedentes celebraciones.

No se convocará ninguna Conferencia Mundial, y esto ayudará a reducir los gastos y las politizaciones del tema.

Se pondrá el acento sobre todo en la responsabilidad de cada país, cosa en sí justa pero que quizás sería moderada con la previsión de medios de cooperación internacional, especialmente en el ámbito técnico-terapéutico.

El Secretariado de las Naciones Unidas para el A.I.P.M., coordinado por la señora N'Kanza, ha elaborado, además, un proyecto de programa mundial de acción a largo plazo —que será puesto a votación en la próxima Asamblea General— centrado en los siguientes puntos:

- a) Sensibilización y educación de la opinión pública a la realidad de las P.M. (persona/s minusválida/s).
- b) Prevención de los minusválidos.
- c) Remoción de las barreras arquitectónicas.
- d) Inserción de las P.M. en los ambientes escolares y productivos, además de los lugares comunes de vida de relación.

El Secretariado del A.I.P.M., interpellando a las ONG dotadas de estatuto consultivo ante ECOSOC (Comité Económico y Social de las Naciones Unidas), en el pasado junio, nos dio la posibilidad de expresar un parecer y sugerencias sobre el proyecto de programa. Lo hemos hecho gustosamente enviando el presente documento.

Sin embargo, nuestras intervenciones son de importancia secundaria, mientras que las intervenciones y testimonios que se podrán llevar a cabo a niveles nacionales y locales serán de importancia primaria.

En el curso de la preparación de este documento, hemos notado un profundo interés y a menudo una notable competencia de las Cáritas Nacionales respecto a la realidad de la P.M.; esto nos hace suponer que éstas, durante el AIPM y también sucesivamente, se comprometerán a fondo para promover y favorecer la verificación y el testimonio del que hablamos, encarnándolo en las realidades locales de las que será necesario tener presentes los aspectos culturales, económicos y sociales.

Pero antes de entrar en la temática es necesario encuadrar la persona del minusválido y el papel que debe llevar a cabo en su favor la comunidad eclesial.

### Quién es la persona minusválida

Ante todo es necesario definir, aunque sea en líneas generales, de quién estamos hablando cuando nos referimos a una P.M. Teniendo en cuenta la finalidad de estos apuntes, podemos definir como minusválida:

*La persona que, con motivo de un serio percance morboso o traumático, que se ha producido antes, durante o después del proceso de gestación y del nacimiento, acusa dificultades físicas, psíquicas y/o sensoriales, y que por causa de éstas resulta marginada o candidata a la marginación en los campos de la comunicación, de la educación, del trabajo, de la vivienda y, en general, en la vida de relación.*

Si, por un lado, tal definición —que comprende los minusválidos físicos, mentales, sensoriales; los que sufren complicaciones psico-afectivas; los enfermos crónicos; las personas que sufren lepra— llama la atención sobre la necesidad de esfuerzos médicos (prevención, cura y rehabilitación) tendentes a asegurar a los minusválidos el máximo de bienestar posible, nos ayuda también, y sobre todo, a considerar al minusválido como un individuo que lanza un reto a la organización y a la escala de valores que la sociedad se ha dado o se da.

Si, como creemos, la dignidad de la persona no tiene nada que ver con su capacidad productiva, y si, como creemos, el problema se sitúa a nivel de valores y no a nivel de eficiencia (como parece creer cierto mundo occidental, que promulga leyes eugenéticas), se deduce que la atención hacia la P.M. no deberá centrarse en un “ayudarla a adaptarse física y psicológicamente a la sociedad” (como se lee en el informe del Secretario General de la ONU a la XXXII sesión de la Asamblea General), sino que tal atención deberá tener como objetivo crear las condiciones —de mentalidad, de legislación, de urbanística, de servicios, de trabajo, etc.— que, mientras reconocen concretamente la dignidad de la P.M., hacen posible su participación para mejorar la calidad de la vida en común.

Tal visión de la P.M. como persona activa —sea cual sea su grado y su modo de actividad— nos ayuda a encuadrar el compromiso social en su confrontamiento, abandonando la lógica asistencial y asumiendo la lógica de la promoción humana.

En este camino, que es largo y difícil porque presupone una conversión de las conciencias, la comunidad cristiana puede jugar un papel fundamental e insustituible.

## Reforzar el compromiso eclesial

El compromiso de los creyentes por las P.M. no nace hoy: sin triunfalismos, se debe registrar en su favor un compromiso secular de muchos organismos, grupos cristianos, familias religiosas.

Criticar la forma de este compromiso aislándolo del contexto en que se situaba, con criterios contemporáneos, sería un error histórico y una injusticia hacia quien ha afrontado concretamente una realidad, cuando ésta no constituía ni siquiera un “problema” para el resto de la sociedad.

Sin embargo, es necesario reconocer que esos agentes católicos durante años fueron marginados en el seno de la más amplia comunidad eclesial.

En efecto, de hecho, actualmente, se constata que:

— Son poquísimas las Conferencias Episcopales Nacionales que han enfrentado con instrumentos apropiados (comisiones, grupos de investigación, etc.) la exigencia de una pastoral capaz de suscitar una postura concreta de acogida por parte de la comunidad cristiana en favor de las P.M., y/o que hayan adoptado planos catequético-litúrgicos para los minusválidos graves y para sus familias.

— Son poquísimos los países en los que se ha realizado una conexión a nivel nacional de los grupos, organismos, entes religiosos, con el objeto de poner a punto una política de interayuda, de puesta a punto de métodos de intervención y de sensibilización de la comunidad cristiana.

Estas dos realidades hacen que el problema de las P.M. sea, aún hoy, marginal en la Iglesia, mientras los agentes católicos viven en una especie de aislamiento, que no les permite dar pasos significativos para una acogida concreta de las P.M. en la comunidad eclesial, y de una sensibilización de la más amplia comunidad civil.

Es necesario, por tanto, favorecer el cambio de este estado de cosas, preparando, a nivel nacional —y por ello en sintonía con la sensibilidad y la peculiaridad de cada comunidad—, una pastoral para la acogida de las P.M., que:

a) Se funde en:

— La primacía de la persona sobre la estructura, porque la persona es imagen de Dios, que la ha creado, que es Señor de la vida, que es justo y misericordioso.

— La posición central de los menos favorecidos en la comunidad cristiana.

— La misión del pueblo de Dios de llevar la Esperanza en la alegría de la Resurrección.

— El imperativo que el mensaje evangélico da a los cristianos de testimoniar la condivisión del ser antes aún que la condivisión del tener.

b) Favorezca el compromiso de la comunidad cristiana local en todas sus estructuras, para una organización que prevenga el recurso a la institucionalización de las P.M.

c) Favorezca una correcta articulación de la acogida de las personas minusválidas en el momento del Anuncio de la Palabra, de la Celebración, de la Diaconía.

d) Sostenga y aliente la creación de nuevas experiencias de vida comunitaria con las P.M. y sus familias.

e) Dé sólidas motivaciones de fe a cuantos —asociaciones, agentes, animadores, voluntarios— quieran actuar también en lo civil por una promoción humana de las P.M., que sea también promoción de una sociedad más humana.

Terminamos esta introducción subrayando que una orientación pastoral correcta es la condición sin la cual toda acción —eclesial o civil— resultaría ella misma “minusválida” en el espíritu, es decir, privada de su fuerza profética.



PRIMERA PARTE  
CRITERIOS DE REFLEXION

I

UNA COMUNIDAD QUE ACOGE A LOS MAS DEBILES

**Nota preliminar**

Estas reflexiones fueron escritas considerando los minusválidos graves y las personas con varias minusvalías (físicas y mentales). Pueden ser útiles en algunos países o casos para los minusválidos leves y físicos, en la medida que estén presentes en la comunidad cristiana.

Estas notas no son exhaustivas; es necesario considerarlas como un punto de partida y necesitan de estudio y profundización.

## Situación de marginación en la comunidad cristiana

A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento para provocar un cambio de mentalidad con respecto a las P.M. mentales, para que sean reconocidas dignas de derecho y de respeto, de hecho, aún son muchas las personas que se sienten excluidas de la vida con los “normales” y que continúan viviendo en soledad, cerradas en su aventura.

Su presencia en la vida parroquial es mínima o nula, sea durante las celebraciones eucarísticas, sea en la vida de asociaciones o en otras expresiones de la vida comunitaria.

Quien las conoce y sabe del sufrimiento y la soledad que envuelven su vida, prueba cierto malestar considerando que, precisamente en la casa del Padre común, en nombre de Aquel que murió y resucitó por todos, algunas personas no tienen acogida o se consideran indeseables o, a veces, “puestas a la puerta”.

Se impone a todos un examen de conciencia: no debe existir una iglesia para los “sanos” y una iglesia para los minusválidos.

La P.M. mental no es un enfermo contagioso. Es capaz de relacionarse con su Creador y tiene derecho, como todo bautizado, a crecer según su ritmo y sus posibilidades en la fe, junto a sus hermanos en Cristo.

Si Jesús los ha encontrado tantas veces para curarlos, es porque quería transmitirnos el constante mensaje de su evangelio: “Haced vosotros lo que yo he hecho: amaos como yo os he amado”.

Si no nos es dado curar en estricto sentido, se nos pide encontrar, acoger, a las P.M., cambiando y predisponiendo nuestro corazón para vivir como hermanos en su nombre y siguiendo su ejemplo.

¿Por qué no salen adelante por sí mismas?

La P.M. mental raramente puede vivir sola: o vive en familia o es confiada, cuando resulta necesario, a institutos; son cada vez más numerosas las familias que prefieren vivir con su hijo, retardando lo más posible el confiarlo a otras personas.

Hablar del minusválido mental presupone hablar de sus padres, obligados a vivir una situación familiar muy particular y desconocida totalmente para quien no tiene este problema en su casa.

La marginación o educación-rehabilitación-inserción dependen en gran parte de la manera *cómo* los padres afrontan la prueba.

Es importante dar algunas precisiones al respecto, para poder entender lo que se dice más adelante:

– El nacimiento de un hijo “no como se lo desea”, es una de las pruebas más terribles para los padres, especialmente si se trata del primer hijo (cosa bastante frecuente).

– Los primeros diagnósticos médicos sobre la gravedad del minusválido se sienten como puñaladas en el corazón de los padres o constituyen heridas indelebles, sea en el caso de médicos que dicen brutalmente la verdad, sea en el caso de los

que tratan de camuflar la verdad o de dejarla para más adelante, sea en el caso de los que no se atreven a decirla.

— Los primeros tiempos después del nacimiento o de la enfermedad que provoca la minusvalía, son los más terribles para una pareja y pueden, según los casos, impedir, a veces para siempre, la reanudación de la vida matrimonial y familiar.

— La unión y el amor entre los dos esposos son puestos a dura prueba (miedo de nuevas relaciones conyugales, disgusto en las mismas; sentimiento de culpa por parte de uno hacia el otro; cansancio físico para hacer frente a la atención del recién nacido no deseado; irritación, frustración frente a la falta de progresos esperados, noches en vela, peleas...).

— La vida familiar se resiente: relaciones difíciles con los demás hijos (descuidados o no atendidos), con los parientes (que juzgan, critican, alimentan la discordia, o callan y se alejan).

— La tensión psíquica de los padres no les permite encontrar la energía suficiente para afrontar el comienzo precoz de las curas médicas y de rehabilitación (visitas, fisioterapia, controles), y el esfuerzo que deben hacer para encontrar las energías va en perjuicio de otros momentos preciosos y decisivos para la vida del niño y de la familia.

— La búsqueda desesperada de un culpable de lo sucedido (factores genéticos o hereditarios; falta o errada asistencia médica), además de aumentar un estado de culpa sobre todo en la madre, lleva a un latente estado de rebelión hacia sí mismos, hacia los demás y muchas veces hacia Dios, el gran acusado injustamente frente a la muerte y al mal inocente.

Con el tiempo este estado de cosas lleva a los padres a encerrarse en sí mismos: exhaustos, frustrados, amargados, irascibles y desconfiados hacia quien trata de echarles una mano.

Dejados solos, los padres están seguros de no tener la ayuda de *nadie*, porque la prueba es desgarradora y parece insoluble. Por esto, en la mayor parte de los casos, sobre todo en aquellos niños que no parecen progresar, el proceso de “marginación” comienza exactamente aquí: de esta “herida” que vuelve a los padres esquivos e incapaces de enfrentarse con el ambiente externo, convencidos de que la vida ya no tiene sentido para ellos.

La rebelión o el presunto abandono de Dios deja a los padres llenos de amargura y de rencor, que, como sabe quien tuvo esta experiencia, hacen perder poco a poco el gusto y la alegría de vivir. Lo poco que se consigue hacer es hecho a la fuerza y por deber, y quien sufre en primer lugar es el hijo minusválido que percibe inevitablemente que es él la causa de todo... y se niega a progresar.

La atmósfera familiar lo siente fuertemente y todos se encuentran implicados: minusválido el niño, minusválida la familia.

Culpar a los padres de no haber tenido la fuerza de renacer y de esperar, empeora la situación: ellos no pueden arreglárselas *por sí solos*. Están encerrados en su casa y en su corazón, sin que alguien —que no creen ni esperan que exista— dé un paso adelante para demostrarles que la vida vale la pena de ser vivida siempre.

## Pedagogía de la esperanza

De cuanto se ha dicho es clara la necesidad de establecer un nexo de unión entre ellos y la comunidad cristiana, antes de que sea demasiado tarde.

Es necesario llegar hasta el niño minusválido y hasta sus padres, allí donde se encuentren, acercárseles con coraje y delicadeza para testimoniarles que no están solos, que Dios los ama tal como son y que en la Iglesia existe un *lugar vacío* que los espera.

Visitarles, dejarles hablar, escucharles, invitarles, acogerles, no es algo fácil ni se puede hacer en un día. Pero es necesario hacerlo y es necesario no dejar caer en el vacío cualquier gesto de su parte por romper el muro de soledad dentro del cual se han encerrado, ni desalentarse si los primeros encuentros o invitaciones no han tenido éxito.

Es necesario preparar la acogida ofreciéndoles el primer lugar, superando y haciendo superar a los demás la incomodidad o la turbación interior que su presencia puede acarrear al principio, esforzándose por ponerse en su lugar: si se dan cuenta de que *molestan*, no volverán nunca más.

El milagro de la esperanza, que es necesario volver a encender, depende justamente de la calidad del primer encuentro. Si por parte de los padres es difícil asumir y amar a su propia criatura, es normal que lo sea también para nosotros.

Muchas preguntas se plantearán a unos y a otros. ¿Por qué?, ¿por qué a él y no a mí?, ¿cómo entender?, ¿cómo hablar?, ¿cómo decir que sí?, ¿cómo decir que no?

Es este el problema de todos los cristianos: decir sí o no a la vida, así como se presenta, no como querríamos que fuese. Porque excluir a uno de la comunidad cristiana equivale a excluirlo del derecho a la vida, y esto significa decir sí al aborto eugenético y pronto a la eutanasia. No podemos proclamar y defender solamente el sí a toda vida y pedir a los demás el precio que este sí comporta y que dura una vida entera.

### Su presencia es fuente de enriquecimiento para la comunidad

Descubrir los dones específicos de cada miembro de la comunidad cristiana y ponerlos al servicio de los demás, es fuente de crecimiento y de enriquecimiento para toda la comunidad.

Sin los minusválidos, la comunidad no puede ser una.

Una vez acogidos, será nuestro deber dejarnos guiar por quien parece a simple vista disminuido, privado de dones, para llegar a entender que las “piedras desechadas” son preciosas e indispensables para la Iglesia de Cristo:

— Testimonios visibles de las Bienaventuranzas, sin decir nada, si sabemos escuchar silenciosamente, dócilmente, nos encontraremos poniendo en causa la escala de valores en la que se apoya nuestra adhesión a Cristo.

— A su vez, poco a poco (el camino es duro y se necesita mucha paciencia y perseverancia), los padres comenzarán a entender que su hijo tiene algo único que ofrecer; de pasivos y sometidos a la prueba, sabrán volverse activos: la amargura dejará lugar al sufrimiento (éste está y permanecerá siempre, pues ¿qué hombre no sufre?). Quien sufre puede transformarse,

precisamente por esto, en un instrumento delicado y paciente para quien tiene otros sufrimientos. Es importante saber que no somos los únicos que sufrimos...

Es difícil decir cómo ha de hacerse para descubrir y recibir el don que ellos aportan; cada comunidad deberá, poco a poco, reflexionar y considerar con solicitud y creatividad, según las personas, las situaciones y las modalidades con que se expresa la vida comunitaria: participación en el catecismo o catequesis especializada; celebraciones litúrgicas más vivas (gestos, procesiones, cantos, explicaciones del evangelio breves y mimadas); sacramento de la Confirmación y de la Eucaristía junto a los demás niños, junto a toda la comunidad; servicio concreto de ayuda a la familia del minusválido; acogida del minusválido en asociaciones juveniles, en campos de vacaciones; invitación a los padres a participar en reuniones para adultos, dándoles la posibilidad de participar, asegurando la asistencia o cuidado del hijo...

Lo que se puede afirmar, en base a la experiencia y después de haber escuchado a muchos padres y de muchos años, es que reanimar la esperanza en una familia así probada se logra con la ayuda de todos, pero también a través de algún gesto inesperado:

— La Comunión o la Confirmación del hijo minusválido ha dado nuevamente vida a muchos padres que, por muchos años, habían abandonado toda relación con Dios.

— Una noche de oración y de amistad en familia (jóvenes, sacerdotes, hermanos, padres), en presencia de un niño gravemente afectado, ha hecho nacer una amistad profunda y duradera.

— La invitación de un niño o joven minusválido a participar en un fin de semana de reflexión, porque con su presencia el redescubrir a Cristo es más verdadero y profundo, ha dado a los padres ganas de participar ellos también en una revisión de vida a la luz del evangelio.

Por otra parte, muchos jóvenes, en busca de un sentido para sus vidas en un mundo que presenta para ellos tan pocos valores e ideales, han encontrado junto a sus hermanos más débiles una vocación para seguir: estudios de medicina, paramédicos, de educación especial, o aunque sea sólo la seguridad de tener necesidad de ellos para seguir adelante en un mundo demasiado materialista.

Testimoniar la victoria de la resurrección de Cristo sobre la muerte comienza aquí, en la tierra, en el mundo y en la sociedad y en las situaciones en las que nos encontramos junto a nuestros hermanos crucificados: testimoniar que creemos en la existencia de su vida interior, más grande y más luminosa que la nuestra, invisible, porque es prisionera de un cuerpo aparentemente mortificante.

## II

### CON LOS MINUSVALIDOS, CREAR NUEVOS MODOS DE CONVIVENCIA

#### Desarrollar la sensibilidad en la comunidad civil

Las Cáritas Nacionales y Locales, en cuanto expresión de la Iglesia, deben suscitar la preocupación de que la persona sea

siempre considerada antes y por encima de las estructuras, advirtiendo al mismo tiempo, a la luz de la fe, que en la experiencia del minusválido, como persona marginada, se trasciende la conciencia actual de la sociedad, aun en el esfuerzo que ésta hace a nivel de estructuras.

Por esta razón, las Cáritas deben ser críticas frente a los modos fáciles de afirmar los derechos o preparar los objetivos, como frente a las ópticas que favorecen únicamente la adaptación de las P.M. a la sociedad o sólo su inserción en el mundo de la producción como si no fuese criticable el valor de la productividad asumido como norma de juicio para establecer en qué medida un individuo es hombre, cosa que ha creado y continúa creando tanta marginación.

Las Cáritas deberían favorecer un proceso, por el cual las afirmaciones de principio sepan encarnarse en situaciones concretas y sean capaces de encaminar un movimiento que responda a las exigencias y las necesidades de las P.M. y a sus capacidades de desarrollar respuestas justas.

Es necesario desarrollar una sensibilidad de la comunidad civil de tal modo que ésta esté dispuesta a acoger al minusválido como persona gozando de los mismos derechos de los demás.

Por esto, en términos prácticos y coherentes con lo que se ha dicho, la manera primera y fundamental de acoger a las P.M. consiste en darles la posibilidad que se da a los demás de desarrollar su propia vida, así como se debe dar a su familia la posibilidad de ayudarlas a desarrollar su propia vida, como acontecería con un hijo no minusválido, es decir, sin tener que “morir por ello”.

De ahí se deriva la necesidad de que la sociedad valore todas las posibilidades humanas y originales de la P.M., ofreciéndole instrumentos, técnicas, espacios sin barrera en los cuales pueda estar presente junto a los demás. Estos espacios, todos los espacios posibles para una vida normal de relación, le permitirán expresar creativamente sus posibilidades, porque sentirá el poder participar, a su modo, en el esfuerzo común para hacer que la vida y la convivencia sean más humanas.

### Salir de la lógica asistencial

En consecuencia, el proceso de rehabilitación de la P.M. no deberá —como ocurre en el presente— concentrarse sobre el órgano enfermo, lo que situaría al minusválido y a su familia en una condición de pasividad, de aislamiento en la enfermedad y de dependencia de los demás, y que crea una nueva minusvalía. La verdadera rehabilitación consistirá en crear los instrumentos —obviamente no sólo médicos— para que la sociedad sea más acogedora. Rehabilitar significa, por ello, ensanchar los espacios en el campo social.

Entonces, la sensibilidad que debemos favorecer se ejercerá en favor del derecho de la P.M. a sentirse cómoda en la sociedad que la acoge. En términos concretos, se trata de hacer entender que el primer derecho de la P.M. es la socialización de la minusvalía y de quien la sufre.

Nuestro esfuerzo de crítica deberá tratar de entender a individualizar cuánta marginación subsiste, a pesar del esfuerzo de socialización emprendido por muchas sociedades, y con toda probabilidad encontraremos mucha allí donde esta socialización permanece en la lógica del “welfare state” (es decir, del estado

asistencial) y de la supremacía de la productividad, de la eficiencia.

Es verdad que hoy, la tendencia cada vez más marcada de integrar el campo social con el sanitario y hacer participar a los usuarios en la gestión de los servicios, puede corregir la torcida visión de los servicios para el hombre. Y se sale de la lógica asistencial (típica, precisamente, del “welfare state”) para entrar en la lógica de la prevención y de la promoción humana.

Por otra parte, si se considera la actitud de la sociedad frente a la P.M. en el campo económico, se constata que existe aún mucha confusión y contradicción, aun dentro de la lógica de productividad, entre la tendencia a favorecer, de un lado, la concesión de una pensión y, de otro, el trabajo del minusválido. Y allí donde, a través de la orientación y la formación profesional, se favorece el trabajo se ve una fuerte propensión a crear laboratorios protegidos que no se sustraigan a la lógica asistencial. De esta manera surge cada vez más el problema de los minusválidos graves y se repiten modelos de institucionalización donde se entreen o se podrían entrever otras posibilidades.

Se pone en evidencia de este modo el por qué permanezca una mentalidad de no aceptación: se ve lo contradictorio —presente en muchos países—, engendrado por la coexistencia en un mismo cuadro jurídico de leyes para la protección de la P.M. y de leyes eugenéticas que permiten la eliminación de quien podría pesar en la sociedad.

**Proponerse objetivos concretos allí donde se encuentre la P.M.**

Cuanto más se plantea a nivel “nacional” el problema de las P.M., menos se consigue en el intento de abrirles espacios so-

ciales. Al contrario, allí donde se desarrolla una “política territorial”, se da mayor atención a la persona y a la totalidad de sus necesidades, una integración mayor, mayor valorización y una mayor autodeterminación de la P.M.

Ahora bien; una “política territorial” y local tendrá éxito si se persiguen objetivos concretos respecto a los ámbitos de la familia, de la comunidad local, del trabajo, de los servicios sociales y sanitarios.

*En la familia:*

La P.M. debe ser acogida, desde su nacimiento e incluso desde el momento de su concepción (previando hasta dónde es posible la buena concepción), en una familia y en una casa capaces porque ellos son también una comunidad abierta a los hombres. La familia de la P.M. no falla en su tarea porque tiene un hijo inválido, sino porque la familia, en general, se ha vaciado de sus propios valores y asume cada vez más una función productiva de bienestar físico y material. Parece importante, entonces, reevaluar el alcance afectivo de la familia, además de su alcance educativo, cualesquiera que sean las características físicas y psíquicas de sus componentes. La familia de la P.M. necesita, para ello, el apoyo del ambiente que la rodea.

*En la comunidad local:*

Con el fin de promover un trabajo que favorezca la aceptación de la P.M. por parte de su ambiente de vida, se puede favorecer (donde no existan) y sostener (donde existan) la animación de grupos de interés, de asociaciones de P.M. y de sus familias, así como la participación de otros movimientos cuyos fines y actividades no tienen relación directa con la realidad de las P.M., de modo que se promocióne a nivel nacional un proceso

cultural de agregación del ambiente en todas sus articulaciones, en torno al problema.

También en la comunidad local, el proceso educativo para una conciencia nueva, que pasa también a través de las estructuras (incluidas las escolásticas, de las que tratamos en el capítulo siguiente), debe tender hacia el desarrollo de las capacidades humanas de relación y no de la capacidad productiva de la P.M. Por esta razón, donde la acogida del minusválido en su medio primario (la familia) se vuelve difícil o es interrumpida, es necesario poder contar con la comunidad local más amplia, que sea capaz de dispensar una acogida estableciendo relaciones humanas irremplazables. Modelos de “familia nueva”, de familia comunitaria y de comunidad —alojamiento, de servicios de vecindad, compromiso del voluntariado—, resuelven muchos problemas, creando campo para la vida común, valorando las capacidades que permanecen en un medio de vida común y de tiempo libre, donde es posible elaborar nuevos roles, sin deber, necesariamente, plegarse a la lógica inflexible de la producción y de la standarización del trabajo.

Mientras se desarrolla y se valora, el espíritu de solidaridad popular crea posibilidades extraordinarias para vencer la marginación.

#### *En el trabajo:*

En los casos en que es posible comprometer a la P.M. en un trabajo productivo (que debe gozar de las mismas garantías previstas para todos los trabajadores y de una substancial paridad de remuneración, incluso integrada), es necesario desarrollar, a través de un adecuado esfuerzo de preparación y de formación, la disponibilidad de los trabajadores a acoger a la P.M. y, si se necesita, a adaptar el puesto de trabajo. Pero, sobre

todo, si se quiere salir verdaderamente de la lógica asistencial y marginante, es necesario el esfuerzo de inserción de la P.M. en el ambiente de trabajo, para que se encuadre en una más amplia operación que tienda a crear un ambiente en el cual todas las personas (y no sólo los minusválidos) se sientan realizadas. Entonces, el esfuerzo por las P.M. tendrá repercusiones positivas también para otras personas que tienen necesidad de ver el trabajo no sólo como un factor meramente remunerativo o productivo o de mercado, sino también como realización del propio ser.

Para alcanzar estas metas, es necesario humanizar el trabajo, tan masificante en el día de hoy. Se pueden poner en marcha, a este fin, con las facilidades legislativas apropiadas, formas de cooperación integradas donde hay lugar para el hombre y para la solidaridad, con un objetivo mejor de realizar en sentido ideal y, por ello, con mayor espacio creativo. La fundación de cooperativas podría interesar mucho a los jóvenes que rechazan las estructuras actuales productivas normales y querrían ser los protagonistas de nuevas formas de producción.

Los espacios para las cooperativas y los espacios dentro de las empresas han sido, hasta el momento, muy poco explorados y poco valorados; por ello, existe una gran posibilidad de investigación por medio de proyectos-piloto, de los que las Cáritas Nacionales y Locales podrían ser promotoras.

*En los servicios sociales y sanitarios:*

Los servicios para las P.M. han de ser los servicios puestos a disposición de todos los ciudadanos, ya que son tantas las situaciones de marginación a afrontar y resolver. A veces, de muchas maneras, los mismos males se sobreponen sobre personas y categorías diversas, y lo que vale para una categoría puede valer

también para otras. Por tanto, no se debe pensar en servicios particulares (aunque deban preverse acciones particularizadas), sino servicios para todos, de los cuales las P.M. puedan usufructuar, como sucede para los demás tipos de servicios públicos (transporte, escuelas, habitaciones, medios de comunicación social, etc.).

En el ámbito de los servicios sociales y sanitarios, se debe dar una atención especial a la formación de los operadores, para que no utilicen problemàs y situaciones por encima del nivel medio de la gente, sino que, por el contrario, sean instrumentos al servicio de las personas, en la comunidad local, que con ellos ha de manejar su propio espacio vital. Por esto debe existir, en el personal técnico, capacidad de comunicación y de personalización.

### Desarrollar los signos de esperanza

Las situaciones cambian cuando cambia la mentalidad que las crea. La prevención de la marginación de la P.M. no es, pues, un hecho técnico o arquitectónico, sino que se refiere principalmente a la conciencia personal y colectiva de la gente, que se refleja después en el ambiente, hasta del poder político.

**Aunque todavía en germen y con mil contradicciones, en el proceso de desarrollo de los pueblos se detectan hoy dos tendencias. Por una parte, existe la voluntad de autodeterminación de los sujetos, de los grupos, en el desarrollo —a pesar de toda minusvalía física y social— de las respuestas a los problemas del ambiente, de la habitación, del trabajo, de los servicios. Por otra parte, se camina cada vez más hacia la descentralización político-administrativa y hacia la dimensión territorial de los servicios.**

Es necesario favorecer la integración de las dos tendencias, que deben equilibrarse y pueden constituir igualmente un instrumento para prevenir los males; se debe alentar a los poderes públicos a caminar en este sentido, dando mayor espacio al compromiso participativo-social, para que éste, entre otras cosas, pueda desarrollar la mediación entre el individuo y el Estado.

Por esto la comunidad civil tiene necesidad de dar con una Iglesia, o sea con un pueblo de Dios abierto al hombre, capaz de proclamar y testimoniar todo el “protagonismo” de “verdaderos hombres” de todo marginado y de su familia, y que sepa educar a los cristianos en la acogida en el interior de su conciencia, en la capacidad de servicio, en la propia casa abierta, hecha lugar de comunidad.

### III

#### PERSPECTIVAS Y LIMITES DE LA INSERCIÓN DE LOS MINUSVALIDOS EN LA ESCUELA

##### La escuela como momento de un mayor proceso educativo

La integración educativo-escolar de los chicos en dificultad de desarrollo y aprendizaje constituye un “momento” fundamental, aunque limitado en el tiempo y en el espacio, del vasto proceso de integración socio-cultural-de trabajo del sujeto de la P.M.; proceso que para poder conseguir eficaces resultados debe estar continuado con el tiempo y extendido a otros “momentos” que preceden, acompañan y siguen el “momento” escolar.

Los años 70 señalan una etapa decisiva en favor del problema de la integración social de la P.M., aunque el camino que falta por recorrer aún es largo y lleno de obstáculos, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, en proporción de niveles y recursos.

En los años 70, el problema de la integración educativo-escolar de los sujetos en dificultad ha recibido, gracias a la madura conciencia social y pedagógica, nuevos impulsos, y a menudo arrolladores, respecto al precedente planeamiento, que tendía a privilegiar intervenciones de educación especializada en institutos, escuelas, clases especiales, que aislaban a los alumnos minusválidos del contexto ordinario escolar.

Se puso de manifiesto, a este respecto, que “pueden darse diversos modos, mediante los cuales los diversos países han desarrollado sus instituciones en favor de la educación especializada. Pero parece que las diferentes etapas hayan seguido más o menos el siguiente desarrollo: a la escolarización facultativa sigue la escolarización como derecho para los alumnos minusválidos, seguida, a su vez, de la creación de instituciones destinadas a los minusválidos, primero indistintamente y luego en la base de la minusvalía (sensorial, física, psico-afectiva). Luego viene la fase durante la cual la escolaridad obligatoria y prolongada y los sistemas de enseñanza-aprendizaje sufren profundas reformas. Se llega así al momento actual de redefinición de los modelos y de los sistemas de aprendizaje escolares: se trata de permitir a los chicos minusválidos frecuentar las instituciones escolares ordinarias, viviendo en la propia comunidad a que pertenecen, aplicando técnicas de educación especializada al tratamiento de cada déficit, sectorial o global. Tal como se manifiesta actualmente, el problema es sensiblemente el mismo, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, aunque tengan diferentes recursos”.

Para comprender mejor la dinámica del fenómeno descrito, es importante considerar las motivaciones que han inspirado y que justifican el movimiento que no se detiene para la integración. Se pueden individualizar así al menos tres líneas directrices fundamentales, distintas entre sí y, al mismo tiempo, dependientes recíprocamente.

### La línea de la dimensión social de la integración

La primera línea corresponde a la dimensión social del problema de la integración, en el sentido de la individualización de un cuadro de referencias de los valores capaces de madurar un conocimiento más claro y convencido del “derecho” a la integración del sujeto minusválido, a partir de la integración escolar.

En otras palabras, es una convicción cada vez más generalizada y radicada en la conciencia ético-social de las diversas poblaciones que la ayuda correspondiente a la necesidad educativo/rehabilitativa a favor del minusválido debe estar asegurada —igual que todos los demás servicios— de modo “localizado”, excluyendo todo recurso al alejamiento del propio grupo social. Esto en base al principio de que la integración de todo ser viviente, en particular de todo hombre en el propio grupo social natural, constituye la “condición” fundamental para su plena realización como persona.

La progresiva “integración” actúa en “situaciones de relación”: del recién nacido con la madre y, mediante las relaciones intrafamiliares, del niño mediante la interacción con el grupo de “iguales”. Luego, poco a poco, en las diversas instituciones programáticamente dirigidas a promover, en grado cada vez más elevado, el desarrollo y la autonomía de la persona humana, como la escuela en los diversos órdenes, las estructuras educa-

tivas extra-escolares, las instituciones para la formación profesional, hasta las diversas formas de agregación social, cultural, sindical, política, en que se puede ejercitar la autopromoción y, por ello, la plena realización de la persona.

Sobre la base de estas intuiciones, se ha favorecido el paso de afirmaciones generales de los derechos de la P.M. a las aplicaciones concretas en el plano político-administrativo y en el pedagógico y sus correspondientes estructuras. Se ha aplicado así el principio según el cual el minusválido, prescindiendo del grado más o menos grave del déficit que soporta, es esencialmente persona, poseedora de todos los derechos inherentes a su condición. Por tanto, tales derechos deben serle reconocidos, pero deben ser exigidos por él mismo, poniendo a su disposición el tipo y la entidad de la ayuda educativo/rehabilitativa correspondiente a la necesidad individual acertada. Debe evitarse lo más posible alejar el sujeto del propio "grupo social", puesto que dicho desarraigo reduce y dificulta los procesos de integración, que constituyen una condición esencial para la realización de todo ser viviente como persona.

### La línea de la dimensión política de la integración

La segunda línea directriz es la correspondiente a la dimensión política, dirigida, por su naturaleza, a codificar legislativa y administrativamente las otras dos dimensiones: la social, a la que se hizo referencia antes, y la pedagógica.

En muchos países, en el pasado decenio, se asistió a una larga promulgación de leyes y normas en favor de las P.M., fruto de animados debates sobre el plano cultural e ideológico, por la presencia de dos tendencias fundamentales que podrían ser definidas por la "socialización" y la "especialización". La

primera tendía a evitar toda o cualquier discriminación entre sujetos minusválidos y la generalidad de las personas, llegando a las manifestaciones más ideologizadas, a negar la existencia del minusválido. La segunda, en vistas de una mayor posibilidad de ofrecer intervenciones educativo/rehabilitativas calificadas según el tipo y el grado de la necesidad diagnosticada, mira a “aislar”, en instituciones especializadas, al sujeto en dificultad.

Es necesario afirmar que el problema de la integración del minusválido toca necesariamente todo aspecto y manifestación de la vida. Sería un error, pues, considerarlo restringido a determinadas fases y aspectos de la vida misma, aunque siendo determinantes como el momento escolar. Más aún; este último no va visto si no es en función de la inserción más amplia en la realidad que incluye necesariamente la vida de trabajo, en las formas compatibles con las limitaciones físicas, sensoriales e intelectuales de cada sujeto.

Es cierto que la escuela, orientada institucionalmente a desarrollar la propia acción promocional a la potencialidad individual, parece la estructura idónea para superar, junto a los servicios socio-sanitarios, los límites que podría tener sin una serie de intervenciones adecuadas, una condición de marginación para el resto de la vida.

No es posible aquí trazar una síntesis de la legislación comparada con referencia a la integración socio-escolar-trabajadora en los países industrializados y en vías de desarrollo: pero es oportuno notar cómo todo proceso evolutivo en materia legislativa para este sector tiene en cuenta generalmente los niveles generales de desarrollo, las condiciones socio-económicas y de cultura local. No se debe descuidar la consideración extraída de la experiencia, esto es, que ninguna empresa pionera en este

difícil sector puede consolidarse si modelos y sistemas avanzados no reciben el sello de la conciencia y la cultura existentes en un determinado país, y luego el de la ley, que traduce en normas los esfuerzos y tensiones.

### La línea de la dimensión pedagógico-institucional de integración

En general, la estructura escolar en los diversos países responde positivamente a la solicitud de integración socio-educativa de alumnos minusválidos. Esto ocurre también en razón de las consiguientes consideraciones psico-pedagógicas.

El desarrollo humano acontece en virtud de condiciones efectivas de relación, basadas, a su vez, en posibilidades efectivas de comunicación: una relación sin comunicación es, en realidad, inexistente. La comunicación es, por lo tanto, exigencia primaria de todo ser viviente, en particular, del hombre.

Ahora bien; adquiere cada vez mayor consistencia la hipótesis de que la comunicación humana no viene sólo a través de determinados canales sensoriales y mediante algunos códigos lingüísticos (como los de la transmisión oral, gráfico-pictórica y de iconos), sino también globalmente, con todo nuestro ser. Es evidente la importancia que reviste esta hipótesis cuando pensamos en sujetos con deficiencias físico-psico-sensoriales.

El conocimiento, fruto de infinitas y recíprocas comunicaciones, saca ventaja de efectivas posibilidades de relación, las cuales, por ello, deben ser favorecidas en las mejores condiciones y según la más vasta gama posible.

La integración socio-educativa constituye así no sólo un "objetivo", sino una "condición" para la promoción y el des-

arrollo de todo ser humano, sin excluir a las personas minusválidas.

Es indudable, por otra parte, que la presencia de lesiones o trastornos de diverso género y grado, referibles a la vastísima patología neuro-fisio-psicológica, pone una infinita serie de variantes a la universalidad del principio de la integración (de por sí irrenunciable), cuestionando constantemente toda concreta modalidad y estructura de intervención.

Respecto al tema específico de la integración educativo-escolar, es oportuno resumir brevemente las consideraciones y sugerencias elaboradas en el curso de la reunión de expertos de educación especial, que tuvo lugar en la sede de la UNESCO en septiembre de 1979:

“La integración de alumnos minusválidos en el sistema escolar ordinario se revela como una práctica cada vez más actual. Si se tienen en cuenta los estudios dedicados, a corto y largo plazo, a este problema, es posible afirmar que los resultados obtenidos por los alumnos escolarizados en estructuras especializadas no son siempre mejores que los de aquellos obtenidos en clases ordinarias. Ciertamente es que no se puede olvidar que la integración no es una panacea y que no consiste simplemente en insertar a un chico en la escuela ordinaria.

La integración presupone, de hecho, una planificación, una programación cuidadosa y una profunda preparación de los docentes, junto con la creación de servicios de apoyo”.

“La escuela especializada, en general —prosigue el texto citado—, tiende a proponer una visión pesimista de las capacidades del alumno, visión que podría comprometer sus posibilidades de éxito, dada la tendencia a conformarse a la imagen

ambiental. Por otro lado, el aislamiento del chico minusválido en instituciones especializadas tiende a conservar los prejuicios de sus coetáneos, creando barreras psicológicas en relación con los minusválidos, sobre todo cuando éstos se asoman al vasto mundo del trabajo. En línea general, el aislamiento del minusválido puede generar un vacío de información recíproca que determina, a su vez, el miedo a lo desconocido, mientras que la segregación en la educación tiende a perpetuar actitudes de discriminación y de rechazo”.

En la perspectiva de la integración escolar, se invierten las líneas de tendencia dominantes en el pasado: aquellas según las cuales el déficit, la minusvalía, la rehabilitación del sujeto necesitado de intervenciones específicas debe “necesariamente” exigir el alejamiento del sujeto del propio ambiente natural y su aislamiento. Ha de notarse cómo la nueva “mentalidad” de la integración exige fundamentalmente una actitud de genuina aceptación, de sincera acogida, de auténtico interés por la persona en dificultad, en el rechazo de toda concepción de tipo “elitista”, productivística y selectiva, para instaurar una concepción de adaptación a las diversidades y a las diferencias, propias de cada uno, en la convicción de que, antes de buscar lo subjetivo útil, ha de plantearse la realización de una mejor cualidad de vida para todos y, en primer lugar, para la P.M.

### **La relación escuela-otros servicios**

Dicho esto, es oportuno subrayar que, el hecho de haber insertado un alumno en el contexto escolar ordinario, constituye sólo el primer paso hacia su integración (y, por cierto, el menos difícil), al que deben preceder y seguir intervenciones programadas sobre la base de la necesidad individual. Se trata de intervenciones que se refieren, al mismo tiempo, a la orga-

nización de los servicios relevantes en la población local, así como de la existencia de estructuras (no sólo municipales) que permiten articular la vida escolar en momentos y actividades diferenciadas por grupos de interés y por niveles de capacidad. A lo que ha de agregarse, una vez más, la presencia numéricamente proporcionada de personal educativo preparado, la posibilidad de activar relaciones intensas con los padres y la programación de encuentros periódicos entre los que se ocupan de los alumnos minusválidos.

En general, se reconoce la oportunidad de encargar a un solo organismo la responsabilidad educativa. En principio, conviene que dicho organismo sea individualizado en la institución escolar, a condición de que subsista una constante y estrecha cooperación con los centros médico-psico-sociales del territorio.

Esto lleva a establecer que la integración de alumnos minusválidos en el ámbito de la vida escolar constituye un deber permanente e indelegable de la institución escolar, que, por lo tanto, deberá programar oportunas estrategias, métodos y técnicas de competencia, pero, al mismo tiempo, un permanente e indelegable objetivo de las instituciones y de los servicios socio-sanitarios-rehabilitativos.

El citado documento UNESCO recuerda que “es necesario vigilar para que la integración responda, sobre todo, al interés de los alumnos minusválidos. Es necesario examinar las necesidades educativo-rehabilitativas de cada chico y, teniendo en cuenta todas las posibles opciones, atenerse a la fórmula pedagógica que se considere más apta. Es necesario prever y predisponer toda una serie de servicios educativos adecuados: instituciones altamente especializadas para algunos; programas de actividad individual para otros, a corto tiempo o por un determinado período de tiempo; escolarización común con enseñanza

de apoyo para otros... Es necesario, además, adecuar un cierto tipo de provisiones concretas, como la reglamentación respecto a los límites de edad para la admisión, el paso de un grado de escuela al sucesivo, material didáctico y subsidios de uso individual y colectivo, etc. Una cosa es cierta: la adopción y la aplicación en la escuela del principio de integración puede comportar la reevaluación de los objetivos generales, aún más, del mismo sistema educativo y de las modalidades de su perfeccionamiento: verdades aceptadas tradicionalmente podrán volver a estar en discusión y la inevitable apertura del sistema escolar abrirá un camino destinado a mejorar la calidad de la vida para todos”.

Es claro que no existen soluciones mágicas o válidas para todos los casos que puedan eliminar la turbación y la impotencia a las que está siempre expuesto quien está comprometido profesionalmente en un difícil trabajo educativo, de rehabilitación, terapéutico. Incluso, porque la integración escolar tiende a hacer estallar las contradicciones pedagógicas e institucionales, revelando retrasos y situaciones inadecuadas que surgen de la tendencia a conservar los modelos y metodologías preexistentes en vez de abordar las necesidades de sujetos que acusan complejos problemas de adaptación.

Por otro lado, es necesario tener presente que la adopción de la línea de integración no tiene como objetivo primario el de servir a la innovación de los sistemas y los métodos educativos escolares, aunque indirectamente pueda servir a este fin, porque los numerosos problemas que plantea la presencia de los alumnos minusválidos ofrecen posibilidades de análisis y de evaluación de modalidades inadecuadas o erróneas en el funcionamiento de la organización escolar y de las estrategias educativas anejas.

La presencia de menores en dificultad compromete a todos aquellos que actúan con ellos (por deber de rol o de estado), en particular los adultos educadores (padres, enseñantes), a prever las modalidades de relación, hasta revelar actitudes y comportamientos equivocados, no revelables en las relaciones con los sujetos sanos y espontáneamente motivados para aprender y actuar. Porque sucede a menudo que los chicos aprendan, a pesar de los errores educativo-didácticos de los adultos educadores.

Aún más. La línea de integración escolar pone en discusión también las tendencias privilegiadas del sistema socio-sanitario, cuyos agentes pueden ser inducidos a racionalizar modalidades óptimas de intervenciones, en lugar de enfrentarse con las necesidades psico-clínicas y de rehabilitación de sujetos minusválidos y con las reacciones del contexto ambiental en el que éstos viven.

## La preparación y la profesionalidad de los educadores

Es fundamental insistir en la importancia de la preparación profesional de los educadores, tanto en el área informativa como en el área formativa. El área informativa es necesariamente vasta: se extiende a las ciencias bio-genéticas, a la anatomofisiología, a la psicología de la edad evolutiva sin descuidar muchos aspectos y elementos de la psicopatología. Comprende también la fisiopatología del sistema nervioso, así como el estudio de las estructuras y de las dinámicas neuropsicopatológicas.

En modo más profundo y activo se hace necesario el estudio, el conocimiento y la posesión de metodologías y de las didácticas de aprendizaje en la esfera del lenguaje, motriz, de

la expresividad, del desarrollo lógico, acompañados de aprendizajes prolongados con su adecuado seguimiento.

Es un intenso curso de estudios y de investigación constante y de experimentación pedagógica el que espera a todos los futuros educadores de cada orden, en modo integrado para su preparación profesional ordinaria. Se podría orientar en forma de curso post-universitario especializado, que durase de uno a dos años. Alternativamente o integrativamente se deberían llevar a cabo sesiones de formación en cursos de ocupación, referidos a los varios aspectos de la educación especializada.

Pueden conseguirse en la educación de los minusválidos resultados educativos y de rehabilitación duraderos y no efímeros, insertos o no en las estructuras ordinarias, gracias a la competencia educativa o psico-médica de los agentes, con la insustituible colaboración —a solicitar y favorecida— de los familiares y de otras personas que tienen frecuentes relaciones con los alumnos minusválidos.

En caso contrario, la integración escolar puede conducir a graves fracasos que, si constituyen una mortificación profesional para docentes y médicos, se traducen sobre todo en un daño irreparable para los sujetos y en dolorosas desilusiones para las familias angustiadas.

Para la sociedad se plantearán problemas asistenciales más graves en correspondencia a los talentos y a las potencialidades que en el momento justo no han encontrado la ayuda adecuada para manifestarse y realizarse.

## SEGUNDA PARTE

### CRITERIOS PARA LA ACCION

#### ADVERTENCIA

La segunda parte de este documento tiene como objetivo evidenciar algunas iniciativas que podrían ser desarrolladas por la Cáritas, a los diversos niveles, para dar cuerpo a los contenidos de las reflexiones precedentes.

Se trata de indicaciones, que cada uno podrá discutir y, eventualmente, realizar con modalidad y tiempos adecuados a la propia realidad nacional y/o territorial. Por el mismo carácter indicativo de los textos que siguen, esta parte está subdividida, no en capítulos sino en fichas.

Desde el momento en que, como hemos afirmado, cualquier iniciativa de inspiración cristiana tendrá sentido humano y fuerza profética en la medida en que está encuadrada en el más vasto compromiso de la comunidad cristiana, presentamos, primero, una "ficha-cuadro", relativa a una metodología de compromiso de la misma comunidad; siguen tres fichas específicas, para iniciativas particularmente deseables.



FICHA - CUADRO PARA:

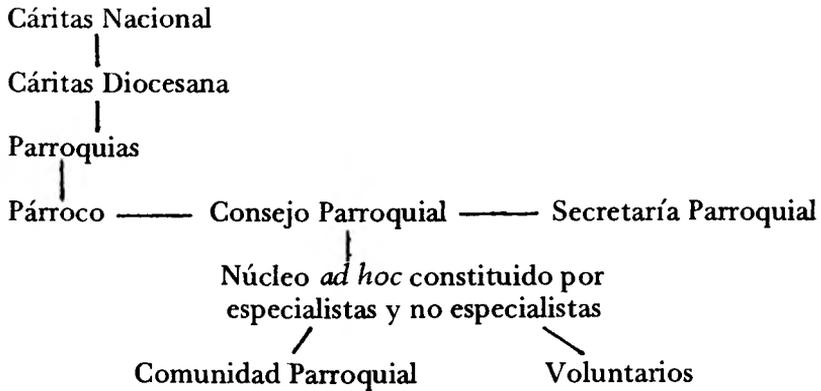
*METODOLOGIA PARA EL COMPROMISO DE LA  
COMUNIDAD CRISTIANA*

### Introducción

La acción que las Cáritas Nacionales, Diocesanas y Parroquiales pueden llevar a cabo, para estimular una vida compartida con las P.M. y para obtener las medidas necesarias en el ámbito civil, concierne tanto a las P.M. como a los “sanos”, porque la comunicación intersocial puede llevarse a cabo sólo entre *partenaires* diversos. Quiere decir que la misma acción se desarrolla no “para”, sino “con” la P.M. y con la ayuda de su familia y de todas las personas y grupos, que con diverso título participan en las actividades, y que, a menudo, están sumergidos por la entidad de los propios deberes a causa del aislamiento en el que operan y viven.

Por otra parte, sólo una colaboración interdisciplinaria, esto es, entre “especialistas” y no especialistas (particulares o grupos), puede asegurar la eficacia en los ámbitos de unos y otros.

La acción puede ser concertada entre, y a veces por, las organizaciones y las personas siguientes:



Tratemos ahora de delinear las funciones de cada nivel.

### Nivel nacional

Es fundamental que la Cáritas establezca una coordinación y una colaboración con el Centro Pastoral Nacional, con los Centros y las organizaciones nacionales, que se ocupan del problema en modo específico, y con aquellos que, bajo diversos aspectos, pueden estar interesados (asociaciones de educadores, de personal médico y para-médico, de trabajadores o para el deporte y el tiempo libre, etc.). Esta coordinación resultará vital para prevenir carencias, confusiones, duplicaciones en la base, y para poner a punto una programación eficaz, articulada en los varios campos de la vida y de la convivencia, que tenga en cuenta también y valore todos los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles.

También será útil que la Cáritas Nacional mantenga contactos con las hermanas de otros países, especialmente con

aquellas que se encuentran en su misma área geográfico-cultural.

Las actividades que son necesarias poner en marcha, son de diverso tipo:

#### Preparativos de orden general

- a) Elaborar una nutrida información para uso de los niveles parroquiales.
- b) Preparar fichas que contengan experiencias, sugerencias y propuestas para la acogida concreta de las P.M.
- c) Preparar material específico sobre experiencias llevadas a cabo por grupos de otras confesiones o no-confesionales, o también de otros países.
- d) Confeccionar una lista de expertos (pastorales y técnicos) disponibles para mesas redondas, encuentros con la base, cursos de formación, etc.
- e) Recoger y divulgar las leyes nacionales que se refieren a las P.M. y, llegado el caso, los programas y las resoluciones de los órganos intergubernamentales, regionales e internacionales.
- f) Elaborar fichas de orientación para seminaristas.
- g) Elaborar criterios para una catequesis en favor de la acogida de las P.M. en la comunidad eclesial.

### Sensibilización de la opinión pública

- a) Elaborar material de divulgación: manifiestos, *dépliants*, material audio-visual para las escuelas y demás lugares de encuentro, textos para publicar en la prensa nacional, apuntes para transmisiones radiofónicas y televisivas.
- b) Usar un lenguaje accesible a las categorías populares, evitando términos exclusivos o que presenten la problemática como un algo insoluble para la mayor parte de la gente; evitar también traumatizar el auditorio, tratando de estimularlo con interrogantes y propuestas simples, fáciles para todos.
- c) En la elaboración de todo lo anterior, facilitar la participación de expertos y de P.M.
- d) Articular, de modo equilibrado, los temas de acogida y de prevención.
- e) Prestar una atención particular a la sensibilización de las generaciones jóvenes.

### Formación de animadores y de asistentes sociales

- a) Elaborar material para los educadores, para que en las escuelas, tanto en las clases elementales como en las superiores, se pueda divulgar el tema de la acogida y de la prevención, además de suscitar vocaciones de animación y de compromiso profesional en favor de las P.M.
- b) Elaborar una metodología de dinámica de grupo capaz de favorecer la integración de las P.M.

c) Programar y, eventualmente, llevar a cabo, en el caso de que el nivel diocesano no pueda, cursos de formación propiamente profesionales (para animadores de comunidad, para responsables de cooperativas, para asistentes socio-sanitarios, etc.), que podrían ser reconocidos con la entrega de un diploma (si es posible, reconocido por el Estado); tratar de modo particular la dimensión humana de las exigencias de las P.M.

#### Intervenciones en las estructuras públicas

a) Si es posible, crear un equipo técnico-jurídico integrado con especialistas del sector, capaces de exponer solicitudes concretas a los poderes públicos; este equipo debe mantener una relación constante con los agentes comprometidos en el ámbito de la opinión pública.

b) En particular, se debería estudiar la necesidad de medidas legislativas en los ámbitos:

- De la cooperación.
- De la inserción en las empresas.
- De la higiene pública.
- De la arquitectura.
- De los servicios socio-sanitarios territoriales.
- De la comunicación social (prensa, radio y televisión, accesibles a las P.M.).

c) Elaborar, si es necesario, una línea precisa, motivada y racional, contra la intervención eugenética.

d) Sirviéndose de los instrumentos jurídicos nacionales (Constitución) e internacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración Internacional sobre los Minusválidos Mentales y sobre los Derechos de las P.M.), trabajar por la salvaguardia y/o la ampliación y la creación de espacios de libertad para la acción en favor de las P.M., llevada a cabo por voluntarios u organismos no-gubernamentales.

### Nivel diocesano

Desarrollar la misma obra de coordinación y de colaboración, de la cual se habló anteriormente. En este cuadro, además:

a) Transmitir a los niveles inferiores (parroquias, etc.) las informaciones relativas al AIPM.

b) Si es posible, delinear un cuadro de la realidad diocesana respecto a las P.M.: cuántas son, dónde viven, qué existe para ellas, qué debería crearse o reforzarse, etc.

c) Organizar cursos de reflexión y formación, tiempos de intercambio de experiencias, para las personas y las organizaciones comprometidas en el sector, con particular atención a las familias religiosas.

d) Recoger, dar una primera evaluación y transmitir a nivel nacional, las experiencias llevadas a cabo; señalar nuevas experiencias para las cuales es necesaria una ayuda suplementaria de recursos humanos, técnicos, financieros.

## Nivel parroquial

Como se precisó en la introducción, a este nivel se deberían comprometer los órganos consultivos, un núcleo *ad hoc*, una red de voluntarios. Veamos las funciones que puede desarrollar cada uno.

### Funciones del Consejo Parroquial y de su Secretaría

- a) Difundir las informaciones en el ámbito parroquial.
- b) Preparar celebraciones litúrgicas para las P.M., con particular atención a los minusválidos mentales graves.
- c) Elaborar líneas catequéticas aptas para la comunidad parroquial.
- d) Celebrar una Jornada del Minusválido.
- e) Organizar manifestaciones y reuniones como “tiempos fuertes”, de los cuales nazcan indicaciones para la inserción del tema en la vida cotidiana de la parroquia.
- f) Coordinarse con las parroquias limítrofes.
- g) Reclutar un número de laicos (núcleo *ad hoc*), compuesto por especialistas y no especialistas, incluyendo algunos minusválidos.

### Funciones del grupo *ad hoc*

- a) Colaborar con el párroco y con el Consejo Parroquial en la elaboración de las iniciativas enunciadas más arriba.

b) Organizar y coordinar las actividades de los voluntarios.

c) Preparar, aconsejar y seguir a los voluntarios en su compromiso.

d) Recoger y ordenar los elementos relativos a las iniciativas llevadas a cabo, con el fin de permitir su evaluación por parte del Consejo Parroquial.

e) Si es necesario, dialogar con las estructuras públicas territoriales para hacerles conocer las instancias de las P.M. y para individualizar juntos las posibles respuestas.

#### Funciones de los voluntarios

Las funciones que siguen —desde las más simples a las más complejas— pueden ser realizadas ya por particulares, ya por pequeños grupos; esta segunda fórmula es preferible, sea porque puede dar mayor calor humano a la P.M., sea porque también el voluntario particular tiene necesidad de no sentirse aislado; el aislamiento, de hecho, podría dar lugar a impulsos paternalistas y a sentimientos de zozobra; además es importante que los voluntarios tengan el “sentido de grupo” para poder reflexionar mejor sobre la experiencia y, si se da el caso, mejorarla o modificarla. Ofrecemos ahora una lista parcial de las funciones que pueden llevar a cabo los voluntarios.

- Servicios de custodia de la infancia minusválida.
- Servicios de transporte a la escuela o el trabajo.
- Servicio de compras o comisiones.

- Servicio de compañía a los centros comerciales o a los lugares de recreo (cine, teatro, mercados, etc.).
- Repaso de las lecciones de la escuela con los niños minusválidos.
- Ayuda en las tareas del hogar.
- Organización y realización de fiestas con las P.M. y sus familiares y amigos.
- Tardes de juego para niños minusválidos.
- Participación en las celebraciones litúrgicas con las P.M.
- Desarrollo de catequesis para las P.M. graves.
- Búsqueda de alojamiento.
- Servicio de consulta individual.
- Búsqueda de especialistas y de centros especializados para las exigencias terapéuticas y rehabilitadoras.
- Acogida en la propia casa, temporal o definitivamente, de P.M.
- Inserción de las P.M. en grupos y asociaciones de diverso tipo.
- Inserción de la P.M. sola en comunidades-alojamiento.

- Gestión y animación de centros sociales y sanitarios territoriales.
- Creación de cooperativas rurales, artesanales, culturales, artísticas, y/o consulta a las mismas.
- Animación en las casas para las víctimas de las minusvalías más graves (a menudo son las más abandonadas).
- Disponibilidad a una formación permanente sobre el tema “minusvalía”.
- Cuestionar la propia posición personal respecto a la vida; hacer el máximo esfuerzo para desprenderse de concepciones equivocadas sobre algunos valores y normas establecidas, y estar disponibles a un proceso de “conversión permanente”.

## FICHA ESPECIFICA PARA:

### *PONERSE EN LA OPTICA DE DIOS*

En todo el mundo es posible detectar a menudo el sentimiento de que la minusvalía es una condena o una expiación: la voluntad de Dios se concibe en sentido negativo: de ello se deriva un sentimiento de vergüenza, por parte de la P.M. y de su familia, y un sentimiento de piedad (en el sentido peyorativo del término), por parte de los “sanos”, que, entre otras cosas, no se sienten comprometidos a acoger al minusválido como persona, ni a trabajar para mejorar su bienestar físico, mental, social.

La Palabra de Dios en la Historia de la Salvación nos puede ayudar a cambiar estas actitudes y a restituir el justo valor al componente material de nuestro ser.

Entre muchos temas y muchos pasajes bíblicos, damos aquí algunas indicaciones, como ejemplo.

#### **El Señor modifica el juicio y el prejuicio humanos**

También en las páginas bíblicas se refleja el pensamiento y el juicio de los hombres frente a la adversidad, a la enfermedad y al sufrimiento: es un juicio de condena para la persona

tocada por la tribulación (Tb 2, 14), por la enfermedad (Gb 19, 28) y por la mutilación (Ger 12, 1-6).

La Palabra reveladora de Dios modifica progresivamente este juicio humano, distinguiendo la abundancia material de la grandeza de su amistad y de su bendición (Gb 19, 28).

Con la venida de Cristo, el juicio de Dios se hace definitivamente claro: el mal físico no es signo de maldición ni de condena, porque el daño, para el hombre, es el Mal (Mt 6, 13), el rechazo de la Luz (J 3, 14-21) y de la Cruz de Cristo (Fil 3, 18), la iniciativa hacia el Padre (Rom 5, 18-28).

### El Señor defiende y protege a los más débiles

Que en la óptica de Dios el mal físico no sea signo de condena, está claro desde las páginas del Antiguo Testamento: de hecho, El, misericordioso y fiel a las promesas (Ez 20), salvaguarda los derechos de los pobres (Prov 22, 22-23; Is 58, 1-12), del huérfano y de la viuda (Ez 22, 22-23), de quien está fuera de los sentidos (Gén 9, 18), de quien es mutilado (Gb 19, 23; Tb 3, 16; Is 58, 1-12); salvaguarda el honor del padre y de la madre (Es 20, 13) y no hace caer sobre los padres las culpas de los hijos, ni sobre los hijos las culpas de los padres (Ez 33, 10-20).

Cristo, al presentarse al mundo, usa las palabras de Isaías y afirma que fue enviado por el Espíritu “para anunciar la Buena Nueva a los pobres, sanar a quien tiene el corazón arrepen-tido, para anunciar a los prisioneros la libertad, para restituir a los ciegos la vista, para liberar a los oprimidos, para pro-claimar el año de gracia del Señor” (Lc 4, 18-19).

Además, El, durante su presencia entre los hombres, prestó una atención privilegiada a quienes estaban mutilados físicamente (Mc 1, 21-44; 2, 1-12; Mt 9, 1-8; 9, 18-22; 12, 9-14; 12, 22-23; etc.), a los necesitados, a los pobres, a los abandonados (Mc 7, 37), y ha invitado a los hombres a amarlos con particular fuerza, sea viviendo entre ellos, sea haciéndose El mismo despreciado por todos (Mt 9, 13; Jn 3, 17).

### El Señor no pone condiciones “físicas” para la salvación

Aunque reconociendo, a través de las curaciones, que la salud es un bien precioso para la persona, Cristo no considera jamás la falta de la misma como una discriminación para la salvación:

— Los “amigos” de Jesús no son los sanos, sino aquellos que se aman como El nos ha amado (J 15, 12-14).

— Los “bendecidos por el Padre” no son los sanos, sino aquellos que usan misericordia hacia con quien tiene hambre y sed, quien está sin abrigo, quien está desnudo, enfermo, encarcelado (Mt 25, 31-46).

— Los “bienaventurados” no son los sanos, sino más bien los pobres de espíritu, los afligidos, los mansos, aquellos que buscan la justicia y que tienen misericordia, los puros de corazón, los pacificadores y los perseguidos (Mt 5, 1-10).

Lo que salva, en definitiva, es la fidelidad al mensaje evangélico, vivida en cualquier condición, a la esperanza en Aquel que es Alfa y Omega, principio y fin (Ap 21, 6), y que al fin “enjugará las lágrimas de sus ojos”, abolirá la muerte, el luto, el grito y la pena, y “hará nuevas todas las cosas” (Ap 21, 3-4).



**FICHA ESPECIFICA PARA:*****SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS PARA  
CURAR, INTEGRAR, PREVENIR*****Pequeñas estructuras locales con dimensión participativa**

Si nuestra acción debe tender a mantener a la P.M. en la propia familia, es necesario crear las condiciones para que esto se pueda realizar. Por lo tanto, junto a las preocupaciones pastorales y a las iniciativas de acogida, se debe desarrollar también una pequeña organización socio-sanitaria local, que tenga personal cualificado y no cualificado.

Algunas experiencias demuestran que, para evitar la institucionalización, se pueden crear pequeños centros socio-terapéuticos en los barrios y en las zonas más populares cerca de las casas de las P.M. Se trata de estructuras ligeras, esencialmente diurnas, que, además de ser económicamente ventajosas, evitan la ruptura de la relación niño-familia y niño-familia-ambiente, manteniendo así una dimensión humana, de acuerdo a nuestra filosofía, y respondiendo, al mismo tiempo, a las modernas exigencias del sector.

Estos centros diurnos pueden también ayudar a evitar la “psiquiatrización” y la “medicalización” de algunas minusvalías (especialmente las sensoriales).

Para evitar que estos centros asuman carácter muy especialista y al margen de la familia y de la comunidad local respecto a las P.M., es fundamental que junto a ellos se constituyan asociaciones de padres y de amigos de las P.M.; dichas asociaciones deberán comprometerse en la fase programática de la gestión del centro y seguir los progresos individuales y colectivos de cuantos lo frecuentan.

Estas asociaciones, junto al personal cualificado y a los voluntarios, y junto a las P.M. adultas, pueden además hacerse cargo de manifestar las exigencias de las P.M., sea a la comunidad local, sea a las autoridades públicas.

### Promover la prevención

Además, las mismas asociaciones, con los *partenaires* de que se ha hablado, podrían hacerse promotoras de una acción de prevención ante las familias del lugar. Hoy sabemos que basta poco para prevenir una minusvalía física y/o mental. Un equipo bien preparado, dotado de instrumentos idóneos, puede difundir fácilmente las siguientes medidas preventivas.

#### *Salud de los padres:*

Llevar a cabo una visita médica pre-matrimonial, precedida de una cuidadosa historia clínica personal y familiar, para evitar transmitir a la prole enfermedades hereditarias y congénitas. También será oportuno llevar a cabo:

– Exámenes clínicos para evaluar las funciones de la tiroides, metabólica, renales, hepáticas, e individualizar enfermedades infectivas.

– Exámenes específicos de sangre para el síndrome microcitémico, para el grupo sanguíneo (A - BAB - O) y para el factor Rhesus.

También será útil llevar a cabo exámenes clínicos especiales, como las consultas genéticas, ginecológicas, urológicas y psicológicas.

Durante el período del embarazo, es necesario controlar a la madre y al feto, así como es necesario poner en guardia a la futura madre sobre el peligro de provocar daños al niño a causa de:

- Exceso de alcohol, cigarrillos, excitantes, tranquilizantes y de *stress* físico y psíquico.
- Uso de algunos medicamentos.
- Repetidas exposiciones a radiaciones.
- Contraer enfermedades infectivas.
- Ejecución de trabajos fatigosos.

Durante el parto, asegurar una asistencia que evite maniobras equivocadas, especialmente si se trata de parto distócico y prematuro; pero, sobre todo, dar a la mujer un apoyo psicológico para no dramatizar un momento tan hermoso y evitar impedimentos mentales y físicos del recién nacido. Estar atentos a la limpieza del recién nacido y cuidar inmediatamente las prácticas de profilaxis.

Especialmente para los recién nacidos prematuros, asegurar sucesivamente la asistencia en el período peri y post-natal.

*Salud de los niños:*

Durante la infancia, el niño está normalmente sometido a varias vacunas obligatorias, según la legislación de los diferentes países. Fundamentalmente para todos es la vacuna contra la poliomielitis, responsable de varios y graves impedimentos permanentes.

Además, se debe dar una atención especial a los niños que están sometidos a enfermedades infecciosas y esantemáticas: durante su proceso, aunque se presenten de forma leve, será necesario evitar las complicaciones que puedan traer invalidez permanente, como: la ceguera, sordera, deficiencia mental.

*Seguridad de los niños y de los adultos:*

Un capítulo importantísimo, al cual lamentablemente no se le da la atención debida, se refiere a los accidentes de diversa naturaleza, que es necesario impedir desde el nacimiento para evitar graves invalideces permanentes.

– Durante el primer año de vida será necesario prestar mucha atención para prevenir la asfixia, la ingerencia de cuerpos extraños, los traumas craneanos, las fracturas, las quemaduras, atención a los ojos, las orejas, etc.

– En la primera infancia, además de los peligros ya dichos, es necesario prevenir los riesgos que derivan de los juegos violentos, de los cruces imprevistos de calles a causa, por ejemplo, de la pérdida de una pelota, etc. Respecto a este género de peligros, será necesario actuar, además de con los niños, también sobre la conciencia de los adultos: es aquí donde la educación cívica se une al respeto de la salud.

– En la vida activa del joven y del adulto, se deberá prestar una atención particular a las prevenciones de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Una educación general a la no-violencia, a la prudencia, a la prevención, puede apercibir muchas desgracias y puede consolidar, por último, la conciencia de lo irrepetible de la vida humana y de la responsabilidad de todos frente a cada uno.



**FICHA ESPECIFICA PARA:***EXPRESION Y DESARROLLO DE LA CREATIVIDAD***Las posibilidades de la cooperación**

Con las P.M. que pueden desarrollar una reducida actividad laboral, es posible dar vida a pequeñas cooperativas, por tiempo determinado o indeterminado. En ambos casos, será necesario:

- Que la cooperativa esté compuesta por P.M. y por “sanos”.
- Que el tipo de producción se elija en base a las tendencias y preferencias de las P.M. que la componen.
- Que en la producción se siga más el criterio de la calidad de la producción que no el de la cantidad (y por esto también es necesario asegurarse la intervención fiscal en favor de las actividades de las P.M.).
- Que en lo posible se evite el trabajo en cadena, favoreciendo, por el contrario, el trabajo en equipo integrado (P.M. y personas sanas).
- Que la producción elegida no se separe del contexto socio-económico en el que se efectúa, de modo que sea apreciada, valorizada y comerciable.

Puesto que la producción de la cooperativa difícilmente podrá ser de concurrencia, será necesario, además, asegurarse la integración económica por parte del Estado o por parte de una Fundación, Asociación, etc., al menos durante los primeros tiempos.

En el caso de cooperativas por tiempo determinado o en el caso de una P.M. que decida, por diversas razones, dejar la cooperativa, es necesario asegurarse de que esta última pueda insertarse en una empresa local o desarrollar una actividad por cuenta propia.

En el primer caso estará bien tomar previamente los necesarios contactos con las empresas del ambiente, mejor pequeñas o medianas, y, en particular, con los jefes. En el segundo caso será útil prever un sistema de préstamo en artículos (útiles, ganado pequeño...) o en dinero, que permita a la P.M. iniciar la actividad.

Con las cooperativas rurales, artesanales, etc., podría ser de particular interés, la creación de cooperativas para la producción y adaptación de prótesis o la adaptación de útiles de apoyo (muletas, sillas de ruedas), sobre todo en los países o zonas donde no existe una producción local y en donde los gastos de importación o de distribución hacen subir los precios de compra.

### La formación profesional

Así como sucede para los “sanos”, también para las P.M. es posible calificar a la persona de modo que sepa llevar a cabo una actividad de trabajo con profesionalidad. Este es uno de los servicios más difíciles de prestar —también frente a personas

dotadas de todas las cualidades— y de los más fundamentales. Especialmente deseables son los estudios de carácter universitario. Piénsese en la sensibilidad y conocimiento de causa que puede tener una P.M. arquitecto, médico, jurista, sociólogo o psicólogo.

Se pueden organizar servicios que permitan a la P.M. situarse en plano de igualdad con los “sanos”, en cuanto a la calidad de las prestaciones. En este sentido sería posible organizar cursos sencillos de formación accesibles (aunque no exclusivos) para P.M., especialmente a nivel local y en los estratos sociales más populares. Además, la formación profesional a menudo puede poner a la luz actitudes no expresadas y no imaginadas de la misma P.M. y de su ambiente.

### Las actividades culturales y recreativas

Si se concibe el trabajo no sólo como fuente de ganancia, sino también y principalmente como medio de expresión de la propia creatividad, esto no significa que esta última pueda expresarse sólo y exclusivamente a través de las actividades de trabajo. Si realmente se desea salir de la lógica de producción, es necesario también estar atentos a la participación de las P.M. en las actividades del tiempo libre, de carácter artístico y deportivo. Es conocida la capacidad de muchas P.M., por ejemplo, para realizar obras figurativas de gran valor artístico, del mismo modo que se han probado las capacidades deportivas de muchísimas P.M. (se ha llegado hasta celebrar las Olimpiadas de las P.M., y desde hace años).

Sin embargo, al promover actividades de este tipo, será preciso evitar darlas una característica “agonística” y compe-

titiva, mientras que se necesitará buscar dar a los sujetos y a sus comunidades la seguridad de que un juego, un canto, un dibujo, tienen un valor intrínseco, porque demuestran que lo que vale no es “el resultado” sino el hecho de haber “arriesgado” jugar el juego de la vida.

# **SUBNORMALIDAD Y PROCESOS ATRIBUCIONALES: TRES MODELOS Y UN PROBLEMA**

Por A. Polaino-Lorente

La subnormalidad continúa siendo un problema. Y los problemas comienzan a solucionarse en la medida en que se toma conciencia de ellos, en la medida en que nos percatamos de su existencia. La Asamblea General de las Naciones Unidas, al designar a 1981 como Año Internacional del Minusválido, puede que esté dando ese aldabonazo en la conciencia de nuestra sociedad, a fin de que los problemas de los subnormales no se ignoren y dejen de continuar escamoteándose a nuestra consideración.

A lo largo de este año, ya próximo a finalizar, los medios de comunicación social se han hecho eco de la importancia de la cuestión, trasladando al ciudadano de a pie una inquietud más.

Las estadísticas tienen también su elocuencia. Citaré algunos datos muy someros: hay en nuestro mundo más de 450 millones de minusválidos, lo que representa el 10 o/o de toda la

población. La tercera parte de ellos necesitan de los cuidados de otros para su supervivencia diaria. En lo que a nuestro país se refiere, se estima en 360.000 el número de ciudadanos que de alguna manera pueden incluirse en el concepto de minusvalía. Y, sin embargo, menos de la mitad de ellos ni siquiera están censados (Estadística de la Seguridad Social. Marzo, 1979); y de los que sí lo están (171.779), sólo el 25 o/o están realmente asistidos, a pesar de que 72.000 de ellos (Estudios y Publicaciones del SEREM) podrían, mediante las oportunas estrategias rehabilitadoras, incorporarse al mundo del trabajo.

Claro que el concepto de minusvalía de que aquí se parte está tomado en su máxima amplitud. Minusválido es todo aquel que sufre “*una merma de sus facultades o, si se prefiere, la aptitud residual del sujeto (...), que por alguna causa se ha visto disminuido sustancialmente en alguno o algunos aspectos de su actividad profesional y social*” (Pinillos, 1977).

En este sentido, conviene aclarar un poco más al lector lo que se entiende por minusvalía, pues, de ordinario, para el no avezado, minusvalía y subnormalidad llegan a confundirse.

El concepto de minusválido, tomado restrictivamente, designa a cualquier “*persona inicialmente normal a la que, por accidente u otra causa análoga, le sobreviene después una disminución substancial de su capacidad de adaptación y más bien de sus aspectos ejecutivos periféricos que de la raíz mental de éstos, aun cuando por descontado hay casos en que no es así, y muy a menudo la disminución locomotiva o manipulativa afecta a los procesos psíquicos centrales*” (Pinillos, 1977).

Según el concepto apuntado, son minusválidos los invidentes, los sordos, los enfermos crónicos, como los diabéticos y los parapléjicos, ciertos enfermos mentales (psicóticos, esqui-

zofrénicos), los accidentados a causa del tráfico o de algún percance profesional, y otros muchos, como aquellos que, por el abuso de drogas y alcohol, resultan incapacitados en algunas de sus funciones (estos últimos se estiman en la población mundial en 40 millones). Es específico de las minusvalías, que las alteraciones funcionales padecidas sean irreversibles, de forma que obliguen al paciente a reorganizar su vida profesional, cuando ello es posible —y debe ser posible con la ayuda del experto— y el concepto que de sí mismo tenga.

Los subnormales, en cambio, no han llegado nunca a desarrollar sus posibilidades intelectuales y, por consiguiente, se han visto impedidos a ejercitar dichas funciones. En la subnormalidad hay una alteración inicial que imposibilita la andadura futura. En la minusvalía no tiene por qué haberla. Así, mientras todos los subnormales son minusválidos, no todos los minusválidos son subnormales.

Precisada la significación de estos conceptos, hay que afirmar que la medicina de la minusvalía es, ante todo, una *medicina de la incapacidad* ya obrada y no de la patología que se está obrando; una medicina que debe dirigirse (principal, aunque no exclusivamente) a las funciones, es decir, una medicina funcional y no sustanciada en el fijismo lesional de lo patológico. Esta perspectiva es fundamental si se desea, como se pretende, que el Año Internacional del Minusválido sea de alguna utilidad. Pero sobre este aspecto volveré más adelante.

De poco servirán estos esfuerzo por ayudar a los minusválidos, si las respuestas institucionales no llegan, se demoran o se traspapelan en las mesas de los burócratas. Un ejemplo, desgraciadamente elocuente de lo aquí afirmado, lo constituye el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Es sabido que más de la mitad de los factores etiológicos de la subnormalidad se

deben a causas perimetológicas, muchas de las cuales pueden y deben prevenirse.

El Plan que se diseñó en nuestro país para este fin es bueno. Sin embargo, desde que se publicó y aprobó en 1977, han transcurrido cuatro largos años sin que se lleve a efecto.

Además de agilizar —o al menos no retrasar— estos y otros planes, sería muy conveniente que las medidas que se tomaran en lo sucesivo no fueran esporádicas y coyunturales, sino que respondieran a un plan determinado y sistemático; que, lejos de ser fragmentarias —como ahora lo son—, respondieran un poco a la integración de profesionales y de estrategias, tal y como lo exige la rehabilitación de la minusvalía; y que, finalmente, se coordinen todos los esfuerzos hacia un objetivo definido y concreto.

En nuestro país no nos faltan valiosos profesionales (psicólogos, pedagogos, foniatras, psiquiatras, neurólogos, etcétera) que pueden hacer frente a estas exigencias. Personas que necesitan de esos servicios, lo hemos visto ya, desgraciadamente no nos faltan. Planes para llevar a cabo esa articulación entre los profesionales y los que de ellos necesitan, pueden llegar a establecerse con cierta facilidad. Lo que nos hace falta, en cambio, es ponerse a hacerlo: que la administración se desprece de su modorra y arbitre las medidas expeditivas para que todas estas naturales y exigibles ambiciones no queden frustradas.

Las líneas que siguen tienen la pretensión de contribuir a examinar una de las posibles causas de tantas negligencias y omisiones, y a postular también cuál puede ser la línea a seguir más conveniente en el intento de dar una mayor validez a los minusválidos.

## SUBNORMALIDAD Y MARCO ATRIBUCIONAL

La psicología contemporánea avanza demasiado deprisa; tanto, que, a veces, es muy difícil seguirla sin extraviarse. Es tradicional —así nos lo enseñaron nuestros maestros— que el médico pregunte siempre a su enfermo a qué atribuye sus molestias. No podrá dejar de ser así en un modo de concebir la enfermedad en el que se da tanta importancia a los factores causales. Con esa pregunta, el médico encamina sus pesquisas e indagaciones hacia el apresamiento, individuación e identificación de los posibles factores etiológicos implicados en la enfermedad.

La psicología científica ha venido recientemente a ocuparse también de este problema, pero desde una perspectiva mucho más rigurosa y psicológica.

Rotter (1966) fue un precursor de las nuevas investigaciones, al aludir al “lugar” (*locus of control*) donde el sujeto sitúa las causas principales de lo que le está sucediendo. Desde entonces, este concepto se ha aplicado a ámbitos y dimensiones muy diferentes.

Weiner (1974) habló de “estabilidad” e “intencionalidad” de esas atribuciones (hoy reconceptualizadas bajo el término más globalizante de “controlabilidad”. Weiner, 1979); Abramson y col. (1978 y 1980) lo aplicaron a la reformulación del modelo de *Helplessness*; y Meyer (1980), por no alargarme en esta breve exposición, elaboró una taxonomía de los estilos y sistemas atribucionales (Polaino-Lorente y Vázquez, 1981; Polaino-Lorente, 1981).

En realidad, el problema es muy antiguo, aunque apenas se le haya dedicado atención hasta fecha reciente.

El hombre, cuando se percata de un problema, busca referencias causales en donde encontrar posibles “pistas” para su solución. El hombre ha hecho desde siempre atribuciones; otra cosa es que éstas sean bien fundadas, que sean científicas. El hombre, al atribuir determinados sucesos que acontecen en su vida, recobra la calma, se da a sí mismo una explicación, más o menos pausable, con la que tranquilizarse. Pero casi siempre que atribuye, simultáneamente interpreta: este es el riesgo de las atribuciones que hace. Puede afirmarse que el hombre, al atribuir un suceso cualquiera a alguna razón, recrea, “reinventa”, un mundo causal; mundo que queda en esa atribución, además de atribuido, “interpretado”, a la vez que el hombre mismo se reinterpreta en ese universo atribucional.

Una vez que la interpretación atribucional se generaliza, la sociedad tesauriza las atribuciones/interpretaciones, reconduciéndolas de forma convergente y fijándolas en un determinado cliché. Aparece así el “rol” y el “status” del problema, desde los cuales fácilmente se consolidan aquellas atribuciones —por así decirlo, las reatribuye— hasta casi inevitablemente el fijismo estereotipado.

La atribución personal unida a la interpretación social, marcan y acaban por imponer una topografía causal a determinados hechos que son ahora “explicados”, apelando a unos determinados factores etiológicos. Se esqueleta así un modelo explicativo-interpretativo. Esculpido éste, sólo queda echarlo a andar. ¡Y vaya que si es capaz de caminar! Surgen así unos modos determinados de hacer, una normativa que, más o menos aceptada, logra imponerse a todos, deviniendo en criterio comportamental: en regla práctica por la que regirse y regular las costumbres.

En la subnormalidad aún no se ha estudiado el estilo atribucional, pero algo dice que éste ha cambiado en los últimos años y, lo que es más importante, que habrá de cambiar aún más en el futuro.

En el pasado, el marco atribucional de la minusvalía tenía las coordenadas siguientes: el “locus” de las alteraciones era interno, endógeno, bioquímico, en una palabra, cerebral. El peso absoluto atribuido a este factor “justificaba” por sí solo los déficits motivacionales y cognitivos del sujeto, dejando fuera de foco y condenando a la ineficacia cualquier otro factor —externo o ambiental— que no fuese aquél. En consecuencia, los familiares del minusválido disminuían sus expectativas frente a la posible rehabilitación de éste; su conducta respondía —así pensaban— a algo que estaba en su cerebro y que no podía ser controlado —a no ser por la medicación— y, por consiguiente, aquello resultaba inmodificable. De este modo estaba echada la suerte del pesimismo terapéutico y antropológico.

Una atribución instaurada de esta forma no podía ser menos que global, omniabarcante, hermética y acabada.

El lenguaje coloquial ha acrisolado bien estas inferencias en frases tópicas como “es imposible cambiar a este niño”, “hay que dejarlo por imposible”, etc. Pero, como ha demostrado Pasahow (1980), los déficits conductuales —la inhibición de las iniciativas para la intervención, diríamos aquí, extrapolar los resultados del autor al ámbito de la subnormalidad— son más intensos cuando se inducen atribuciones globales.

Si en lugar de “cambiar a este niño”, los padres o los expertos se propusieran la modificación o el cambio de una conducta en concreto de determinado y específico segmento comportamental, el resultado hubiese sido muy diferente.

Bastaría con que se dijese: “Vamos a disminuir su conducta autolesiva o, por ejemplo, sus berrinches”, para que comenzaran a conseguirlo, después de una cuidada observación en la que se apresaran y modificaran los estímulos ambientales en los que se suscita —o que refuerzan— aquel comportamiento, de modo que se incremente la probabilidad con que aparece (Polaino-Lorente, 1981a). Resultados parecidos a los que aquí se proponen, han sido obtenidos por Bulman y Wortman (1977) en paralíticos afectados por una grave lesión traumática de la columna vertebral.

En la medida en que los padres de un subnormal se sienten culpabilizados —se atribuyen la culpabilidad— por la enfermedad de su hijo, en esa misma medida se frenarán las grandes posibilidades que tienen como agentes rehabilitadores. A no ser que tras esa culpabilidad se les proporcione el modo eficaz en que deben intervenir para lograr la adaptación conductual de sus hijos respectivos.

El isomorfismo ilógico en que los padres incurren, suele ser muy frecuente. Una vez que se experimentan como los *causantes* de aquella minusvalía, es fácil que ignoren también que ellos pueden ser la *causa* de la rehabilitación de aquel comportamiento minusválido y desadaptado.

Quien se atribuye a sí mismo la causa de la enfermedad no se suele atribuir a sí propio la causa de su recuperación. Pero si se le dota de los medios oportunos —y, sobre todo, si éstos se muestran eficaces—, la culpabilidad misma puede constituirse en el motor, en el mejor aliado del esfuerzo rehabilitador (Wortman y Dintzer, 1978; Polaino-Lorente, 1981b).

Pero las cosas empiezan a cambiar. El nuevo marco atribucional va hoy por otros derroteros. La culpabilidad de los padres

disminuye, el “locus” comienza a desplazarse desde el internalismo cerebral y genético —al menos en lo que atañe al proceso rehabilitador, una vez que se ha distanciado de las indagaciones causales— hacia lo ambiental y externalista.

El “locus” es cada día más externo, más público y comportamental, menos biologizante y determinista. Las expectativas sobre la recuperación aumentan; se acrece la posibilidad de controlabilidad de aquellos comportamientos y la modificación de conducta va abriéndose camino, tanto en la extinción de los comportamientos indeseables y nocivos como en la implantación de las conductas bienadaptativas y funcionalmente eficaces.

Las expectativas sobre la autoeficiencia de estos procedimientos y estrategias van mejorando en los padres y en los profesionales.

Los resultados conseguidos, las autonomías personales logradas, el empleo de nuevos modelos de aprendizaje (Bandura, 1977) y las nuevas conductas realmente logradas, confieren fundamento al optimismo de las expectativas rehabilitadoras.

Los padres y los profesionales van abandonando la vieja incertidumbre acerca de la impotencia de sus personales habilidades como agentes del cambio de las conductas de sus hijos.

La inhibición de unos y otros se va desmoronando. En parte, porque comprueban que su esforzado modo de proceder —atribución positiva a sus habilidades personales— genera consecuencias positivas y, en parte, por la misma eficacia de lo que se intenta —atribución global de que algo se puede hacer modificando la ecología ambiental—.

Como ha probado Brown (1979), los nuevos agentes rehabilitadores —profesionales y paraprofesionales— comienzan a estar persuadidos de que algo pueden. La mejoría de sus habilidades en las tareas emprendidas, la mayor competencia ganada en los minusválidos y la compensación del esfuerzo realizado, van desterrando, casi definitivamente, sus expectativas de incontrolabilidad e impotencia frente al problema de los minusválidos.

La reformulación de estos avances desde el ámbito de la teoría de la decisión (Lindsay y Norman, 1977), explican, de un modo más objetivo si cabe, los resultados que se van logrando.

### TRES MODELOS Y UN PROBLEMA

El problema de la subnormalidad, como se nos aparece en el marco actual de nuestra sociedad, difícilmente podrá comprenderse si se desconoce la evolución histórica, es decir, el modo en que se ha ido presentando y reformulando en las últimas décadas.

Los distintos modos en que se ha tratado de combatir la subnormalidad, pueden englobarse principalmente, aunque no únicamente, en los tres modelos siguientes: el médico, el familiar y el pedagógico.

Obviamente, debajo de cada uno de estos modelos subyace un enmarañado sistema atribucional al que se unen otros factores más o menos relevantes (prestigio de una profesión, estereotipias sociales, fobias y filias, etc.), cuya evaluación se

presenta muy difícil. En cualquier caso, los tres modelos que aquí distinguiremos responden a la realidad de la subnormalidad, tal y como se ofrece realizada en la sociedad contemporánea. Son, pues, modelos que están implícitos en los modos operativos de habérselas con la rehabilitación del subnormal, siendo, por consiguiente, exponentes certeros que traducen y/o traicionan —encubriendo o desvelando— la presentación y el modo de ataque de ese problema concreto. Es decir; a la vez que estos modelos están *implícitos* en el concepto de subnormalidad, forzosamente *implican* la vía terapéutica, rehabilitadora y pedagógica a seguir con los sujetos afectados por estas alteraciones. Por esto, entiendo que es importante hacer transparente la articulación entre esos *supuestos implícitos* y las *consecuencias implicadoras* que de ellos derivan.

Por último, hay una razón institucional y etiológica que no debe silenciarse y que, en última instancia, es la que ha hecho posible la aparición de estos tres modelos. Me refiero, claro está, a las tres instancias que necesariamente convergen y se dan cita en el problema de la subnormalidad: la clínica, la familiar-institucional y la psicopedagógica. De aquí que cada modelo no sea otra cosa que el resultado de la configuración de un único problema —el de la subnormalidad— cuando sesgadamente se le enfoca desde una óptica unilateral y desvinculada de las restantes.

El problema es uno; las vías que intentan explicarlo y resolverlo, varias. En las líneas que siguen se ofrece una revisión crítica de estos parciales intentos de resolver el problema, así como de las ventajas e inconvenientes que están en la base de estos modelos.

## 1. El modelo médico

Qué duda cabe que la subnormalidad —cualquiera que ella sea, tomando este término en su más amplio sentido— tiene unas causas biológicas, innegables siempre aunque ocultas a veces. Pero no es menos cierto que, una vez establecidas las alteraciones —las que sean—, conocer o ignorar las causas de las mismas añade muy poco a la labor rehabilitadora y sanadora que, en definitiva, es la que nos importa.

La medicalización de la subnormalidad, por desgracia, continúa aún vigente. No es que el médico no tenga nada que decir sobre la subnormalidad. No; no es eso. El pediatra, el psiquiatra infantil, está implicado en la solución del problema. Pero no sólo él. Las dimensiones psicológicas, familiares y pedagógicas en que la conducta subnormal se expresa, demandan la intervención de otros profesionales diferentes a los médicos. En este punto la principal cuestión consiste en señalar los límites, las fronteras, que, sin ofender a nadie, marquen cuáles sean las competencias de cada especialista en la importante y difícil tarea de sacar adelante al subnormal.

La pregunta a la que hay que responder podría formularse abiertamente como sigue: ¿es la subnormalidad un problema médico? Formulada así, la respuesta necesariamente ha de matizarse: la subnormalidad es y no es, al mismo tiempo, un problema médico, pero... desde luego *no exclusivamente médico*.

Puede tratarse de un “problema médico” por las razones *diagnósticas, terapéuticas y preventivas* que a continuación se apuntan.

a) El *diagnóstico precoz* compete, desde luego, al médico. Me refiero, claro está, al diagnóstico precocísimo que se obtiene con la ayuda de determinaciones bioquímicas y genéticas, y tras la exploración clínica sistemática (Slater y col., 1974; Rimm y col., 1977).

Pero obsérvese que la eficacia del diagnóstico así realizado es tanto más importante cuanto más precoz se realiza (Alfonso, 1978). En cuanto al esclarecimiento *etiológico* de tal diagnóstico, su eficacia está limitada, fundamentalmente, a las enfermedades heredometabólicas, en las que una vez identificado el problema sí que cabe una intervención inmediata, cuyas consecuencias son o pueden ser muy positivas (Hobbs, 1977).

Es lógico que el médico indague sobre cuál fue la posible causa de la patología; aunque sólo sea por el hábito profesional al que le tiene acostumbrado su trabajo clínico, lo hará. Incluso es posible que estas indagaciones reviertan eficazmente en el esclarecimiento de las medidas terapéuticas que deben ponerse en marcha. Sin embargo, la supuesta eficacia de los diagnósticos etiológicos —a qué dudarlo— es, desgraciadamente aquí, la mayoría de las veces sólo supuesta (Cervera, 1970; Viganò, 1976; Castells, 1977).

¿Qué consecuencias derivan para el subnormal —una vez que se ha instaurado su patología— de que se descubra o no la causa de ésta? Las causas son múltiples; tantas, que los últimos quinquenios nos han traído nuevos síndromes. Pero el descubrimiento de que el agente causal sea la rubeola, la trisomía 21, la deshidratación hipernatémica o el sufrimiento hipóxico fetal, poco nos va a ayudar en la rehabilitación del subnormal, una vez que la minusvalía se ha establecido de modo definitivo.

Desde la óptica del diagnóstico *etiológico*, poco podrá ayudarse al subnormal, a pesar de que esté justificado el *screening* y la multitud de exploraciones —cada vez más finas y sofisticadas— que los pediatras emplean (Fotheringham y col., 1976; Artells, 1978).

No se olvide que el diagnóstico *etiológico* no agota el vasto capítulo de las investigaciones diagnósticas. Además de la etiología (y más importante que ella), los especialistas deben identificar el peso y la intensidad de esas alteraciones. El diagnóstico funcional de la conducta social, por ejemplo, es en el ámbito rehabilitador de una mayor importancia (Pelechano, 1976; Olechnowicz, 1979).

b) La subnormalidad compete también al clínico, si se considera desde la perspectiva *terapéutica*. Las alteraciones de tipo neurológico del desarrollo y la maduración, de los registros encefalográficos, etc., suelen acompañar al problema de la subnormalidad.

Es preciso individuar cada problema y administrar el oportuno tratamiento medicamentoso. Y esto también compete al médico. Lo mismo sucede respecto de esas otras patologías acompañantes, no estrictamente vinculadas a la subnormalidad, como es la aparición de déficits inmunitarios, insomnio, alteraciones graves de la succión y deglución, hidrocefobias, hipertensión craneal, etc. Aquí también está indicada la intervención médica.

Para estos y otros problemas, la medicación no es sólo aconsejable, sino imprescindible, pero entiéndase que no es a causa de la subnormalidad misma, sino por una complicación a ella sobreañadida.

*Medicalizar al subnormal* no resuelve el problema de la subnormalidad; medicinarlo puede ser de alguna ayuda; negarse rotundamente a lo anterior puede traer fatales consecuencias.

Importa mucho que tengamos claros estos aspectos terapéutico-asistenciales. Aquí también podemos pasarnos o no llegar. La medicación es conveniente, pero ni excluye ni resuelve el problema conductual, que es, en última instancia, el problema real que preocupa a los padres y del cual deben ocuparse.

Por eso, abandonar otros procedimientos de intervención —me referiré más adelante a ellos—, declinando toda la responsabilidad y el futuro del subnormal sobre los tratamientos medicamentosos, no deja de ser una aberración.

Sucede esto cuando se sustancia la patología comportamental como algo *estático* (sin posibilidad de cambiar), *derivado* (aquí los aspectos causales se enfatizan tal vez demasiado) y meramente *genitivo* (se hace depender todas las alteraciones —a veces la ausencia de comportamientos adaptativos que el niño no ha tenido posibilidad de aprender— de las “lesiones cerebrales”).

Así las cosas, el subnormal es un enfermo; un enfermo que resulta incurable por fuerza de sus lesiones neurológicas, es decir, de las atribuciones —por lo general, infundadas— que de la conducta observada hacen sus familiares.

c) Por último, al médico compete, con todo derecho, el área importante de la *prevención* de la subnormalidad (González Botella y col., 1977).

Aquí queda todavía mucho por hacer. Cada día se dilatan más las fronteras de este ámbito. Hoy se puede evitar, antes de la concepción, la embriopatía rubeólica y las enfermedades recesivamente ligadas al cromosoma X. Con ayuda de la amniocentesis pueden detectarse precozmente las enfermedades cromosómicas. Las consecuencias de la incompatibilidad Rh y algunas heredometodopatías (galactosemia, fenilcetonuria) pueden detectarse y tratarse en el período prenatal.

Los *screening* bioquímicos y genéticos han probado su eficacia y debieran ser pruebas de rutina en la neonatología diaria.

Con todo esto puede reducirse el número de subnormales —lo que ya es mucho, casi todo para algunos—, pero no puede solucionarse el problema real de la subnormalidad. Por eso, aunque necesario —siempre que se ciña a sus específicos límites—, el modelo médico resulta insuficiente.

## 2. El modelo familiar-institucional

Los padres no saben qué hacer con sus hijos deficientes. La ansiedad y la culpabilidad suelen ser actitudes frecuentes en ellos. La impotencia que de aquí resulta es obvia (Polaino-Lorente, 1980).

Las decisiones se aplazan, a veces de forma negligente, a veces con cierto fundamento, amparándose en la estereotipia de que “el niño todavía es demasiado pequeño”. Esta parsimonia es veloz en sus resultados; por cuanto que el niño se desarrolla a pasos agigantados, resulta casi siempre muy nociva.

Se le permite crecer mientras se cree que el proceso del desarrollo producirá por sí solo el deseo esperado. “Cuando madure —se dicen—, todo cambiará”. La inferencia y la atribución están patentes. Primero atribuyen a la maduración un papel como agente causal del cambio; cambio que en absoluto le corresponde. Más tarde, se infiere de esa atribución otra conclusión infundada: que el niño cambiará. Mientras tanto, se hacen estériles muchas otras posibilidades, omitiéndose bloques de intervención que tanto podrían ayudar al desarrollo comportamental del bebé. Me refiero, por ejemplo, a los programas de estimulación precoz, a la modificación de la ecología estimular familiar o a la mera posibilidad de interacción comportamental entre el subnormal y sus hermanos.

La implantación del lenguaje no llega ni a plantearse. Los aprendizajes básicos que preceden y hacen posible la conducta verbal se desatienden. Los repertorios motores se debilitan, aun a pesar del natural despliegue del desarrollo. Las habilidades y destrezas sociales no acaban de emerger, dado el comportamiento de evitación/huida de sus familiares.

El subnormal continuamente va empobreciéndose entre el rechazo más o menos velado, que trata de ignorarlo, y la sobreprotección lastimera, que todo se lo consiente, especialmente lo que es para él menos conveniente (Johnson, 1980).

Emergen otros comportamientos indeseables que, con el hacer —o mejor no hacer— de sus padres, acaban por consolidarse. Las conductas autolesivas, disruptivas y dependientes suelen entonces presentarse.

Por este camino, el niño no avanza, sino que, contrariamente, retrocede. Porque a la postre no importa tanto las conductas bienadaptativas que el niño deja de aprender como las

maladaptativas que una vez aprendidas acaban perpetuándose, para más tarde —ya transformadas en hábitos arraigados— incompatibilizar con aquellas (Luria, 1974).

El pesimismo terapéutico y decepcionante puede aparecer tanto si el subnormal está protegido en casa como si se opta por ingresarle en un centro que no es el apropiado para él o en el que no se trabaja con los procedimientos rehabilitadores adecuados.

Es tanta la impotencia, que algunos padres optan por trabajar más, procurando allegar más medios con los que poder institucionalizar a sus hijos y, de este modo, sentirse así justificados. La otra alternativa, la de protegerles en casa mientras el tiempo pasa, tampoco está clara. Puede afirmarse que, sobre la cuestión de internar o no al hijo subnormal, apenas si hay acuerdo. Ambas opciones tienen sus ventajas y sus inconvenientes. También en esto actúa la moda.

Mientras que Cleveland y Miller (1977) han comprobado la buena adaptación familiar cuando el chico permanece en casa, otros, como Cummings (1976), consideran que se perjudica la paz familiar y la convivencia conyugal. El peso del cuidado del subnormal puede aumentar o no el *stress* en el hogar, siendo este criterio el que debe decidir, en opinión de Willer y col. (1979), lo que se debe hacer.

Pero no todo es tan sencillo como parece. En la subnormalidad no hay nada lineal, a no ser nuestra consideración reduccionista y simplificadora del problema.

MacMillan (1977) ha probado que ni siquiera la situación económica familiar es un factor que decide el internamiento o no. A la crisis de la institucionalización ha seguido la crisis de

la desinstitucionalización (Doll, 1976). Así, pues, una y otra opción, a lo que parece, están en crisis.

Smith (1977) resume los factores que principalmente intervienen en el origen del *stress* familiar por causas de la subnormalidad: la llegada inesperada del deficiente, el estado de vulnerabilidad personal de sus familiares, los factores precipitantes y la intensidad de la crisis familiar a que puede dar lugar.

En cualquier caso, la familia, como las instituciones, por sí solas no son suficientes. Es condición necesaria que se arbitren otros procedimientos y estrategias de intervención —sea en la familia, en la institución o de forma integrada en ambas—, de modo que se facilite el programa modificador más conveniente (siempre *ad casum*) para ese deficiente concreto (Miller y col., 1976; Paulson y col., 1973).

La intervención de los padres es siempre así fundamental (Polaino-Lorente, 1981b). La decisión sobre la alternativa hogar/institución compete a los padres. Es cierto que pueden y deben aconsejarse, pero jamás delegar esta cuestión en otros. Wolfensberger (1967) considera, en cambio, que es la sociedad y no los progenitores la que debe decidir sobre este particular. En mi opinión, ni la sociedad ni el médico deben arrogarse una misión que excede con mucho a sus funciones. A idéntica conclusión se llegó en la conferencia sobre el retraso mental, celebrada en 1964.

En todo caso, la intervención de los padres en la rehabilitación conductual de sus hijos, es siempre fundamental, como se ha venido demostrando por numerosos autores (Tizard, 1961; Paulson y col., 1973; Ray, 1974; Miller y col., 1976; Brengelmann, 1977).

La familia, el hogar, es el ámbito natural en que sin convertirse en una institución donde el niño esté ingresado, sí que puede prolongarse el clima terapéutico y rehabilitador del Centro de Educación Especial que el niño frecuenta. Esto supone que hay que contar más con los padres, que deben colaborar como coterapeutas de sus hijos y que, para todo ello, deben recibir el entrenamiento y la formación que precisan.

### 3. El modelo psicopedagógico

En realidad, el modelo psicopedagógico es el lugar hacia donde convergen los anteriores modelos y, desde luego, su vigencia actual es obvia; tanto, que se presenta hoy como la única alternativa eficaz para la rehabilitación y modificación de la conducta del subnormal.

Sin embargo, es reciente su incorporación (demasiado reciente, desgraciadamente, en algunos casos e instituciones que todavía no parecen haberse informado acerca de la eficacia de estos procedimientos o al menos aún no los han incorporado como debieran).

La pedagogía y la educación especial del subnormal, después de muchas vicisitudes, corre el peligro, todavía hoy, de continuar anclada en dos supuestos atribucionales obsoletos: a) el timocentrismo y b) la escolarización.

El *primero* atribuye a la afectividad el papel relevante, que en absoluto tiene. Su paradigma puede concretarse en frases y consejos tópicos como los que siguen. “Hay que querer al niño subnormal”. “Al deficiente mental no hay que traumatizarle con exigencias excesivas” (léase con cualquier exigencia..., incluso rehabilitadora). Slogans como estos acaban determi-

nando la conducta a seguir por los terapeutas y profesores, haciendo un flaco servicio al deficiente. Agazapadas tras de ellas se encuentran muchas veces la ignorancia y la dejadez. Se sobreprotege al niño, tras invocar esas razones afectivas, pero con ello sólo se rehuye el compromiso y el mucho esfuerzo que supone tratar de modificar su comportamiento, único modo en que pueda ampliarse el repertorio de sus habilidades y su personal horizonte autonómico.

El *segundo* supuesto —la escolarización— atribuye a la enseñanza institucional clásica (el aprendizaje de la lectura y de la escritura, sobre todo) una eficacia que no tiene, al menos en el caso de la rehabilitación comportamental y adaptativa de estos niños. Es mucho más importante para los deficientes la adquisición de destrezas motoras, sociales, alimentarias e higiénicas —que son las que en verdad van a ampliar el ámbito de su autonomía e independencia—, que, por ejemplo, el aprendizaje lector.

La implantación y adquisición del lenguaje es, desde luego, una función principalista, aunque no incompatible ni subordinada a otros aprendizajes de tipo escolar.

El moderno modelo psicopedagógico concibe la deficiencia mental —y en un sentido muy amplio la minusvalidez— como un problema comportamental deficitario y maladaptativo en el que hay mucho que hacer a través del manejo de las variables ambientales que sí que pueden manejarse y que son las que están, en última instancia, desencadenando, manteniendo y perpetuando esos comportamientos desajustados.

El modelo psicopedagógico asume que a la base de estos comportamientos hay alteraciones de tipo neuropsicobiológicas, pero con toda franqueza y coherencia asume también

que es muy poco lo que en este ámbito específico hoy puede hacerse.

El modelo psicopedagógico ni niega ni desprecia el peso —relativo o absoluto— que puedan tener esas alteraciones; las supone, sin más, a la vez que reconoce su incompetencia para intervenir biológicamente a ese nivel.

Incompetencia, que no es exclusivamente suya sino también de los profesionales afines a los modelos biológicos.

El modelo psicopedagógico opta por la eficacia real de las estrategias de intervención modificadoras, cuya fundamentación no está tanto en las cuestiones neurobiopatológicas —que no rehusa, pero muchas de las cuales todavía ignoramos, a propósito sobre todo de la posible eficacia generativa que en el área de la práctica rehabilitadora puedan tener— como en los principios de la psicología del aprendizaje que las han hecho posibles.

Las técnicas de modificación de conducta (en lo sucesivo TMC) han mostrado ya una probada eficacia, en estos veinte últimos años, en el tratamiento de la deficiencia mental.

Sintetizo a continuación algunas de las conclusiones más relevantes aportadas por estas estrategias y técnicas rehabilitadoras:

1.— Las TMC se proponen modificar la conducta desde el ambiente y la misma conducta, bien con la adquisición de nuevos repertorios comportamentales útiles para la vida, bien con la extinción de las conductas desajustadas y desadaptativas.

2.— Las TMC no suponen ningún riesgo para el sujeto, ni generan consecuencia alguna que sea indeseable.

3.— Las TMC se valen para su propósito de estrategias muy variadas a cuya base está casi siempre el manejo del ámbito ecológico estimular; ámbito en el que todos —absolutamente todos, minusválidos o no— estamos connaturalmente inmersos.

4.— Las TMC no tienen la pretensión de transformar al sujeto en su intimidad ni de forma global —metanoia utópica propuesta por otros procedimientos—, sino, antes al contrario, proceden paso a paso de lo más simple a lo más complejo, actuando siempre a un nivel estrictamente conductual.

5.— Las TMC buscan la colaboración de los familiares del paciente, a los que confiere un papel activo como coterapeutas, lo que les da la oportunidad de controlar todavía más los medios de intervención a que aquél se somete.

6.— Las TMC no se lanzan a probar —mediante ensayo y/o error— determinados procedimientos, sino que proceden rigurosa y científicamente de la observación a la modificación.

7.— Las TMC suponen un mayor control sobre lo que se está haciendo, en tanto que hacen suyo el principio de “no modificar sin evaluar y no evaluar sin modificar”.

8.— Las TMC necesariamente han de ser, por la metodología que usan, específicas, diseñadas *ad casum* y personalizadas. Si el diseño rehabilitador se inspira en la observación comportamental, necesariamente han de adecuarse a las minusvalías conductuales del sujeto concreto al que se aplican.

9.— Las TMC huyen indirectamente de toda teorización innecesaria, al sentirse forzadas por sus propios principios a definir operativamente cada uno de los segmentos comportamentales, cuya extinción, adquisición y/o moldeamiento pretenden.

10.— Las TMC no se restringen a un elenco limitado de procedimientos. Los repertorios usados son muy numerosos, ilimitados casi, puesto que, además de la gran amplitud del espectro tecnológico usado, éste debe adecuarse a cada caso concreto, lo que magnifica todavía más su gran versatilidad.

“Así, pues, las conductas deseadas se refuerzan cada vez por consecuencias positivas (refuerzo positivo); o se le indica al cliente durante la terapia que imite una conducta previamente demostrada y que la ejercite (aprendizaje por observación o modelamiento); o se ignora simplemente una conducta indeseable, de modo que disminuya su frecuencia (extinción); o se le obliga al cliente a ejercitar tantas veces una conducta inadecuada hasta que se produce una saturación (práctica negativa). También se pueden ejercitar nuevas conductas que compiten con la conducta indeseable y disminuyen así su frecuencia o intensidad (contracondicionamiento). Otro método consiste en castigar las conductas negativas, con la esperanza de que desaparezcan; o se le puede enseñar al cliente a evitar situaciones críticas y a dominar las reacciones angustiosas a través de un acostumbamiento paulatino (desensibilización). En todo caso, la meta final es el entrenamiento del cliente, que le permita en el futuro autocontrolarse y solucionar sus problemas por sí solo” (Bregelman, 1977).

11.— Las TMC, ni atribuyen ni infieren explicaciones gratuitas e ineficaces. Las TMC tienen vocación de eficacia, ateniéndose a la satisfacción de esa vocación.

12.— Las TMC, en opinión del autor de esta colaboración, ocupan un lugar privilegiado en la rehabilitación y futura plusvalía de los minusválidos. De las anteriores afirmaciones fácilmente se desprende que estas técnicas son en la actualidad las que mejor pueden satisfacer al clásico y urgido principio ético de dar a cada uno lo que le es debido.

### A CADA UNO LO SUYO

El Año Internacional del Minusválido sólo será eficaz si es coherente consigo mismo; si no, se hunde en la contradicción del verbalismo de la imagen, vacío interiormente y sin peso ni peso específicos.

No caerá en contradicción si, y sólo si, satisface como mínimo el primer principio de la justicia distributiva. Este principio regula las relaciones entre iguales —entre personas iguales; que también el deficiente es persona humana igual que los que no son deficientes— y puede formularse como sigue: “dar a cada uno lo que le es debido” o, dicho más brevemente, dar a cada uno su *debitum*, lo que se le debe, su *ius*, su derecho, lo que le pertenece.

Al minusválido, “lo que se le debe” es lo que falta a su naturaleza —hasta donde sea posible, desde los medios técnicos, científicos y asistenciales de que hoy disponemos—, para que ésta no “valga” menos, sino que “valga” igual que la de cualquier persona que no tenga esa minusvalía, y que, por consiguiente, ni se sienta ni se experimente, ni acabe por ser —no por tener— esa minusvalía.

La satisfacción de estos justos débitos demanda que cada deficiente sea tratado específica y personalmente según las exigencias requeridas por sus propias minusvalías. Y como éstas varían tanto de unos a otros, los tratamientos necesariamente han de variar en idéntica proporción.

El principio invocado más arriba puede concretarse como sigue, en lo que a la rehabilitación se refiere: tratar desigualmente a los minusválidos desiguales, personalmente y en función de esa misma desigualdad.

Un error frecuente —no sólo terapéutico, sino también contra la justicia— consiste en incluir a todas las personas con alguna deficiencia en el vasto concepto de “minusválidos”, sin atenderse a cada una de esas peculiaridades específicas y personales, que son —no se olvide— las que más importantemente intervienen en recortar su perfil biográfico, psicopatológico y funcional, y, en consecuencia, sus posibilidades rehabilitadoras y adaptativas futuras.

Ahora bien, individuar cada una de las alteraciones, tal y como aparecen realizadas personalmente, significa también —o debiera significar— individuar precisamente cuáles son las funciones, los objetivos y los procedimientos que competen a cada uno de los especialistas que componen este equipo multiprofesional de intervención. También aquí debe exigirse a cada uno lo suyo. De lo contrario, no se podrá dar a cada minusválido lo que le es debido: la terapia específica que necesita para su rehabilitación.

Algo parecido sucede con los programas de rehabilitación y con los equipos asistenciales. En el diseño de cada programa habrá que trabajar con técnicas integradas muy diferentes, cuyos pesos relativos deben también estar diseñados en función

de ese minusválido en concreto en el que se van a aplicar. La justicia exige aquí que cada terapeuta intervenga dentro de la modalidad de su especialidad, en consonancia con la actuación de los otros expertos. Su intervención naturalmente será desigual —en cualidad y en intensidad— a la de sus compañeros de equipo. Tratar desigualmente a los subnormales y minusválidos desiguales es la única vía para garantizar el tratamiento individualizado y la huida del isomorfismo masificador e ineficaz. Pero, a su vez, esto sólo es posible si la intensidad de las técnicas de intervención y el esfuerzo de cada uno de los profesionales y paraprofesionales componentes del equipo también es desigual.

El vasto campo de la educación especial debe integrar, para ser efectiva, una multitud de técnicas, de programas y de especialistas. Esta integración debe ser coordinada y armónica, de modo que no resulte subordinante para el minusválido, destinatario último de todos los esfuerzos. Hay que adaptar los programas al individuo en que se aplican y no al contrario. Proceder así, posiblemente resulte algo complicado e incluso más caro, pero a la corta será también más eficaz —la única propiamente eficaz— y, sobre todo, mucho más justo.

Sólo si nos acercamos durante este año a este modo de proceder, el Año Internacional del Minusválido habrá servido para algo.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y. et al., Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978, 87, 1, 49-74.
- Abramson, L.Y. et al., Judgment of contingency: Errors and their implications. En Baum, A. y Singer, J. (Eds.): *Advances in environmental psychology* (vol. 2). New Jersey, LEA, 1980.
- Alfonso Sanjuan, M., *Las subnormalidades: diagnóstico y tratamiento*. Madrid, C.E.P.E., 1978.
- Artells Baró, J.J., *Prevención de la deficiencia mental*. Madrid, Moneda y Crédito, 1978.
- Bandura, A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*. 1977, 84, 191-215.
- Brengelmann, J.C., Modificación de conducta en deficientes mentales. *Análisis y modificación de conducta*. 1977, 7-18.
- Brown, I., Learned helplessness through modeling: Self-efficacy and social comparison processes. En L.C. Pelmuter y R.A. Monty (Eds.): *Choice and Perceived Control*. New Jersey, LEA, 1979.

- Bulman, R.J. et al., Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and social Psychology*. 1977, 35, 351-363.
- Castells Cuixart, P., *Los subnormales*. Barcelona, Dopesa, 1977.
- Cervera Enguix, S., *Aspectos etiológicos y sociales de la deficiencia mental*. Madrid, Confederación de Cajas de Ahorro, 1970.
- Cleveland, D.W. y Miller, N., Attitudes and life commitments of older sibling of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*. June 1977, 38-41.
- Cummings, S.T., The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1976, 46, 246-255.
- Doll, W., Family coping with the mentally ill: An unanticipated problem of deinstitutionalisation. *Hospital y Community Psychiatry*. 1976, 27, 183-185.
- Estadística de la Seguridad Social. Marzo de 1979.
- Fotheringham, J.B. y Morrison, M., *Prevention of mental retardation*. Ontario, Canadá, National Institute on Mental Retardation, 1976.
- González Botella, S. y González García, A., *Prevención de la subnormalidad mental*. Madrid, Dirección General de Sanidad, 1977.

- Hobbs, N., *Issues in the classification of exceptional children*. San Francisco, Ed. Jossey-Bass Publisher, 1977.
- Johnson, M.A., *La educación del niño deficiente mental*. Madrid, Ed. Cincel, 1980.
- Lindsay, P.H. y Norman, D.A., Procesamiento de la información humana (vol. 3: *Aprendizaje, conocimiento y decisión*). Madrid, Tecnos, 1977.
- Luria, A.R., *L'enfant retardé mental*. Toulouse, Privat, 1974.
- MacMillan, D.L., *Mental retardation in school and society*. Boston: little, 1977.
- Meyer, J.P., Causal attribution for success and failure: A multivariate investigation of dimensionality, formation and consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980, 38, 5, 708-714.
- Miller, N. y Cantwell, D., Siblings as therapists: A behavioural approach. *American Journal Psychiatry*. 1976, 133, 447-450.
- Olechnowicz, H., *La integración social de los deficientes mentales profundos*. Madrid, Fundación General Mediterránea, 1979.
- Pasahow, R.J., The relation between attributional dimension and learned helplessness. *Journal of Abnormal Psychology*. 1980, 89, 3, 358-367.
- Paulson, M.J. y Stone, D., Specialist-professional intervention: An expanding role in the care and treatment of the

- retarded and their families. In G. Tarjan, R.K. Eymann y C.E. Meyers (Eds.), Sociobehavioural studies in mental retardation. *American Association of Mental Deficiency*. 1973, 1, 234-240 (monograph).
- Pelechano, V., Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales. *Análisis y modificación de conducta*. 1976, 2, 39-56.
- Pinillos, J.L., Los problemas psicológicos del minusválido y el subnormal. *Rev. Análisis y modificación de conducta*. 1977, 3-31.
- Plan Nacional de Educación Especial. Madrid, Fundación General Mediterránea, 1979.
- Polaino-Lorente, A., *Algunas actitudes de los padres ante sus hijos subnormales (I-VI)*. Centro de Educación Familiar Especial (edición multicopiada), 1980.
- Polaino-Lorente, A., ¿Cómo hacer desaparecer los comportamientos indeseables de los hijos subnormales? *Centro Familiar de Educación Especial* (edición multicopiada). Pamplona, 1981a.
- Polaino-Lorente, A., *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Ed. Alhambra Universidad, Madrid, 1981b, especialmente páginas 172-194.
- Polaino-Lorente, A. y Vázquez, C., Learned helplessness: un modelo experimental animal de indefensión aprendida. *Revisión Crítica. Psiquis*. 1981, 5, 169-180.

- Polaino-Lorente, A. y Buceta, J.M., Reformulación del modelo de *Learned Helplessness* desde el punto de vista de la psicología atribucional. *Rev. de Psicol. General y Aplic.* 1981 (en prensa).
- Ray, J.S., The family training centre: An experiment in normalisation. *Mental retardation*. February, 1974, pp. 12-13.
- Rimm, D.C. y Somervill, J.W., *Abnormal psychology*. N. York, Academic Press, 1977.
- Rotter, J., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966, 80 (núm. 609).
- Slater, E. y Cowie, V., *The genetics of mental disorder*. London, Oxford University Press, 1974.
- Smith, L.L., Crisis intervention theory and practice. *Community Mental Health Review*. 1977, 2, 5-13.
- Tizard, J. y Grad, J.C., *The mentally handicapped and their families*. London, Oxford University Press, 1961.
- Vigano, D., *Oligofrenias, confusión mental*. Buenos Aires, Bonum, 1976.
- Weiner, B., *Achievement Motivation and Attribution Theory*. New Jersey, General Learning Press, 1974.
- Weiner, B., A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*. 1979, 71, 3-25.

- Willer; Barry, S.; Intagliata, J.C. y Atkinson, A.C., Crises for families of mentally retarded persons including the crisis of deinstitutionalisation. *British Journal of Mental Subnormality*. 1979, 25, 38-49.
- Wolfensberger, W., Counseling the parents of the retarded. En Baumeister, A.A., dir.: *Mental Retardation Appraisal, Education and Rehabilitation*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1967.
- Wortman, C.B. y Dintzer, L., Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable?: A critique of Abramson-Seligman-Teasdale reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978, 87, 1, 75-90.



# **TREINTA Y TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE MINUSVALIDOS**

## **Denuncia de una situación**

Por Jacinto Truchuelo Negrete

El subtítulo de este artículo puede inducir al lector a pensar que nosotros nos sumamos a la algarabía de denunciantes de todo tipo y condición que hoy proliferan por doquier en España.

En efecto, escuchando a los políticos, leyendo periódicos o revistas, escuchando la radio o ante la pantalla del televisor, parece que ningún vocero es culpable de nada, que la responsabilidad de cualquier desdicha, grande o pequeña, de cualquier problema o dificultad que afecte al país, es siempre de terceros.

El gran chivo expiatorio es “la sociedad”, olvidando que ésta somos todos y cada uno de nosotros. A la sociedad le suele seguir “el gobierno” o la Administración, cuando es bien sabido que todo pueblo tiene el gobierno que se merece, y que la Administración no es más que una parte y trasunto de ese mismo pueblo. A la Iglesia, el mundo secularista de hoy mira



menos que antaño. Se fija algo en la jerarquía, apenas en los “curas” y nada en el conjunto del cuerpo místico. Hasta los que nos llamamos cristianos procedemos como si nuestras personales cuentas ante el Juez Supremo pudiéramos endosarlas a los demás. No digamos nada de las innumerables gentes que hoy cacarean a los cuatro vientos su talante socialista a ras humano. Su desprecio por los demás, próximos o lejanos, es obvio.

A nuestro juicio, ese fenómeno tiene una simple explicación: el desconocimiento, cuando no el desprecio, no sólo del Evangelio (las parábolas de la paja y la viga y la de la lapidación de la mujer adúltera son meros ejemplos), sino de una norma elemental de la filosofía pagana: la del “nosce te ipsum”. Las conductas de la masa humana de hoy se rigen por la más terrible visceralidad y la más absoluta carencia de racionalidad. Por ello, cada vez se afianza más nuestro convencimiento de que los actuales males de la humanidad necesitan más del cambio de las *personas* que de las *estructuras*, al revés de lo que machaconamente y por muchos se nos dice a diario.

Así, pues, voy a intentar plasmar en estas líneas algo que resuma mis vivencias a lo largo de treinta y tres años de contacto con millares de minusválidos —especialmente del aparato locomotor— de la más variada condición, tanto de edad como patológica, social y económica.

Con fines expositivos, vamos a considerar cinco aspectos del problema: las estadísticas; la patología actual del aparato locomotor; las motivaciones; las posibles soluciones; la picaresca y los explotadores.

## LAS ESTADISTICAS

Mi trabajo actual o pasado en cuatro centros diferentes que asisten disminuidos del aparato locomotor, me ha llevado a la convicción de que los minusválidos no están bien contados y que algunos ni siquiera lo están.

La cronicidad de estos pacientes los adscribe a lo que yo he llamado la “rueda de la Ortopedia”: un mismo enfermo consulta, e incluso es tratado, en dos, tres o más instituciones. Algunas hacen caso omiso de toda estadística, pero otras lo contabilizan independientemente, lo que se traduce en una evidente mentira estadística.

Y si eso pasa en un país como el nuestro, no del todo tercermundista, ¿qué sucederá en los que marchan por detrás de nosotros en su desarrollo?

Por eso, a mí, las cifras habitualmente manejadas —como la de 140 millones de niños incapacitados en el mundo, 450.000 parálíticos cerebrales en España, etc., etc.— no me producen, cuantitativamente hablando, el escalofrío que debieran causarme.

Y ahí va una denuncia: a veces, las estadísticas, como hemos apuntado, se falsean por desidia o por ligereza. Pero, por desgracia, en ocasiones, se hace para justificar la creación de organismos o instituciones, más o menos burocratizadas, donde no siempre se trabaja con eficacia y por amor al minusválido...

## LA PATOLOGIA ACTUAL DEL APARATO LOCOMOTOR

El aparato locomotor está integrado no sólo por huesos, articulaciones, cápsulas y ligamentos, sino también por músculos, vasos y sistema nervioso, tanto central como periférico. Esa gran variedad anatómica implica que las posibilidades de afectación motórica sean múltiples y diversas.

Es muy frecuente escuchar de los profanos de la Medicina que los progresos de ésta, y especialmente de la Cirugía, nos acercan al hombre sin sufrimiento físico, al estado casi angelical. Y nada más lejos de la realidad si analizamos los grandes grupos etiológicos en la patología del aparato locomotor.

### Las deformidades congénitas

Teóricamente, a medida que vayamos conociendo mejor los factores etiopatogénicos (hereditarios, metabólicos, infecciosos, tóxicos, radiactivos, traumáticos, etc.) que pueden influir sobre los genes, el embrión o el feto, las deformidades congénitas tendrán que disminuir en su frecuencia. Sin embargo, la realidad no parece concordar con esa suposición. Las condiciones de la civilización actual contrarrestan eficacia al mencionado mejor conocimiento del problema.

Aquí se atisba otra denuncia: no pocas anomalías congénitas son imputables a los padres que hacen caso omiso de posibles causas generadoras, como son el alcohol, el tabaco, las drogas en general y cierto género de vida.

## Los traumatismos

Si consideramos que pueden actuar desde la vida fetal y el parto hasta todo el transcurso de la existencia del hombre, y que no sólo comprenden los traumas mecánicos (traumas en sentido estricto), sino también los térmicos (calor-frío), los eléctricos, los químicos (causticaciones) y los radiactivos, se comprenderá que el tráfico, la industria, el deporte, la violencia ciudadana y terrorista, y hasta el hogar, son fuentes de traumatismo, que en nuestro mundo no presentan trazas de disminuir.

Surge aquí otra denuncia: muchos traumatismos serían evitables a expensas de una mayor responsabilidad individual y mayor civismo.

## Las infecciones/inflamaciones

La microbiología actual, con sus logros en el conocimiento de los agentes patógenos (bacterias, virus, hongos, mycoplasmas), unida a los colosales avances de la terapéutica farmacológica (antibióticos, quimioterápicos, antisépticos, antiinflamatorios; vacunas y otros inmunomodificadores), parecía que iba a terminar con el fantasma de las infecciones. Y no es así, como lo demuestra, entre otros hechos, la infección hospitalaria propia de centros muy sofisticados.

También los atentados contra la higiene en distintos ambientes pueden implicar una responsabilidad y otra denuncia.

## Los tumores

Creemos esperanzadamente que el gigantesco esfuerzo investigador que realizan los países poderosos dará sus frutos

antes de no muchos años y se llegará a desvelar el enigma del cáncer. Pero por hoy éste, junto con las otras dos “c” (carretera, corazón), siguen en cabeza de las causas que llevan a la tumba o a la invalidez al hombre moderno.

La consumacia de éste en el contacto con ciertos tóxicos evitables, también puede delimitar una responsabilidad y una denuncia.

### Las degeneraciones

Entendiendo como tales los procesos derivados del deterioro ineludible que el tiempo ejerce sobre el organismo humano, y el consiguiente declinar de sus funciones, poco o nada ha conseguido la Ciencia hasta ahora. Los reumatismos degenerativos (artrosis), las osteoporosis seniles, la hipotrofia muscular degenerativa, la arteriosclerosis, las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, son otros tantos ejemplos que evidencian ese fatalismo. Pero, en ciertos casos, también podrían detectarse una responsabilidad y una denuncia, por cuanto ciertos géneros de vida no siempre son ortodoxos.

## LAS MOTIVACIONES

Creemos importante precisar de quién o de quiénes han de partir las motivaciones que impulsan la prevención y la rehabilitación de la minusvalidez física del aparato locomotor. La superproducción de noticias e informaciones sobre el tema, no siempre exactas ni bien intencionadas, se presta a confusiones entre las gentes poco conocedoras del asunto.

## El interesado

Naturalmente que hay que considerar el factor edad (adulto, adolescente, niño), amén de otras circunstancias personales, la fuerza y calidad de su energía recuperadora. Pero quiero subrayar mi firme convicción que en principio debe ser el interesado, el minusválido, el primer “interesado” en su “propia rehabilitación”.

La historia está llena de ejemplos de lo que es capaz de conseguir un disminuido cuando su inteligencia, su voluntad o su tesón se fijan una meta determinada.

## La familia

A ésta la colocamos en segundo lugar, salvo, naturalmente, en la infancia o en la gran invalidez. Nuestra experiencia en este aspecto es de lo más variada: va desde la familia más hiperprotectora (con su carga muchas veces negativa para el familiar minusválido), hasta las indiferentes y aun las que rechazan de su seno al miembro inútil que no coadyuva en la vida familiar, e incluso la entorpece, originando molestias y gastos. La crisis de la familia que nos amenaza, pensamos repercutirá a corto plazo y de forma ostensible en la vida de los minusválidos. Tampoco van a ser ajenos al fenómeno el culto a lo joven y el hedonismo, tan notorios en el momento presente.

## Las entidades protectoras

Estimamos sumamente valiosos los movimientos asociativos, bien de los propios minusválidos y de las instituciones privadas o públicas, que coordinan y potencian la problemática, las posibles soluciones y las ayudas para los desvalidos.

Pero ya hemos alertado más arriba a este respecto. Frente a instituciones ejemplares y eficaces, pululan otras cuya misión parece más bien la de proporcionar prebendas y emolumentos a sus promotores y mantenedores.

En este sentido nos han resultado reiteradamente reveladoras conversaciones sinceras con los minusválidos o sus familiares.

### Las empresas

No vamos a entrar en la actitud de la empresa en los países socialistas, donde la productividad y competitividad no siempre son prioritarias. Pero nuestras vivencias, someras a este respecto, nos infunden la sospecha de que los minusválidos no están mucho más protegidos que en los países de libre mercado.

En éstos, en el mundo capitalista, se comprende —aunque no se justifique— que las empresas sean poco propicias para el minusválido. Aunque es cierto y notorio que muchos disminuidos son excelentes y aun formidables y destacados productores, las empresas, acosadas por la crisis económica y laboral, tienden a rehusar el dar ocupación a los minusválidos. Su posible absentismo laboral acrecido, sus reivindicaciones específicas, su rechazo por alguno de sus compañeros o por clientes, son otros tantos factores que a un ejecutivo poco avisado o egoísta pueden inducir a soslayar el empleo protector o protegido.

### La sociedad

El “slogan” de Cáritas Española en el Día de la Caridad del presente año 1981 —“Solidaridad: la única energía que puede

transformar al mundo”— se nos antoja hermoso. Pero nos tememos que pueda quedar en poco más que eso, en una bella frase.

¿Por qué? Por dos razones obvias y sencillas:

1) El mundo secularizante, laicista, actual, presume de dos cosas: de humanismo y de socialismo. Y yo no conozco apenas humanistas o humanitarios de verdad ni socialistas auténticos. Conozco, eso sí, un sinfín de gentes para quienes el socialismo no pasa de ser una simple opción de voto.

2) El mundo de los que nos etiquetamos de cristianos exhibe un fenómeno paralelo: la fe en plena crisis es causa de que apenas haya cristianos auténticos, de los que en verdad consideran al minusválido un hermano en Cristo sufriente.

## Los políticos

Esta faceta es, posiblemente, la que más nos entristece, pues el minusválido físico o psíquico es facilona carne de voto y demagogia.

Nuestra dilatada experiencia con minusválidos nos lleva a una durísima conclusión que acaso resulte escandalosa, pero tengo que decirla: a ningún político (he conocido alguno aislado sensibilizado por los problemas de familiares próximos casi siempre, que confirman la regla) le interesa “de verdad” los minusválidos.

A este respecto me viene a la memoria la penosa impresión que me produjo una mesa redonda-coloquio para minusválidos, en vísperas de unas determinadas elecciones e integradas por un

variado abanico político de candidatos. Estos —más de uno, profesor universitario— rivalizaban en facies cementosa, tratando de ofrecer máximas a la pobre “clientela”: subsidios, empleo protegido (hasta se dijo que los invidentes podrían colocarse en los departamentos de radiología, idonde se trabaja a oscuras!), líneas de autobuses debidamente acondicionados que situarían a los impedidos en sus centros de rehabilitación o de trabajo, etcétera. El entusiasmo entre el auditorio —muchos de ellos postrados en sillas de ruedas— era desbordante. Naturalmente, los que tanto prometían salieron elegidos. Y hoy disfrutan de espléndidos sueldos y beneficios. Y los minusválidos siguen con sus sillas de ruedas, con su desempleo, con su horizonte profesional y social tenebroso, sin sus oníricos autobuses... Y con una inmensa amargura y frustración.

## LAS SOLUCIONES

Un problema de por sí complejísimo y difícil, es lógico que comporte soluciones intrincadas. Pero esa dificultad toma caracteres dramáticos en la sociedad moderna, selvática, donde el codazo y la zancadilla son válidos y hasta prepotentes.

En cuatro apartados se nos ocurre agrupar las posibilidades de solución: el espíritu; los medios materiales; la mentalización—“cordialización”; la coordinación.

### El espíritu

Evidentemente su importancia es capital, al extremo de que las demás soluciones sin espíritu se nos antojan vanas.

Ya lo apuntábamos más arriba: sin una formación y conciencia auténticamente cristiana o al menos humanitaria, no es posible la ayuda al ser humano desvalido. Y conste que no tratamos de volver a la pasada “caridad” paternalista ni a las desprestigiadas asociaciones filantrópicas, sino de empaparnos de un verdadero espíritu solidario, tanto más valioso y fecundo cuantas más esencias sobrenaturales lo impregnen.

### Los medios materiales

Es evidente que, sólo con espíritu y fervientes deseos, los minusválidos no pueden salir adelante. Es indispensable además lo material y más concretamente el dinero, mucho dinero.

En este aspecto, algunos estratos sociales de países ricos nos dan un buen ejemplo. Aunque su objetivo final de ayuda sea soslayar la confisalidad del fisco sediento, el hecho es que infinidad de cuantiosas donaciones han promovido y sostenido admirables instituciones de ayuda al minusválido. Por desgracia, en España, tan generosa en su historia, no florecen ejemplos de esta índole.

### La mentalización

Mentalizar y mentalización son dos vocablos-comodín en las conversaciones actuales de cualquier entorno. Es sorprendente la facilidad con que recurrimos a ellos en cuanto se nos plantea una duda, una dificultad, un problema.

Nosotros, no es que estemos en contra de esa actitud, aunque, más bien que de mentalización, preferiríamos hablar de autoconvencimiento, que conlleva, además de un contenido

cognoscitivo, una carga volitiva. Y, aún más bien que de mentalización y de convencimiento, creemos que deberíamos hablar de “*cordialización*”. Es preciso echarle mucho corazón y menos cerebro al asunto. Bien es verdad que ello equivale a la conexión con el “espíritu” que comentábamos hace unos momentos.

### La coordinación

Este vocablo —junto con el aludido de mentalización y con el de planificación y estructuración— es otro latiguillo archirrepetido. Pero nos tememos que las más de las veces quede reducido a eso, a una simple palabra.

También aquí nuestra experiencia nos enseña que hay poco o ningún deseo verdadero de coordinar, tanto a nivel individual como familiar o institucional. Y ello no es bueno, pues, sin ese deseo, la planificación y la estructuración huelgan.

Por otra parte, las autonomías nos están dando un palmario ejemplo de incoordinación e insolidaridad, al tratar cada cual de llevar todo el viento a su vela. Y no es que ignoremos el hecho de que un centralismo a ultranza suele ser inoperante y ciego. Pero estamos seguros que una autonomía inconexa es mucho más cara, menos eficaz y más desintegradora.

## LA PICARESCA

Aunque parezca mentira, en la agobiante problemática de la minusvalía física o psíquica no falta la picaresca por parte de verdaderos explotadores, que se encuentran entre algunos

minusválidos, algunos médicos, algunas familias, algunas instituciones, algunos fisioterapeutas y algunos mecánicos ortopédicos.

### **Los minusválidos pícaros**

Hemos tenido ocasión de conocer personalmente bastantes lisiados que explotan su propia desgracia: dificultando su rehabilitación o reinserción laboral, duplicando o triplicando la percepción de prestaciones, recibiendo subvenciones pecuniarias por asistencias médicas que fueron gratuitas, etc., etc. También nos ha ocurrido más de una vez fracasar en el empeño de ingresar para tratamiento en centro benéfico a inválidos que limosneaban en la vía pública exhibiendo sus deformidades o sus mutilaciones. Cualquier pretexto les fue válido para rehuir el ingreso con fines quirúrgicos o rehabilitadores, o pedir el alta prematura voluntaria.

### **Los familiares desaprensivos**

La denuncia recién formulada para el individuo la podemos aplicar también a algunas —no pocas— familias. El miembro menor inválido representa un trampolín o una pantalla para recibir compensaciones pecuniarias no siempre correctas.

Especialmente frecuente es el vicio de renovar sin estricta necesidad costosos aparatos ortopédicos cuando van a ser sufragados por terceros: personas caritativas, instituciones benéficas o la propia Seguridad Social.

### **Las instituciones**

Aunque afortunadamente raras y en ocasiones por desconocimiento de la temática, hemos sabido de instituciones bené-

ficas o aseguradoras que fueron verdaderos cómplices de situaciones manifiestamente irregulares provocadas por los propios minusválidos, sus familiares o personal tratante de la incapacidad (talleres ortopédicos y fisioterapeutas desaprensivos, especialmente). En cierta ocasión, nuestro intento de desvelar una situación sangrante de este tipo, estuvo a punto de costarnos un serio disgusto ante los tribunales. Naturalmente, no se nos ha vuelto a ocurrir quijotear más en este resbaladizo terreno.

### Los médicos

Por desgracia, he de confesar que alguno de mis colegas también hace fechorías con minusválidos en beneficio propio, mediante ciertas connivencias fructíferas a la hora de percibir emolumentos.

### Los fisioterapeutas

Aquí sí hay un gran filón para la denuncia. Por supuesto que he tratado con una mayoría de fisioterapeutas dignos y honestos. Pero he sabido de otros muchos que explotan inicua-mente la desgracia de los pobres minusválidos. Las armas habituales son cuatro: la osadía que da la ignorancia de la Medicina de altura; la reiteración de su trato con estos pacientes, que llega a transformarse en familiaridad dominadora; la cronicidad o la incurabilidad de estos pacientes; el ofrecimiento de halagüeños resultados a distancia, sabiendo o no que son inalcanzables. Por todo ello no es raro comprobar que un fisioterapeuta avisado y de laxa conciencia ejerza mucha más influencia sobre pacientes y familiares que un médico de alta formación y responsable.

## Los mecánicos ortopédicos

También en este terreno hay una picaresca increíble. Tarifas asombrosamente altas, facturas fantasma, presupuestos amañados, calidades bajas, construcciones pésimas desde el punto de vista ortopédico, etc., son otras tantas formas de fraude para el “pagano”, ya sea el interesado, sus familiares, las instituciones benéficas o la Seguridad Social.

Pero lo más triste y sorprendente para nosotros fue el comprobar cómo un antiguo paciente nuestro, afecto de importante minusvalía, instaló una tienda-taller de ortesis y prótesis a unos precios elevadísimos, inalcanzables para las desdichadas familias modestas, como él había vivido en su propia carne. Nuestro estupor no tuvo límites en determinada ocasión en que comprobamos que pedía 50.000 pesetas por un aparato de marcha cuyo costo no alcanzaba las 5.000 pesetas.

Y lo que más nos sorprende en todo este lacerante tema es que no provoca, no ya la ira sino la más mínima protesta por parte de nadie, ni de familias, ni de instituciones, ni de centrales sindicales, ni de la propia Seguridad Social.

## CONCLUSION

Me temo que con las líneas que anteceden hayamos pintado un cuadro, si bien realista, con pinceladas demasiado oscuras, pero no por ello podemos cerrar el camino a la esperanza, pues en la vida no se puede triunfar sin fe, que por otra parte nos es alimentada por los innumerables hombres buenos que han existido, existen y seguirán existiendo, y que han hecho posible que el devenir de la sociedad humana, con sus altibajos, tienda, lenta pero evidentemente, a mejor.



# **EDUCACION ESPECIAL.**

## **PROBLEMAS Y SOLUCIONES**

Por Antonio Miguel Sos Abad

### **INTRODUCCION**

La Educación Especial, en cuanto tratamiento educativo de los deficientes e inadaptados para el desarrollo de sus capacidades personales que les permita una incorporación a la Sociedad tan plena como posible, servirse a sí mismos y sentirse útiles a la Sociedad, constituye uno de los últimos hitos o eslabones en el proceso histórico de logro y afirmación de los derechos humanos y sociales.

Así comienza el documento del Plan Nacional de Educación Especial (en adelante E.E.).

La preocupación de la E.E. se presenta, en estos momentos, de forma más general e incisiva.



La evolución social y política, a nuestro juicio positiva, y negativa en lo económico, en nuestro país, en estos últimos años, ha posibilitado explicitar el derecho a la participación de los grupos marginados en la vida activa del país, pero actualmente se ve frenado por la grave crisis económica.

La regulación de la E.E., con carácter general, aparece en 1965 (Decreto 2925/1965, de 23 de septiembre), responsabilizándose de su orientación al Patronato Nacional de Educación Especial, órgano encargado, a nivel nacional, del asesoramiento del Ministerio de Educación Nacional, en las materias propias de la E.E.

En 1970, la Ley General de Educación y Financiamiento de la reforma educativa introduce la E.E. como una modalidad propia del sistema educativo.

El Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, crea el Instituto Nacional de Educación Especial como órgano de ejecución de estos mandatos legales de las directrices que dicte el Real Patronato de Educación Especial, órgano responsable de fomentar y coordinar la acción del Estado y de la Sociedad en materia de E.E., conforme establece el artículo del Decreto creador (Real Decreto de 9 de abril, número 1023/1976).

El Instituto Nacional de Educación Especial ha elaborado el Plan Nacional de Educación Especial, que nació con el firme y decidido propósito de hacer frente de forma global y coherente a los graves problemas que la educación de los niños deficientes e inadaptados presenta en nuestro país; problemas que hay que referir no sólo a la notoria falta de recursos, sino también a la ausencia de criterios básicos y definitorios.

El Plan Nacional de Educación Especial no es rígido ni exhaustivo; es un Plan básico y previo que muestra el problema, ofrece soluciones que parecen más adecuadas a nivel de principios y los interpreta en la forma imprescindible para exigir los recursos económicos correspondientes.

El Plan constituye la respuesta específica de cómo hacer llegar el cumplimiento de la obligación pública del Estado y de la Sociedad de proporcionar educación gratuita a todos los españoles deficientes en edad escolar (con las ampliaciones que cada caso aconseje).

Pero oigamos la realidad, según la Federación Española de Asociaciones pro Subnormales (FEAPS).

En opinión de esta Federación, “ya hace diez años que se ha publicado la Ley General de Educación, ya hace meses que se viene hablando de la práctica escolarización de todos los niños de edad escolar, se aprueba un segundo plan de enseñanza general básica... Y, frente a todo eso, sigue sin aprobarse el plan nacional de educación especial (con minúsculas), sigue sin existir la escolarización de la mayoría, no existe ningún programa experimental de educación especial”.

“Por todo ello —continúa diciendo la FEAPS—, resulta urgente la aprobación del plan nacional de educación especial; su iniciación inmediata, la ordenación ideológica y la clarificación interna que el sector necesita sólo podrán llegar en la medida en que exista la base legislativa correspondiente. La labor de clarificación legislativa que piden resulta imprescindible e inaplazable para hacer viable la educación auténtica de los deficientes mentales”.

“Hay que terminar ya con la falta de normalización en la promoción de los deficientes mentales por parte del Ministerio de Educación”, afirma la Federación Española de Asociaciones pro Subnormales, en su programa para los años 1981-85. (En una sociedad democrática, los ciudadanos debemos evaluar a los gobernantes libremente elegidos y exigir responsabilidades).

### Terminología

La etiquetación de los términos utilizados generalmente para designar a los sujetos afectados por algún tipo de anomalía, y también para la educación e instrucción que se les debe proporcionar, es varia y múltiple.

Se designa a los sujetos como anormales, subnormales, diferentes, especiales, impedidos, discapacitados, minusválidos, retrasados...

Las palabras anormal y subnormal se van desechando, por el matiz peyorativo que conllevan. El término “subnormal” está en desuso. La Asociación Americana de Deficiencia Mental, que es el organismo más solvente en este aspecto, no lo emplea ya jamás. Diferentes, ateniéndonos a su sentido estricto, lo somos todos; cada persona posee unas peculiares características que le hacen distinguirse de los demás. Especiales es un término algo ambiguo, pues en él caben todos los que sean distintos por algún motivo de rango superior o inferior; tan especial es un superdotado como un infradotado: ambos se apartan de lo normal, y punto. Deficientes, por ello, es lo que más se adapta a la realidad de los sujetos y carece del matiz peyorativo que tenían los primeros términos citados. Minusválidos es quizá el término que se usa con más frecuencia en España, pero, en general, se aplica con preferencia a deficiencias físicas, aunque existe, por su-

puesto, la denominación de minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales. Sin duda, expresa correctamente lo que queremos decir, pero, a nivel de entendimiento general, tiene esa interpretación, más comúnmente aceptada, que hace alusión al aspecto físico.

Algunas personas que trabajan en este campo de dentro a fuera, parece que aceptan el término de “retraso mental”, porque los mismos sujetos encuentran una situación objetiva de que, efectivamente, están retrasados y no lo pueden negar. Además hay una base de esperanza de que un retraso tiene mejoría. Toda la E.E. tiene como meta integrar todo lo posible en la vida normal al sujeto, y, cuanto más apartemos de él la etiqueta, más favoreceremos esa integración.

¿Qué entendemos por deficiente?

Etimológicamente, diremos que procede del latín *deficere*: faltar; entendiéndose por deficiente, “insuficiente”. Tal que no alcanza el grado debido o conveniente... Defectuoso. Incompleto. Es decir, que será deficiente todo sujeto que, por alguna anomalía física, psíquica, sensorial o social, no está en condiciones de desenvolverse normalmente, de adaptarse e integrarse en su entorno social, que no es capaz de desarrollar sus capacidades recibiendo una atención igual a la de otros sujetos de su misma edad.

Las definiciones que se manejan actualmente giran todas en torno a este aspecto funcional: “Todo individuo que, por razones físicas o psicológicas, encuentra dificultades considerables en la vida cotidiana” “Todo aquel individuo que, por razones fisiológicas o psicológicas, tiene necesidad de una ayuda especial para adaptarse a la existencia”.

Es preciso insistir en la interpretación vital o funcional de la deficiencia, puesto que, en caso contrario, se corre el riesgo de considerar anormales o deficientes a sujetos que, por desenvolverse bien en su vida cotidiana, no tendrían que incluirse en este grupo. Aclaremos los diversos puntos de vista desde los que se describe la normalidad:

- Estadísticamente: un sujeto es normal cuando su actuación coincide con la media, con la mayoría de la población.
- Subjetivamente: es la persona que no destaca en ningún sentido.
- Funcionalmente: se califica de normal a una persona cuando su estado se adecúa perfectamente a las características de la especie.
- Patológicamente y desde el punto de vista médico: es anormal un sujeto al que su desviación le hace sufrir o hace sufrir a la sociedad en que vive.

Recientemente se tiende a establecer la normalidad en función de las denominadas “tareas vitales”:

- Para la conservación del sujeto.
- Para la conservación de la Sociedad o sociales.

Resumiendo: consideramos la normalidad psíquica a un estado de la persona que le hace capaz de resolver sus tareas vitales en relación con la edad, tanto las que se refieren a la propia persona como las que sirven para el desarrollo de la comunidad a que pertenece.

## OBJETIVOS DE LA EDUCACION ESPECIAL

Al hablar de objetivos generales en E.E., tendríamos que aclarar que deben ser los mismos que en cualquier tipo de educación y concretamente podrían resumirse en uno: que la persona alcance su máxima plenitud personal.

Al hablar de la plenitud de la persona, lo hacemos, es evidente, en sentido figurado, ya que no se la puede llenar hasta el límite concreto ni determinar en qué momento pueda estar en su plenitud absoluta. Hacemos alusión a un estado de perfección de sus facultades físicas e intelectuales, en el que parece que éstas rinden a satisfacción del individuo, aunque la evolución siga su camino y, con el ejercicio, sea cada vez más lograda la perfección aludida. El hombre es un ser en cambio continuo, en constante cambio perfectivo hacia nuevas metas, es decir, que debe ser perfectivo, pero que también puede ser regresivo si ese hombre no cultiva sus posibilidades adecuadamente. Por estos razonamientos, siempre que se habla de plenitud humana, lo hacemos con el criterio de relatividad que rodea, prácticamente, a todo lo relacionado con la persona.

Un deficiente llegará a su plenitud cuando tenga en funcionamiento todas sus capacidades en grado máximo, aunque éstas no sean todo lo amplias y eficientes que en una persona considerada como "normal".

El fundamento de la posibilidad de adaptación es la satisfacción de las necesidades básicas del hombre, en sus dos planos fundamentales: físico y psíquico.

Las necesidades físicas básicas se resumen en un estado general del cuerpo: integridad física, buena salud, buena alimen-

tación, limpieza... Lo que denominaríamos estado aceptable de adaptación biológica.

Las necesidades psíquicas básicas resultan más complejas, pues en el psiquismo humano concluyen gran número de determinantes y de factores de todo tipo que hacen complicada la psicología de la persona. Son muchos y variados, pues en cada sujeto presentan matices distintos. Sintetizando, son los siguientes:

**AMOR.** Todos necesitamos amar y ser amados, percibir dentro de nosotros el sentimiento de atención y cariño por parte de los que nos rodean.

**ACEPTACION.** Los deficientes presentan una amplia problemática de rechazo por parte del entorno: familia, "amigos", vecinos, trabajo... Esto produce un gran impacto en la vida afectiva de los sujetos y les impide su satisfacción interna. Es una situación que se va resolviendo, pero todavía es necesaria una **MENTALIZACION TOTAL DE LA SOCIEDAD.**

**INDEPENDENCIA Y AUTO-REALIZACION.** La persona debe ser consciente de estarse realizando a sí misma, de que toma decisiones en cuestiones fundamentales relativas a ella y a su porvenir, de que tiene capacidad de iniciativa..., en fin, de que posee independencia hasta donde es posible. Depende mucho la meta que marquemos, del C.I. del sujeto (en los deficientes psíquicos) y del grado y tipo de limitaciones físicas (en los minusválidos físicos).

**INSISTIMOS:** hay que esforzarse en que cada uno llegue al máximo de posibilidades, que, efectivamente, serán distintas según la persona, sus características y sus circunstancias.

**DIGNIDAD Y PERFECCION.** El hombre normal tiene ansias de superación, que le da, al llegar a un determinado grado, una dignidad personal que le hace sentir un respeto a sí mismo y por parte de los demás. Dignidad de persona humana y respeto mutuo: bases de toda convivencia social y de toda posibilidad de desarrollo individual.

## CLASIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS

Criterio cuantitativo	Referido a la deficiencia mental	Liminar/C.I. 68-85 Discreta/C.I. 52-67 Moderada/C.I. 36-51 Severa/C.I. 21-35 Grave/C.I. 0-20		
	Referido a cualquier otra anomalía	Leve Moderada Grave		
Aspecto cualitativo	Deficiencia en la zona subjettiva	sensoriales	auditivos	sordos hipo- acúsicos
			visuales	ciegos amblio- pes
		somáticos	motóricos	paralíticos cerebrales poliomielíticos accidentales
		fisiológicos	cardíacos diabéticos hemofílicos hemipléjicos ...	
		psíquicos	caracteriales mentales	
		psico- físicos	deficiencias del LENGUAJE	
Deficiencia en relación con el ambiente		familiares escolares sociales		

## PROBLEMATICA DEL DEFICIENTE

### Familiar

El ambiente primero en el que el niño se desarrolla, debe ser el de la familia (es lo ideal), que supone su introducción en el mundo social, el primer paso hacia él. Es, por ello, fundamental que este entorno sea todo lo equilibrado, agradable, estimulante y positivo que sea posible.

Cuando un deficiente llega a una familia, trastorna todo el equilibrio ambiental que es necesario. Produce una decepción y un rechazo casi inevitables, que se pueden compensar más adelante, y que es deseable que así sea, de manera que el entorno familiar sea absolutamente realista y parta, por tanto, de unas bases seguras para el desenvolvimiento del niño. Ni desánimo ni esperanzas de recuperación infundadas son buenos consejos para una educación adecuada y eficiente. Tan importante es la normalidad de la familia, que estamos comprobando continuamente inadaptaciones sociales en los jóvenes debidas a situaciones anómalas: desunión, orfandad, diferente criterio educativo en los padres, rigidez excesiva, superprotección, etc.

El realismo dará por resultado una familia que sepa la meta a la que debe llegar el deficiente: autonomía personal, seguridad en sí mismo, aceptación social, una formación profesional adecuada... y los conocimientos teóricos que buenamente pueda alcanzar, sin considerarlos como lo principal en la vida del sujeto.

Si la familia acepta al deficiente tal y como es (que es muy difícil), con sus posibilidades reales de recuperación, y pone los medios oportunos para que llegue a rehabilitarse, está creando el

mejor ambiente en que el niño se puede desarrollar, sin comparación posible con el mejor internado que se encuentre. Otro problema sería que la familia no lograra centrarse con su hijo deficiente, formando parte de ella. Entonces, antes que los demás miembros (padres y hermanos) sufran graves consecuencias que puedan degenerar incluso en inadaptaciones personales y sociales y perjudiquen, además, la educación del sujeto deficiente, será más conveniente que este niño sea internado en una institución, de modo que tanto él como su familia sigan un camino adelante sin dificultades mayores. (Que la familia pueda elegir el modo de tratar a su hijo deficiente, es lo ideal, y el Estado debe tutelar toda la vida de los deficientes. Nuestra Sociedad debe tener los mecanismos idóneos para que ningún miembro se quede sin atención).

Resumimos en tres las funciones principales de la familia, en relación con un niño deficiente.

1.— Detectar la deficiencia en el momento de su aparición. Es decisivo un diagnóstico a tiempo, para comenzar igualmente a tiempo el tratamiento necesario. Insistimos: un diagnóstico y un pronóstico previo de posibilidades, resulta en la mayoría de los casos fundamental en la recuperación máxima del sujeto.

2.— Preparar un ambiente familiar en el que el niño se sienta querido y aceptado tal y como es; donde se comprendan sus dificultades y se le ayude a resolverlas; que sea un apoyo, una base de la que partir.

3.— Colaborar en la educación del niño con las restantes personas responsables de la educación, no entorpeciendo nunca su labor. Ni el abandono ni la superprotección. Asesoramiento,

información amplia y actuación realista y decidida en todos los campos, son las fórmulas de más prácticos resultados en estos casos.

El Congreso de Educación Especial, de Beirut (1963), recomendó: “Igual que cualquier otro niño, el niño inadaptado tiene un derecho incondicional a la vida, cualquiera que sea su *handicap*. La familia debe ser preparada y ayudada para acogerlo. La ayuda que el Estado debe prestarla a este respecto no desembocará en hacerla perder el sentido de sus responsabilidades y en desposeerla de su autoridad natural, sino en proporcionar a los padres asistencia educativa y asesoramiento sobre el plano psicopedagógico y sanitario”.

### Pedagógica

Señalamos como compendio de toda actuación educativa, primeramente, un diagnóstico precoz, un pronóstico de posibilidades y un tratamiento (médico, psicológico y pedagógico) adecuado.

Después de este paso preliminar, la utilización de procedimientos didácticos concretos, en consonancia con las características de la persona que vamos a tratar. Si entre los alumnos de condiciones normales es precisa la educación personalizada, más lo es con sujetos deficientes (más o menos acusados), puesto que las diferencias entre unos y otros están marcadas con mayor intensidad. Aparte de unas técnicas específicas necesarias en algunos casos para los aprendizajes funcionales básicos, si tuviéramos que señalar un método idóneo para estos alumnos, diríamos que el método fundamental es no tener método.

El educador se ha de acoplar a cada individuo en su proceso evolutivo, con sus caracteres peculiares y su ritmo determinado, que respetaremos si queremos conseguir unos resultados válidos.

Ahí reside la problemática central del niño con una deficiencia: es distinto a los demás, y si queremos que se recupere de acuerdo con nuestros moldes nos tenemos que ajustar a sus características, a sus diferencias, especialmente a la hora de darle una educación.

En este trabajo, no consideramos oportuno detallar técnicas y procedimientos, ya que son variadísimas y totalmente distintas según los casos.

Somos partidarios de unidades escolares de transición en Colegios Nacionales, pero sin mezclar los grados y clases de deficiencias, siempre que no sean un grave obstáculo para el Centro, más por la convivencia e integración social que por los conocimientos a adquirir.

Los Centros de Educación Especial son necesarios e imprescindibles.

Actualmente existe un gran desconcierto a nivel de cuestionarios, textos, fichas, material complementario e incluso de programación de enseñanza. La realidad es que cada Centro usa unas técnicas particulares, y a lo que se debe tender es a la implantación de unas técnicas comunes pensadas para cada tipo de deficiencia, con criterios muy unificados.

El personal que se ocupa de las actividades (en su más amplio sentido: perfeccionadoras) de los deficientes, podemos compendiarlo del siguiente modo:

a) *Profesores.*

Es urgente la planificación de los Cursos de Pedagogía Terapéutica y de Logopedia, y convocatoria de cursos de perfeccionamiento de técnicas directivas.

Hay que mentalizar directamente a los futuros profesores de E.G.B. con la inclusión de prácticas en Centros de Educación Especial acreditados; esta medida despertaría vocaciones al conocer la realidad educativa desde dentro y no teóricamente.

Para ser un buen profesor de Pedagogía Terapéutica hay que tener unas cualidades humanas básicas, equilibrio y entrega apasionada. Integrando todas ellas en una orientación técnica sostenida y estimuladora.

b) *Médicos.*

Especialmente dedicados a la rehabilitación de deficiencias, cabe destacar por su mayor incidencia a psiquiatras, neurólogos, cirujanos, traumatólogos, oftalmólogos, otorrinos, etc.

c) *Otro personal médico sanitario.*

Entre ellos destacamos la figura del fisioterapeuta (homenaje a los buenos profesionales del Hospital Infantil de San Rafael, de Madrid), a los terapeutas ocupacionales, a los A.T.S., orientadores, etc.

d) *Asistentes sociales.*

Tienen una importante labor a realizar, tanto antes del tratamiento, facilitando datos sociales y laborales del deficiente y su familia para su diagnóstico más exacto, como en el segui-

miento del caso, colaborando en la mejora del ambiente que rodea al sujeto afectado, en su incorporación laboral, informando a él y a la familia sobre sus derechos, etc.

## Laboral

El campo del trabajo es el de los que juegan un principal papel para la adaptación de la persona, por suponer la mayor parte del tiempo en que se emplea la vida y una de las formas efectivas de realización personal, de proyección de la personalidad en las cosas concretas o en la consecución de algo productivo. El hombre se justifica ante sí mismo y ante los demás, por el trabajo. Por todo ello, el no encajar laboralmente o no disponer de aptitud para desarrollar un trabajo, supone una limitación gravísima para que una persona logre su plenitud (personal y social). La colaboración de un deficiente con los que le rodean en una tarea común, es algo que necesita para no sentirse marginado del quehacer social general, y que, evidentemente, la sociedad necesita de cada sujeto en particular, sea cual sea su condición de aptitudes.

Cada individuo posee unas capacidades que deberá desarrollar al máximo; con ellas, en plenitud de rendimiento, se dedicará a un ámbito educacional que acabará de completar su evolución y le ayudará decisivamente a su adaptación particular. Damos por supuesta la importancia de una formación profesional anterior, importante siempre pero más si cabe en los deficientes.

Esto requiere, en determinados casos, un acoplamiento del lugar de trabajo a los sujetos, por las características especiales que tengan. Igualmente, es precisa una aceptación por parte de los compañeros, comprendiendo también estas peculiaridades a que hemos hecho alusión.

La sociedad, tal y como está, y con la falta de mentalización general, dificulta casi siempre el desenvolvimiento normal de un sujeto deficiente.

El trabajo es un importante factor en la formación y desenvolvimiento de una vida plena en toda persona y, en especial, en un deficiente.

Hoy, hablar de integración laboral del deficiente, parece una tomadura de pelo, cuando en España hay cerca de dos millones de parados, pero confiamos que este gravísimo problema sea pasajero y entre todos podamos resolverlo con una justicia social y cristiana.

## Social

Todos los apartados anteriores pueden ser considerados también sociales, pues todos, ejerciendo una u otra función, formamos parte de lo social, de la Sociedad que rodea a un sujeto determinado. En este momento nos vamos a referir a los influjos o ambientes que no caben en las denominaciones de “personal”, “familiar”, “educativo” o “laboral” (a pesar también de que condicionen estas otras actuaciones y se interrelacionen profundamente), abarcando el resto del entorno de la persona, es decir, las condiciones y el comportamiento cívico y las organizaciones sociales específicas en las que un sujeto pueda integrarse.

Un aspecto primordial (primero por su repercusión en todos los demás) para entender la problemática social, es el relativo a la MENTALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD. Se percibe una actitud de incompreensión global hacia las personas con alguna deficiencia, que tradicionalmente se viene concretando en tres posturas:

– **INDIFERENCIA.** Por falta de información, por desinterés, por no estar en contacto directo con casos concretos. Es la posición del mayor número de la población. Resumiendo: *despreocupación* por estos problemas.

– **PREJUICIO.** Se tiene una visión falsa y deformada de la realidad. La posición varía desde la tolerancia hasta la atribución de una invalidez insuperable que en ningún modo se corresponde con la situación real.

– **ESTIGMA.** A lo largo del tiempo se vienen identificando los defectos físicos con características psicológicas negativas o defectos morales. El “malo”, la “bruja” de las películas y cuentos tienen normalmente una tara física. Esto se refleja aun inconscientemente en la forma de pensar del “todo” social.

**RESUMIENDO:** como consecuencia de las posiciones descritas, se crea un entorno de aislamiento alrededor del deficiente y de dependencia en todos los órdenes (económico, psicológico, de autonomía, etc.) de éste en relación con los que le rodean. Una situación nada agradable para la persona afectada, injusta de todo punto y superable con una información adecuada a nivel masivo.

## CONCLUSION

La **SOCIEDAD** en pleno debe adoptar una postura de aceptación y no exclusión de los **DEFICIENTES**, en sus maneras diarias de actuar y planificación de actividades, es decir, de tener conciencia de que no todos los miembros disponen de las mismas facultades y de que estos miembros afectados tienen

derecho, en JUSTICIA, a gozar de autonomía en sus movimientos, a educarse con los demás, a ocupar un puesto de trabajo digno que les dote de independencia frente a sus compañeros; que deben poder desarrollarse todo lo que sus capacidades les permitan, no lo que les dejen las circunstancias externas y creadas además por otros miembros sociales, la mayor de las veces egoístas e inhumanos.

Preparemos entre todos un nuevo futuro; pues si un niño es siempre la esperanza del mundo (Rabindranath Tagore), la rehabilitación de un deficiente es la más bella realidad.



# **INTEGRACION ECLESIAL DEL DISMINUIDO FISICO**

Por el P. Miguel Isla Marín

Accedo gustoso a la invitación de Cáritas Nacional en su iniciativa de poner sobre el tapete una problemática tan real como acuciante, cual es la del disminuido físico, a través de un número extraordinario de CORINTIOS XIII.

No oculto mi temor de no saber aprovechar convenientemente esta oportunidad que se me ofrece en favor de mis amigos que padecen disminuciones físicas.

He de comenzar diciendo que me entristece el hecho de constatar que se habla mucho sobre la enfermedad y no tanto sobre quienes la padecen; que se tiene más en cuenta a los enfermos y no tanto a los disminuidos físicos —enfermos crónicos—; que se mira más su realidad externa que los valores más fundamentales, como son los espirituales. En definitiva, que se les menciona mucho, pero se les olvida con la misma facilidad.

Es posible que, a lo largo de este escrito, vayan saliendo reflexiones sobre la persona total del disminuido físico, aunque mi intención es dar prioridad y luz a ese otro aspecto capital, como es su Integración en la Comunidad Eclesial.

### **DIOS CREADOR Y SALVADOR DE TODOS Y DE TODO EL HOMBRE**

Mi propósito, al empezar este apartado, no es otro que el repasar, y no de una manera exhaustiva, a través de los textos sagrados y de algunos de los Documentos del Concilio Vaticano II, lo enunciado.

“El Padre Eterno creó el mundo entero, por designio libérrimo y misterioso de su sabiduría y de su bondad, decretó elevar a los hombres para que pudiesen participar de su Vida Divina y caídos por el pecado de Adán, no los abandonó, dispensándoles siempre ayuda salvadora, en atención a Cristo Redentor, ‘que es la imagen de Dios invisible, Primogénito de toda Criatura’ (Col 1, 15ss)”.

“Creándonos libremente por un acto de su excesiva y misericordiosa benignidad y llamándonos, además, graciosamente, a participar con El en la vida y gloria, difundió con liberalidad, y no cesa de difundir la bondad divina, de suerte que el que es Creador de todas las cosas ha venido a hacerse ‘Todo en todas las cosas’ (1 Cor 15, 28), procurando, a la vez, su gloria y nuestra felicidad”.

Nos dice también la Biblia que “Dios miró cuanto había hecho y lo juzgó muy bueno” (Gén 1, 31).

En Romanos 1, 19-20 leemos que Dios, creando y conservando el universo por su Palabra, ofrece a los hombres un testimonio perenne de Sí mismo.

La Sagrada Escritura nos enseña que el hombre ha sido creado a “imagen de Dios” con capacidad para conocer y amar a su Creador, y que por Dios ha sido constituido Señor de la entera creación visible para gobernarla y usarla, glorificando a Dios.

Todos los hombres han sido creados a imagen y semejanza de Dios, quien hizo “de uno, todo el linaje humano, para poblar toda la haz de la tierra” (Hech 17, 26).

El pensamiento de Jesús es claro: Dios es Padre de todos. Como nos dice San Pablo: “Dios quiere que todos los hombres se salven y lleguen al conocimiento de la verdad” (1 Tim 2, 4).

Pero aún es más. El mensaje y la vida de Jesús se relaciona, de una manera más expresa, si cabe, hacia los más necesitados: “Los oprimidos serán liberados” (Lc 4, 18); “Los enfermos serán curados” (Mt 11, 5ss).

La nota característica de Jesús es que se encontró con personas oprimidas por diversas dolencias. La respuesta del Maestro fue rotunda: no se quedó impasible, sino todo lo contrario: se conmovió, se perturbó y se sobresaltó hasta lo más profundo (Mt 9, 36; 15, 32; 14, 4; Jn 11, 31-32). Delante de la tumba de Lázaro, llora (Jn 11, 36). Ante la madre que perdió a su hijo en Naim, se compadece profundamente (Lc 7, 13).

Es fácil, por tanto, constatar que Jesús se identifica con los que sufren. Aún más, realiza actos de curación en favor de muchos enfermos.

Entresacaría algunas características de este comportamiento:

No recrimina el “querer curar” de los enfermos. Al contrario, lo acoge como normal y exhorta a algunos a reavivar esa voluntad de curar (Jn 5, 1-9).

No reconoce la unión entre causa-efecto, en cuanto al pecado y al sufrimiento, que encontró en la mentalidad de sus contemporáneos (Jn 9, 13; Lc 13, 2-4).

No invita, a quienes sufren, a someterse al sufrimiento, a la resignación, ni a ofrecerlo a Dios. Si declara bienaventurados a los que sufren, es porque éstos serán consolados por Dios.

En definitiva, lo esencial para Jesús, su Mensaje, es el Hombre y su Salvación: “He venido para que los hombres tengan Vida y la tengan en abundancia”.

### **LA IGLESIA, CONTINUADORA LEGITIMA DE LA MISION DE JESUS**

Nadie pone en duda la veracidad de esta aseveración. Sin embargo, brevemente apoyaré lo dicho, basándome en unos textos de la Constitución Dogmática sobre la Iglesia y en algunas citas sobre la Sagrada Escritura:

“Cristo, el único Mediador, instituyó y mantiene continuamente en la tierra a su Iglesia Santa, comunidad de Fe, Esperanza y Caridad, como un todo visible, comunicando mediante ella la verdad y la gracia a todos.

Así como al Pueblo de Israel, según la carne, peregrinando por el desierto, se le designa ya como Iglesia (Esdr 13, 1; Núm 20, 4; Dt 23, 1ss), así el nuevo Israel que, caminando en el tiempo presente, busca la ciudad futura y perenne (Hebr 13, 14), también es designado como Iglesia de Cristo (Mt 16, 18), porque fue El quien la adquirió con su sangre (Hech 20, 28), la llenó de su Espíritu y la dotó de los medios apropiados de unión visible y social.

Cristo envió sobre los discípulos a su Espíritu vivificador y por El hizo a su Cuerpo, que es la Iglesia, sacramento universal de Salvación.

El Concilio enseña, fundado en la Sagrada Escritura y en la Tradición, que esta Iglesia peregrinante es necesaria para la salvación. El Único Mediador y Camino de Salvación es Cristo, quien se hace presente a todos nosotros en su cuerpo, que es la Iglesia. El mismo, al inculcar con palabras explícitas la necesidad de la Fe y el Bautismo (Mc 16, 16), confirmó, al mismo tiempo, la necesidad de la Iglesia, en la que los hombres entran por el Bautismo, como por una puerta. Por lo cual no podrían salvarse aquellos hombres que, conociendo que la Iglesia Católica fue instituida por Dios a través de Jesucristo como necesaria, sin embargo, se negasen a entrar o a perseverar en ella”.

No podían faltar aquí unas citas tan expresas, como son: la elección de los Doce, la de los 72, las palabras de Jesús a Pedro (Mt 16, 18): “Tú eres Pedro y sobre esta piedra edificaré mi Iglesia...”. Con la misión de los elegidos (Mc 5, 7ss; Mt 10, 1; Lc 9, 1), Jesús asegura que aquella “pequeña grey” ha sido del agrado del Padre para recibir el Reino.

## LA IGLESIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS

Tendría que empezar diciendo que la Iglesia se ha despreocupado del disminuido físico, al menos, en la práctica. Me es doloroso el reconocerlo, pero mi amor a mi Madre la Iglesia me exige esta sinceridad.

Teniendo delante la vida y mensaje del Maestro, ¡cuánto dista la Iglesia de parecersele! Tiene su parte humana, limitada, a mi modo de ver. Pero lo peor es que existe, en general, desconocimiento, ignorancia, inhibición y despreocupación.

Pero hay otros aspectos que hacen más difícil la integración de las personas con disminuciones físicas, y estos dependen más bien de la Jerarquía: los Impedimentos, unos de tipo jurídico, y otros que imposibilitan una relación auténtica.

¿Qué decir del primero, ese Canon 982, 2? “Los defectuosos de cuerpo, si no pueden ejercer, con seguridad, los ministerios del Altar, a causa de su debilidad, o decorosamente, a causa de su deformidad”.

El anexo es más aclaratorio todavía: “Son irregularidades, por defecto corporal, las siguientes: los ciegos, sordos, mudos, los que carecen de un pie o de una mano, los enanos, los que padecen una deformidad corporal notable, etc.”.

Me propongo únicamente constatar su existencia. Es verdad que, en más de una ocasión, se han dado las dispensas. Por otra parte, quise comprender. Eran otros tiempos, otras mentalidades. Pero no. Me consta que, en la revisión del Derecho Canónico, este Canon ha quedado, más o menos, con la misma significación.

Pero no es sólo en el aspecto jurídico donde el disminuido físico se siente marginado, porque de hecho lo está.

¿Qué decir de la falta de contacto con sus obispos, párrocos y aun órdenes religiosas, a no ser que su carisma específico sea la atención a los enfermos?

¿Qué diócesis, en sus líneas pastorales, tienen presente prioritariamente al mundo del marginado?

Otros aspectos, como personal, medios, ¿son acaso suficientes?

En la dinámica parroquial, ¿no estamos todavía en hechos aislados, como son alguna visita, llevar la comunión y poco más?

Pero existen otros factores importantes que impiden la integración en la vida de la Iglesia, como son las ya famosas *Barreras Arquitectónicas*.

Dichas barreras existen dentro y fuera de las iglesias, en los salones parroquiales, en las instituciones o asociaciones de la Iglesia, seminarios, casas de ejercicios, oficinas eclesiásticas, etcétera. A pesar de las denuncias múltiples que han venido proliferando considerablemente, siguen las mismas de siempre y no se pone remedio, ni tan siquiera en las nuevas edificaciones.

Son tantos los impedimentos que encuentran en los Centros de Enseñanza de la Iglesia, que el acceso a ellos es imposible. ¿De qué les sirve que se les reconozcan unos derechos, si todo está pensado a espaldas de ellos?

Además, la despreocupación en una necesidad como es la enseñanza especializada, es total.

Hay que reconocer aspectos positivos que se dan, por fortuna. No faltan documentos, cartas pastorales, etc., en los que, con suma claridad, se apuntalan los derechos, se repasan las necesidades, se denuncian las deficiencias. Mucho me temo que sean letra muerta.

## EL DISMINUIDO FISICO Y LA COMUNIDAD PARROQUIAL

No sólo los enfermos buscan a Jesús: “Recorría toda Galilea, enseñando en las sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino, curando toda enfermedad y dolencia en el pueblo” (Mt 4, 23-25; 9, 35).

Llegaban a El desde todos los lugares y con las enfermedades más diversas. Y el Señor no solamente es buscado por ellos, sino que El mismo va a su encuentro. El los llama. El halla tiempo para ocuparse de ellos (Mt 9, 18-19; Mc 7, 33). No pasa de largo al lado de sus sufrimientos. Su corazón sufre con ellos.

No sólo les dirige buenas palabras, sino que El actúa. Los reintegra a la vida social (Mc 2, 11).

Considero que éste es uno de los puntos básicos de este modesto artículo, ya que sin duda afecta a la mayoría de los disminuidos físicos. Partiendo de la realidad, que tristemente es negativa, pienso que es importante encontrar las causas que, por ambas partes, originan la falta de relación.

Por parte de la comunidad parroquial, existe un desconocimiento casi total sobre la realidad del disminuido físico. Añadiendo, en el caso del sacerdote, que poco o nada ha sido preparado, a lo largo de su carrera eclesial, sobre la pastoral del enfermo y menos si éste es crónico.

Una falta de mentalización, junto a un ritmo de vida y una sociedad que no deja tiempo para madurar los valores auténticos, nos han llevado a una despreocupación de las necesidades de los que nos rodean. Nos dejamos llevar por lo que se vive en nuestro ambiente.

Quizá, inconscientemente, no pensamos que como personas tienen unos valores y unas cualidades semejantes a las nuestras. Muchas personas eluden el encontrarse con deficientes físicos porque no sabrían cómo comportarse, qué decirles, qué actitud tomar para no ofenderles. Son muchos los casos en los que la frase común que sí les ofende es “pobrecillos”, “¡qué pena!”, “me dan lástima”.

Podría añadir muchas más cosas, pero mi intención es más bien encontrar salidas válidas, no críticas estériles.

Y ¿qué decir de los disminuidos físicos, de su falta de relación con sus respectivas parroquias? Sus motivaciones resultan bastante complejas. Con todo, voy a intentar abordarlas de una manera sucinta, ya que la exposición completa resultaría excesivamente larga.

El disminuido físico se siente inseguro de sí mismo, es tímido, teme hacer el ridículo, se encierra en sí mismo.

A esta realidad le han llevado una serie de circunstancias:

Por supuesto, todo parte de esa deficiencia física que padece y que le hace diferente de los que le rodean. La consecuencia primera es el *aislamiento*. Evita la compañía, no congenia, está mejor consigo mismo.

También han influido otros factores: la superprotección de la familia, la *dependencia*, por tanto, de los demás.

La *introversión* será la consecuencia inmediata. En la mayoría de las ocasiones dejará ver su *egocentrismo*. Vive momentos de *frustración*, al querer ser como los de su edad y no serle posible, y esta frustración le llevará a un *resentimiento*: “La culpa es de los demás” “Yo, ¿qué puedo hacer, tal como me encuentro?”.

Todo esto le va a suponer vivir momentos de *desesperanza*: “¿Para qué sirvo?” “Así no vale la pena vivir... cada uno va a lo suyo...”.

Podría decirse que esta es la *problemática individual*.

Otro de los factores que determina la personalidad, mejor la falta de ella, del que padece disminución física es la *problemática familiar*. Los padres se encuentran con un ser que deseaban y esperaban, pero no así. Por otra parte, no se encuentran preparados. En unos casos, “su amor” les lleva a tomar una de estas dos actitudes:

*Paternalista*, de total protección. El niño disminuido no tiene necesidad de hacer, ni preocuparse de nada. Para eso están ellos. Lógicamente, no podrá desarrollarse como persona.

Pero tristemente se da otra actitud contraria que “marcará” al niño para toda su vida: la de *rechazo*, vergüenza e in-

cluso acusación de culpa al disminuido. ¡Cuántas divergencias matrimoniales por este motivo! No son pocos los casos en que todo ello les lleva a una evasión de la problemática que viven, a través del alcohol.

Un tercer factor que va a acompañar al disminuido físico, es el *social*. Podemos incluir en él todo aquello que le va a impedir desenvolverse como las demás personas: las tan traídas y llevadas barreras arquitectónicas, bordillos, escaleras, puertas de servicios, etc. Las viviendas no están adaptadas a sus necesidades: puertas estrechas, espacios insuficientes que no permiten ni girar las sillas de ruedas, agarraderas en lugares estratégicos, cuartos de baño, cocinas, etc.

Las barreras también afectarán a otro de los factores que más determinarán al disminuido físico en su no integración a la sociedad: la educación. Se dan de una manera constante en todos los edificios públicos, escuelas, etc. Todo niño y más el impedido sin escolarización, es un marginado en potencia. Universidad... pero ¿cómo llegar, si antes ha habido una despreocupación total por suplir las deficiencias primeras?

Los transportes, tal como están, imposibilitan la movilidad adecuada y suficiente para valerse por sí mismo.

Todo esto nos lleva a un problema que si en estos momentos lo sufre la población normal, ¡cuánto más todas estas personas! Me refiero al problema del trabajo.

Por si todo esto fuese poco, ¿qué decir de las ayudas económicas? Los afiliados a la Seguridad Social, con beneficiarios disminuidos físicos a su cargo, perciben una ayuda mensual de 3.000 pesetas por este concepto. Los grandes inválidos y enfermos crónicos, sin Seguridad Social, sin ingresos de

ninguna clase, perciben una ayuda mensual de 5.000 pesetas por el Fondo Nacional de Asistencia Social. ¡Ah, estas dos cantidades son incompatibles! Prefiero no comentar; pero, ¿no es para llorar?

Con todos estos datos podremos comprender la postura, a veces de indiferencia, del disminuido físico.

Pero existen casos, y no pocos, en los que, pretendiendo un acercamiento (no quitan su parte de culpa), a pesar de los impedimentos arriba reseñados, se encuentran con respuestas como: “Lo siento, desconozco totalmente dicha problemática”.

Sirva de ejemplo un testimonio de una persona disminuida física, para ver cómo se sienten, qué piensan y qué piden. Tras repasar los impedimentos antes reseñados, se expresa así:

“Muchos de nosotros dependemos de nuestra familia o amigos, si tenemos la suerte de tenerlos, para poder acceder a los lugares adonde deseamos. Uno de éstos puede ser la parroquia.

Cuando nuestras edades están comprendidas entre los 10 y los 17 años, en algunas parroquias nos visitan chicos y chicas. Son visitas muy espaciadas y hasta forzadas. Un buen día dejan de visitarnos y nos quedamos igual o peor de lo que ya estábamos. Va pasando el tiempo y se va reduciendo cada vez más nuestra integración en la parroquia”.

En relación a cómo debería ser nuestra parroquia, contesta:

“Nuestra integración en ella debe tener lugar en nuestra infancia. Para ello se deberían suprimir las Barreras Arquitectónicas”.

tectónicas que nos impiden, en muchos casos, acceder a ella. También la integración debería partir de la catequesis. Con ello, además de aprender Religión, conviviríamos con los niños de nuestra edad, con lo que, poco a poco y sin apenas darnos cuenta, nuestros compañeros irían tomando conciencia de nuestra problemática y, a la vez, nosotros conociendo nuestra parroquia.

Y, a medida que vayamos creciendo, las actividades a desarrollar serían en clubs de gente joven, con un sinfín de actividades. Por otra parte, la parroquia se daría cuenta de que, con nuestra problemática, somos parte de ella; ya que, si nos siguen ignorando, jamás podremos ser parte activa de la misma, tener unos derechos y obligaciones con respecto a ella.

La parroquia, además de ser un lugar de oración, debe ser un lugar donde la gente participe, incluidos nosotros los disminuidos físicos”.

Hemos visto cómo en la vida y espíritu de Jesús los enfermos ocupan un puesto de preferencia. Sería deseable que en nuestras comunidades cristianas se les prestase una atención especial. ¿Por qué no tenemos más a menudo presente el ejemplo de la primera comunidad cristiana?

Me voy a detener ahora en algunas reflexiones.

El cristiano ha de vivir la fe en comunidad. La misma fe le hará sentirse parte de esa comunidad.

Ser cristiano, en definitiva, es ser parte de una comunidad de fe y de caridad. Acercarse cristianamente a un enfermo consistirá en mantenerle unido a una comunidad, donde se le inserta, con todo lo que esto comporta de intercambios humanos.

La persona que pertenece a una comunidad humana, se siente aceptada, apreciada, comprendida. Da valor a su vida, porque ve que se la tiene presente y se cuenta con ella. Es uno más. Y así como cuando alguno no está presente se le echa en falta, del mismo modo los demás notan su ausencia: el grupo no está completo.

Las comunidades parroquiales son, a mi modo de ver, las entidades más apropiadas para responsabilizarse de los enfermos y disminuidos físicos, ya que si son o pretenden ser auténticas tendrán objetivos comunes.

Si los pertenecientes a la parroquia tienen conciencia de ello, intentarán llevar al enfermo esta misma realidad al acercarse a él con sentido cristiano.

En cada caso concreto se verá qué persona o personas serán las más adecuadas: un familiar, un amigo... Pero lo que no se tiene que perder de vista es qué se le va a ofrecer y cómo. Todo necesita un tiempo, no una imposición, y unos modos. El primordial: estar convencido de lo que le llevo.

En otros casos, en los que personarse resulte dificultoso por los motivos que sean, las cartas y el teléfono pueden darle la seguridad al disminuido físico o, por lo menos, la sensación de que, de alguna manera, es y los demás lo tienen como parte de la familia parroquial. En el caso de que sus miembros no se interesen activamente, el deficiente físico, imposibilitado para acudir por sí mismo, se sentirá abandonado.

¿Qué pueden recibir de la parroquia? Yo diría que ayuda espiritual, apoyo moral, compañía, comprensión, etc. La ayuda material también será bien acogida si está llena de espíritu cristiano, de espíritu de caridad.

Es interesante tener presente que para cada misión, unidos en la fe, se busque la persona o personas adecuadas.

Donde sea posible, será conveniente formar grupos o equipos. Esta idea se viene realizando en diversos hospitales. Creo que su realización en las diferentes parroquias resultaría muy provechosa para todos aquellos que tuviesen inquietudes por seguir los pasos del Maestro.

Estos equipos estarían preparados y animados por el propio párroco. Esto tendría de positivo una mayor amplitud de acción del sacerdote y una buena oportunidad para formar cristianos responsables y continuadores de la misión recibida por Jesús.

No deberán olvidar nunca los grupos que su base no puede ser otra que la fe, alimentada si quiere mantenerse con eficacia con la Palabra de Dios y la oración.

Que cada una de sus actuaciones lleve la impronta de que son representantes y enviados por la comunidad parroquial.

El comportamiento con cada enfermo o disminuido físico se adecuará a su realidad concreta. Lo primero y algo fundamental que espera ver es el testimonio de nuestra propia vida.

Muchas veces, junto a nuestra acción pastoral, se verá necesitado de otros servicios. Nosotros mismos debemos encargarnos, en caso de necesidad, de buscar personas que den soluciones a sus problemas. (No es raro que esperen de nosotros únicamente estas últimas).

La puesta en común de las propias experiencias puede ser un modo enriquecedor en la relación de los miembros.

No olvidemos que entre cada uno de los miembros se ha de dar un auténtico amor fraterno. Han de trabajar teniendo presente que la sociedad está necesitada, en estos momentos, de pronunciar aquella frase ya casi olvidada: “Mirad cómo se aman”.

Otro hecho enriquecedor puede ser la relación con otras parroquias, asociaciones o movimientos. Con esta colaboración interparroquial daríamos a entender que, por el hecho de ser cristianos, todos formamos parte de una misma Iglesia.

Pero la comunidad cristiana ha de tener otras miras no menos importantes que las expuestas hasta el presente, que las resumiría así:

Ya que vive la realidad de cerca, puede ser la más apropiada para denunciar ante la sociedad toda clase de injusticias. Todo cambio, en todos los tiempos, ha sido producto de las denuncias de la base.

Otra misión fundamental: mentalizar, hacer ver las necesidades de los marginados y empujar para corregir las posibles deficiencias.

Sobre todo, dar cabida a estos semejantes nuestros en la sociedad y en la Iglesia, y posibilitarles con una preparación adecuada para ser evangelizadores de sus hermanos.

Estas últimas líneas sirvan para aclarar que únicamente he tocado los aspectos negativos, dando por hecho que existen y no pocos aspectos positivos.

Mi deseo al escribirlas ha sido el de contribuir a una mentalización de todos y cada uno de los que formamos parte de la sociedad y nos llena Cristo, para que vosotros, amigos y queridos disminuidos físicos, seáis parte activa, dando respuestas válidas en todo aquello que esté en vuestras manos.



# Mesa Redonda

## MINUSVALIDOS Y SU PROBLEMATICA

Cáritas Española, con el fin de unirse al movimiento universal en favor de los minusválidos, con motivo del Año Internacional promovido por la ONU, ha organizado una Mesa Redonda sobre “Minusválidos y su problemática”.

Tuvo lugar en la sede de los Servicios Centrales de Cáritas Española, el 29 de junio de 1981.

La organización corrió a cargo de la Revista “Corintios XIII”.

Tomaron parte en el coloquio, además del Consejo de Redacción de la Revista, los siguientes especialistas y agentes de pastoral para minusválidos:

Don Enrique Garriguez y Don José Alba, en representación de FRATER; Don Miguel Pereira, director técnico del Centro Nacional de Paraplégicos, de Toledo; Dr. Don Juan Boch-Marín, director del Hospital Infantil San Rafael, de Madrid; Dr. Don

Angel Díez Cuervo, director del Centro San José para deficientes mentales, de Carabanchel Alto - Madrid; Dr. Don Jacinto Truchuelo, jefe del Servicio de Ortopedia del Hospital Infantil San Rafael, de Madrid; Don Antonio Sos Abad, logofoniatra del Hospital Infantil San Rafael, de Madrid; Hno. José Luis Alonso, director del Instituto Médico Pedagógico, de Valladolid; Hno. Manuel García, director del Sanatorio Marítimo para niños deficientes físicos y mentales, de Gijón; Don Manuel Arrieta, rehabilitador del Sanatorio Marítimo, de Gijón; Hno. José Revilla, rehabilitador del Hospital Infantil San Rafael, de Madrid; Srta. María Teresa Alía, A.T.S. del Hospital Psiquiátrico, de Ciempozuelos (Madrid); Srta. María Jesús Muñíz, del Secretariado Nacional de Educación Especial (Conferencia Episcopal Española), de Madrid; Don Rudesindo Delgado, director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria (Conferencia Episcopal Española), de Madrid; Don Javier Alvarez de Toledo, especialista en pastoral de sordomudos; P. Miguel Isla, director diocesano de FRATER, de Vizcaya; Don Faustino García Moreno, delegado episcopal de Cáritas Diocesana de Madrid.

Hizo la presentación Don Felipe Duque Sánchez, delegado episcopal de Cáritas Española y consejero delegado de la Revista "Corintios XIII". Actuó de moderador Don Francisco Salinas, de los Servicios Técnicos de Cáritas Española.

El Dr. Boch-Marín, antes de comenzar la discusión y puesta en común sobre el tema, hizo la presentación del cortometraje sobre la infancia minusválida que, una vez pasado, sirvió de introducción al coloquio.

El moderador invitó a los participantes a exponer, desde su propia experiencia, aquellos problemas que considerasen más importantes sobre la problemática de los minusválidos.

**Sr. Boch-Marín:**

*Entiendo que es preciso, en el estado actual de la opinión pública, promover una campaña de mentalización, a fin de hacer comprender que la minusvalía es una situación normal en el tejido social. No es "ciudadano" solamente la persona sana. Para ser miembro normal de la sociedad no es necesario poseer íntegros todos los miembros. Se puede formar parte e intervenir en la sociedad, careciendo de la integridad de todos los miembros.*

*Hay que cambiar las ideas y comportamientos de la sociedad en este sentido. Y educar para una convivencia, a nivel de igualdad, a toda la sociedad.*

**Natividad de la Red:**

*Estoy de acuerdo con el Dr. Boch-Marín. Mi experiencia personal me dice que la actitud generalizada entre la gente es la de considerar al minusválido, sobre todo si es deficiente mental, como algo raro y extraño al cuerpo social.*

*Es urgente una campaña de mentalización, sobre todo para los niños deficientes profundos. Hay que poner en marcha una campaña en favor de la integración.*

**Sr. Díez Cuervo:**

*Hay dos puntos fundamentales en el problema de los minusválidos: 1) Las declaraciones de principios e intenciones; Constitución, textos legales, años internacionales, etc., no cabe duda que son formidables; pero la dura realidad de la situación de los minusválidos denuncia que tales principios e intenciones, con frecuencia, se quedan en eso: en meras declaraciones. 2) Hay, sin duda, grandes disponibilidades de recursos econó-*

*micos para los distintos sectores de minusválidos, pero a la hora de una justa y equitativa distribución de los mismos, con frecuencia, el minusválido se convierte en objeto de manipulación. Más que atender a las necesidades objetivas de los minusválidos y de los Centros que los atienden, se juega y se busca el prestigio de determinadas instituciones, privilegiando a unas sobre otras.*

**Sr. Sos Abad:**

*El problema de los sordomudos es grave. También son objeto de marginación y hace falta integrarlos adecuadamente en la sociedad. Están marginados por la ley. Hay que revisar los códigos Civil y Penal. Felicito a Cáritas Española por la organización de esta Mesa Redonda. Es una prueba de que esta Institución se dedica a algo más que a "socorrer" necesidades inmediatas y del valor que tiene en la Iglesia y en la sociedad española. Sugiero a Cáritas que haga todo cuanto pueda. ¿Por qué no hace una película sobre estos problemas?*

**Sr. Alba:**

*La mentalización de la sociedad debe comenzar desde la labor que vienen realizando las bases. Ellas viven el problema real en sus dimensiones reales. Los estudiosos deben partir, en sus reflexiones, de estas experiencias.*

**Sr. Pereira:**

*La legislación y las declaraciones de principios quedan muy lejos de la realidad. Tratan de defender la integración, pero a la realidad concreta de los minusválidos llega muy poco.*

*Los grandes Centros deberían revisar su actuación. La pedagogía adecuada exige un tratamiento en pequeñas unidades.*

*A nivel de Estado hay mucha dispersión en cuanto a la organización y distribución de recursos. Los intereses "políticos" privan sobre la realidad misma. ¿Llegan a los minusválidos los miles de millones presupuestados para ellos? Debe haber transparencia en la administración y distribución de los fondos. Se ponen muchas trabas burocráticas para obtener subvenciones.*

**Hno. García:**

*¿Se refiere el Sr. Pereira a todos los grandes Centros de minusválidos? El Ministerio de Educación y Ciencia ha puesto en marcha unidades especiales y no se ha logrado la integración. Tal vez ha aumentado la segregación y marginación. La burocracia invade a estos Centros.*

*Debería planificarse por la Administración una política de subvenciones. Establecer el costo por unidad y entregarlo a todos los Centros, sin excluir a nadie. De lo contrario, Centros que cumplen una misión necesaria y estimada por la sociedad, tendrán que seguir pidiendo... Ciertamente, hay mucha dispersión en la distribución de los recursos.*

**Sr. Alonso:**

*Voy a exponer varios puntos.*

*Grupos o unidades pequeñas. Teóricamente pueden ser una solución válida. En la práctica no han resultado, al menos para los deficientes mentales. Falta algo fundamental: recursos económicos. Estoy de acuerdo con el Hno. García. ¿No se les*

*marginan aún más? La experiencia ha demostrado que el “boom” de las pequeñas unidades, además de muy costosas, ha fracasado. Hay falta de personal, de recursos. En Europa ya está descartada esta “solución”.*

*Recursos. En España no debería existir problema económico. En todo caso, si hay personas que entreguen su vida al servicio desinteresado de los minusválidos, los recursos vendrán. La ayuda de Dios y el testimonio de entrega darán su fruto. Incluso con medios escasos, se puede lograr mucho, si hay entrega personal, vocacionada, al minusválido.*

*Integración. Para que haya una auténtica integración tiene que darse una inserción en el trabajo. De lo contrario, se corre el riesgo de perder el tiempo.*

**Sr. Alba:**

*A pesar de las dificultades, hay que luchar incesantemente por la normalización de los minusválidos. Efectivamente, las soluciones que se dan no dan resultado. A menudo, por intereses no muy claros. Hay manipulación.*

*Deben distinguirse varios niveles entre los minusválidos, en orden a lograr la normalización e integración.*

*Los minusválidos físicos pueden llegar a la normalización. Pero el camino es largo, dadas las actitudes de la sociedad en general. Por ejemplo, cuando vamos al cine, nos miran con extrañeza. Lo mismo en los restaurantes, en los autobuses. Hay que hacer un esfuerzo por normalizar la conciencia de los ciudadanos. En muchos países ya se están haciendo verdaderos progresos en este sentido. ¿Por qué no entre nosotros?*

**Srta. Alía:**

*Aporto dos sugerencias.*

*En cuanto a los minusválidos físicos, pienso que se puede lograr una normalización en general. Se les debe introducir en los medios normales de la sociedad. Y, educativamente, que no hay diferencias.*

*En cuanto a los profundos, veo muy difícil la normalización, casi imposible.*

**Sr. Díez Cuervo:**

*La actitud de la sociedad con respecto a los minusválidos es deplorable, sobre todo con los deficientes mentales. La mentalidad generalizada es la siguiente: que se les dé todo lo que necesiten, pero que estén lejos de nosotros.*

*Las experiencias de integración han dado escasos resultados. Por ejemplo, la legislación sobre el tanto por ciento que las empresas deben reservar para dar empleo a minusválidos, la aplicación ha sido de corto alcance. En el trabajo en talleres protegidos, se ha observado que los "normales" rechazan a los minusválidos.*

*En los Estados Unidos se celebra el mes del epiléptico, con toda normalidad y participación de la sociedad. Incluso participan en concursos.*

*En España, a niveles de declaraciones y propaganda, somos triunfalistas. Pero la realidad...*

*En cuanto a recursos: por una parte, despilfarro; por otra, penuria en los Centros concretos. Se sabe que el Ministerio de Educación y Ciencia ha devuelto bastantes millones al de Hacienda, por no haber sido utilizados. Y estaban destinados a los minusválidos. ¿Qué ocurre?*

**Sr. Pereira:**

*Vuelvo sobre el tema de la normalización. En Italia han desaparecido los Centros de Educación Especial. Lo mismo en Estados Unidos. En la experiencia italiana se ve que los minusválidos conviven con los normales, atendidos por educadores competentes, con aulas suficientes y adecuados recursos.*

*En Toledo conviven unos y otros en jardines de infancia y preescolar, con apoyo de personal especializado.*

*La experiencia de educar a todos juntos es viable. Lo que hace falta es una buena organización. Acabemos con los "ghettos".*

**Sr. Sos Abad:**

*Intervengo de nuevo para llamar la atención sobre el problema de los sordomudos. Hablo desde mi experiencia de quince años trabajando con estos minusválidos.*

*He podido constatar que los sordomudos no quieren integrarse con los oyentes; quieren "su parroquia", "su colegio". En Wáshington existe la universidad de los sordomudos.*

*¿Por qué este fenómeno? Por el rechazo de los oyentes, de los "normales". Así se produce en el sordomudo un sentimiento de defensa. Como si viniese a decir: "En mi sordera*

*mando yo". Así se produce como "otra categoría de hombre". En el fondo está actuando el rechazo de los otros, que no infrecuentemente se desentienden del problema o reaccionan con la "solución" de "enviarles al psiquiátrico". Y es que la sociedad "no oye". Hay que hacer una gran campaña de mentalización. Hay mucha falta de humanidad ¡y de cristianismo! ¡Cuántos minusválidos están bien preparados! ¿Para qué? Luego no se les proporciona trabajo.*

**Moderador:**

*Creo que podemos estar satisfechos de la marcha de esta Mesa Redonda. Cáritas os agradece a todos el interés que estáis poniendo, a juzgar por las intervenciones que se han volcado sobre la mesa hasta ahora.*

*El problema de la minusvalía tiene sin duda garra para ello. Vuestras intervenciones parten de la experiencia vivida. Unos, porque pertenecéis al mundo de los minusválidos; otros, porque dedicáis vuestra vida al servicio de los mismos.*

*Hasta ahora parece que los problemas más candentes que han aflorado se centran en las bases como punto de partida, en la integración y normalización, en el sistema educativo, en los recursos y en las dificultades reales que salen al paso desde la experiencia. ¿Por qué no avanzamos? Yo sugiero el tema del asociacionismo.*

**Sr. Alba:**

*Yo pertenezco a FRATER, una forma de asociacionismo de minusválidos. No voy a exponer aquí toda su organización y finalidades; es de sobra conocida.*

*Debo constatar que la Administración favorece más al asociacionismo para psíquicos; para los físicos, poco. Y hay que reconocer que el minusválido físico no ha tenido el suficiente acondicionamiento para poderse preparar.*

*En general, las asociaciones son muchas, demasiadas y “perdidas” en tanto grupo. Se atomizan en perjuicio propio. Por ello, están en situación precaria, difícil.*

**Sr. Pereira:**

*Las asociaciones no tienen fuerza cara al futuro. Les queda un camino largo y de lucha. ¿Por qué esta perspectiva? Es que no somos solidarios entre nosotros mismos.*

*A pesar de las dificultades, el movimiento asociacionista es válido. No hay que olvidar que la Administración, cuando una determinada asociación es seria, la respeta.*

**Sr. Alvarez de Toledo:**

*Comprendo a Don Antonio Sos. Llevo muchos años trabajando con sordomudos. La integración es limitada. Hay experiencias duras. Por ejemplo, si un sordomudo se enamora de una chica normal...*

*En cuanto al sistema educativo, hay que situarse en su mundo y aplicar las técnicas apropiadas. Y entregarse en serio a sus problemas.*

**Sr. Truchuelo:**

*Llevo treinta y dos años atendiendo a los minusválidos. Y la realidad es triste.*

*La sociedad es escéptica ante el problema de los minusválidos. No somos auténticos cristianos. Para los políticos, el tema es "plataforma para otros fines". A este mundo nuestro sólo le interesa lo productivo. ¿Soluciones? Recuperar el espíritu. Donde hay espíritu cristiano, hay soluciones. No basta una mirada meramente humana. A la sociedad, más que mentalizarla, hay que cordializarla (Ver en este mismo número el artículo del Dr. Truchuelo, en el que desarrolla lo expuesto en la Mesa Redonda).*

**Sr. Garriguez:**

*Suscribo cuanto ha dicho el Dr. Truchuelo. La educación en la sociedad actual se ha convertido en un negocio. En el mundo de los minusválidos, nos encontramos con miles de personas a merced de la buena voluntad del vecino. Falta una auténtica asistencia social. Mientras tanto, grandes negocios se mueven a costa del hambre y las enfermedades. La Iglesia misma, respecto a los minusválidos, está desentendida. ¿Explica esto, tal vez, la misma crisis que la Iglesia padece? No parece saber a donde vamos. Quizás los mismos minusválidos son incapaces para ejercer la oportuna presión ante la sociedad y ante la Iglesia.*

**Sr. Boch-Marín:**

*En cuanto a la Iglesia, tal vez convenga rehabilitar la imagen de lo que significa la palabra "caridad". Pero hay que echar una mirada a la historia de la Iglesia y veremos la labor ingente que ha llevado a cabo en favor de los minusválidos. Ciertamente, con las limitaciones de cada tiempo. Pero no olvidemos que hubo épocas en que, a no ser por la labor de la Iglesia, ¿qué hubiera sido de los minusválidos?*

*Volviendo al tema de la rehabilitación del contenido e imagen de la “caridad”, hay que apuntar y subrayar lo siguiente. No basta la buena voluntad y el amor (así, sin más). Es preciso, para una atención adecuada al minusválido, la capacitación y la competencia de las personas y las instituciones cuyo fin es la atención a los minusválidos. Una Institución de minusválidos no puede ser un “almacén de niños” con los que se hace ¡lo que se puede!*

*El cristianismo, la Iglesia, ha hecho y hace mucho; pero, a la altura de estos tiempos, que no sea ocasión de escándalo, por falta de capacitación.*

**Hno. Alonso:**

*No voy a hacer una apología de la labor de la Iglesia en favor de los minusválidos. Pero hay que ser justos. A pesar de las deficiencias, se trabaja seriamente y la preocupación en los diversos ambientes eclesiales crece cada día más. Tal vez los que viven y trabajan con los minusválidos, a veces, se hayan creído “superiores” a los demás cristianos y se han aislado... del resto de la comunidad cristiana. Puede que la culpa sea de los mismos Centros.*

*En las parroquias se encuentra buena disposición. En el obispado, más bien desconocimiento. Ya está atendido por los Hermanos, se suele pensar. Puede decirse que valoran lo que se hace, pero como algo que está ahí y atendido. Por eso, no es frecuente que hablen de ello en homilías, proyectos pastorales, presupuestos diocesanos. Nuestra labor no está integrada en la pastoral de la comunidad cristiana.*

*En los religiosos/as encuentro mucha inquietud. Se acercan a nuestras obras (de San Juan de Dios) con verdadero interés.*

*A pesar de las dificultades, ya apuntadas en esta Mesa Redonda, que pueda tener la Iglesia en su labor con los minusválidos, pienso que tiene futuro.*

**Sr. Pereira:**

*Es necesario que la teología cambie su óptica sobre el sufrimiento y, en general, sobre el minusválido. De la "expiación" y de la "reparación" hay que pasar a la "participación activa del minusválido" en la obra de la realización del Reino. Durante generaciones hemos venido enfocando el tema del dolor y de los minusválidos en aquella perspectiva.*

**Sr. Delgado:**

*Miguel refleja un pensamiento teológico que quizás todavía sigue vigente en amplios sectores. Pero entre los sensibilizados ya está superado.*

*En cuanto a la acción de la Iglesia, hay que tener en cuenta que existen niveles. Quizás la jerarquía ha estado alejada de estos problemas. Ya se ha producido una reacción positiva. La creación del mismo Secretariado en la Conferencia Episcopal, es una prueba. A la Comisión Permanente del Episcopado van los informes sobre minusválidos.*

*El pueblo llano desconoce la realidad.*

*Hay congregaciones religiosas que están trabajando muy en serio y grupos de cristianos. Con sus fallos, desde luego, pero empeñados en el problema.*

*Línea de acción: integrar al minusválido como miembro activo.*

**Sr. Sos Abad:**

*Defiendo a la Iglesia. Soy testigo de la maravillosa labor que llevan a cabo los Hermanos y las Hermanas de San Juan de Dios. ¿Qué pasaría hoy si la Iglesia cerrara sus instituciones pro minusválidos? Siempre tendemos a ver los defectos y callamos las virtudes. Están dejando sus vidas ocultamente y muchos de ellos tienen sus títulos que les darían oportunidades en la vida civil. Y no lo valoramos. Esto no "es noticia" para la prensa. Sí lo son los posibles fallos, que los hay, pero no es lo más importante. En toda organización hay fallos.*

**P. Isla:**

*FRATER se preocupa del minusválido. Hay un fallo. La Iglesia (la jerarquía), no por mala voluntad, se preocupa poco de la buena marcha de esta obra. Lo mismo, la parroquia. Se contentan con saber que está ahí.*

*FRATER pide estar integrada en la Iglesia, en la comunidad local y parroquial.*

*El minusválido pide a la comunidad cristiana: CONVERSION.*

**Sr. Díez Cuervo:**

*No es que no se valore lo que hace la Iglesia, pero en concreto hay muchos fallos. Por ejemplo: asistí a una reunión de Hermanos de San Juan de Dios y pude constatar que entre ellos mismos no había convergencia de criterios; había falta de solidaridad. La Fundación San José, de Carabanchel Alto, en la que presto mis servicios, el Patrono es el arzobispo de Madrid, y tengo la impresión de que no se preocupa de ella. Por el*

*carácter de la Fundación y los terrenos de que es propietaria (y teniendo en cuenta el lugar donde está ubicada), se está dando una imagen de riqueza que, por otra parte, no se explota convenientemente.*

**Hno. Alonso:**

*Tal vez, estamos olvidando algo fundamental. El dolor es un misterio. Hemos de volver constantemente nuestra mirada al Evangelio, a Jesucristo. El luchó contra el dolor; pero con su muerte dio la respuesta definitiva al misterio último del dolor.*

*He consagrado mi vida a los minusválidos desde los 15 años. Mi fuerza ha sido Jesucristo. Las dificultades han sido muchas, pero, con su ayuda, las he superado. Y he dado sentido a mi vida. Estoy realizado y feliz. Aquí está la fuerza y la raíz para afrontar todos los problemas que se nos puedan plantear en nuestra tarea. Lo hemos olvidado; lo han olvidado los cristianos.*

*No se le puede decir a un minusválido, sin más: "Eres un tesoro de la Iglesia. ¡Cristo luchó contra la enfermedad!". Cáritas debe cambiar su vocabulario; debe luchar contra la injusticia. La palabra caridad da la sensación de "beneficencia". La Iglesia somos todos. Y todos tenemos ese compromiso; no sólo la jerarquía. En la Iglesia hay muchos carismas. Cada uno tiene el suyo. San Juan de Dios, el de entregarse a los enfermos. Y en él está la Iglesia.*

*Tal vez le exigimos mucho al obispo. Hemos de ser muy realistas y cautos en nuestros juicios. Tendemos a repartir las responsabilidades entre los demás.*

**Srta. Muñíz:**

*La Iglesia jerárquica, en general, no se compromete; se preocupa principalmente de los normales. Ahora bien; todos somos Iglesia.*

*Hemos de vivir la caridad de siempre, pero con medios modernos. Por otra parte, nos hemos profesionalizado demasiado, olvidando la humanización y la caridad.*

**Sr. Garriguez:**

*Se ha hablado mucho de la CRUZ y poco de la RESURRECCION. La cruz es báculo para seguir caminando y quitar los obstáculos. Pero vamos hacia la VIDA, la resurrección.*

*Con el amor todo se puede. En la práctica, cuando en la Iglesia hay párrocos con este espíritu, se conecta con los minusválidos. Cuántas veces en la Iglesia no se piensa en los minusválidos; por ejemplo, al construir o restaurar un templo, no se piensa en las barreras arquitectónicas ¡porque se estropea el arte de la fachada!*

*A nivel nacional, ahora estamos bien con la labor que lleva a cabo Rudesindo, con mentalidad joven.*

**Sr. Alba:**

*En la Iglesia hay muchos militantes que trabajan seriamente por y con los minusválidos. A éstos no se les critica. Quizás tampoco se les anima y esto es un fallo.*

*Se critica a los que no se preocupan. En TVE salen a hablar los obispos y los que están a niveles jerárquicos. ¿Y los*

*demás? Se están perdiendo oportunidades para acercarse a los minusválidos. Y tienen obligación de conocernos. Por ahí va la crítica.*

**Hno. Alonso:**

*Debemos ser profetas y portavoces de los derechos de los minusválidos en la sociedad. Yo enviaré a Cáritas Española algunas colaboraciones de las tareas que llevo a cabo en este sentido.*

**Sr. Pereira:**

*Quizás la Iglesia ha enfocado el problema de los minusválidos como un terreno que le disputa la sociedad civil. El mundo de los marginados y, por tanto, el de los minusválidos, no está en competencia con nadie. Hay un campo que nadie le va a disputar a la Iglesia: ser profeta de los marginados.*

**Sr. Torres Queiruga (del Consejo de Redacción):**

*Estoy de acuerdo con Miguel. Creo que está naciendo una mentalidad nueva en la Iglesia. Hay que llamar constantemente la atención de la Iglesia hacia los minusválidos.*

**P. Isla:**

*Es necesaria una mayor coordinación. Se duplican con frecuencia los servicios.*

**Sr. Delgado:**

*Se está trabajando para lograr una más adecuada coordinación. Ha habido varias reuniones para este fin. La participa-*

*ción no ha sido muy numerosa, pero se dan pasos. Se ha convenido en dedicar un día en la Iglesia española para mentalizar, mejor, como decía el Dr. Truchuelo, CORDIALIZAR. La Comisión Episcopal de Pastoral prepara un documento para esta Jornada.*

**Sr. Duque:**

*Quisiera aportar un punto que tal vez no se ha planteado aquí de una manera explícita, aunque se da por supuesto. Creo que es necesario hablar de un problema fundamental, como es el "derecho a la vida" del minusválido. En una sociedad como la nuestra, en la que la productividad, la eficacia, la rentabilidad, son los valores supremos en las relaciones humanas, no es un secreto para nadie que en áreas llamadas "avanzadas" se extiende el criterio de eliminación no sólo de nuestros mayores, porque ya no producen, sino de niños anormales. Hay muchos "holocaustos" de los que no se habla en la prensa. Y se atenta contra la vida de seres inocentes. El tema necesitaría de un estudio serio y la denuncia de una pérdida de valores fundamentales. No basta darlo por supuesto.*

**Moderador:**

*Responsabilidad de la Iglesia ante el problema de los minusválidos; teología del dolor; integración eclesial; imagen de Cáritas; asociacionismo de minusválidos; "derecho a la vida". He ahí los temas centrales que han sido objeto de nuestra reflexión en esta segunda parte de la Mesa Redonda. Todos ellos fundamentales e indicadores de la profundidad del problema de la minusvalía.*

*Una conclusión inmediata se desprende de todo ello: la necesidad de que todos nos dispongamos a trabajar por todos los medios, en la solución de todos estos problemas.*

*Cáritas ha querido contribuir, una vez más, a despertar la conciencia de todos y de ella misma.*

**Sr. Duque:**

*Agradezco muy de veras a todos los participantes su colaboración y aportaciones tan valiosas en esta Mesa Redonda. Cáritas Española recoge estas reflexiones y experiencias y se esforzará por incorporarlas a su tarea y compromiso con los minusválidos. Asimismo ofrece a todos, y especialmente a los minusválidos que han participado en este encuentro, su acogida y disponibilidad para trabajar juntos en la noble causa de la minusvalía.*

*Muchas gracias.*



# Experiencias

CARITAS DIOCESANA DE PAMPLONA

---

## CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO PARA MINUSVALIDOS FISICOS

El día 3 de abril de 1964, Cáritas Diocesana inauguraba la Escuela-Taller para Minusválidos Físicos, con CUARENTA alumnos.

Esta obra exigió un gran esfuerzo por parte de sus promotores y organizadores. La empresa no era fácil.

En la Escuela empezaron el aprendizaje de cuatro especialidades, que aún continúan ya transformada en Taller: RELOJERIA, ENCUADERNACION, ELECTRODOMESTICOS Y BOBINADO DE MOTORES, RADIO Y TV.

En el ánimo de los organizadores no estaba propiamente el Taller. Su deseo era formarlos profesionalmente con el fin de que ellos mismos se colocaran en otros talleres o bien por su cuenta.



Ante la imposibilidad de encontrar unos puestos de trabajo y ante el hecho consumado del arreglo de distintas clases de aparatos domésticos que el público llevaba a la Escuela, ésta se fue transformando lentamente en Taller, con la posibilidad de ofrecer a los minusválidos un puesto de trabajo y un sueldo que fuera lo más digno posible.

Cáritas Diocesana, ante un problema tan grave y de tan difícil solución, quiso abrir caminos nuevos, mediante la formación profesional de todos aquellos minusválidos que lo necesitaran, y quiso ofrecerles, al mismo tiempo, unos puestos de trabajo.

Hoy este Taller está reconocido oficialmente como CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO, registrado con el número 64.

El Taller está ubicado en una de las zonas más comerciales de Pamplona, entre la calle de San Antón y Plaza de San Francisco.

Actualmente trabajan en este Centro VEINTICUATRO minusválidos, distribuidos en las cuatro secciones ya indicadas.

Mensualmente reciben un salario aceptable, muy superior al salario base. Aquellos años que se ha producido algún déficit en su ejercicio económico, Cáritas ha tratado de saldarlo.

No podemos olvidar que toda disminución física limita de alguna manera la capacidad de acción de una persona y esto tiene su proyección clara en el trabajo.

Todos sabemos que, adaptando cada minusválido a un puesto de trabajo especialmente preparado para él, se conse-

guiría una alta rentabilidad. Pero ahí está precisamente el problema.

La readaptación profesional no es fácil en muchos de ellos. Las bajas en el trabajo por razones de salud son frecuentes. Todo esto hace difícil el mantenimiento de un taller de estas características.

Cáritas ha deseado y desea la promoción personal y la formación profesional de todos y cada uno de los trabajadores del Centro.

Como prueba de la competencia profesional de varios de los minusválidos que trabajan en el Centro, queremos señalar algunos premios que figuran en el archivo del Centro.

## CENTROS OCUPACIONALES PARA DISMINUIDOS SIQUICOS

Uno de los problemas que Cáritas Diocesana de Pamplona quiso tratar con preferencia fue el mundo de la subnormalidad.

Año 1973. Los subnormales en Navarra están un tanto olvidados. No hay Centros para ellos.

Cáritas intenta abrir unos senderos en este campo concreto.

El día 4 de marzo de 1974 abre el primer Centro —Centro SANTA MARIA—, para subnormales profundos, y en setiembre de ese mismo año inicia unos Centros Ocupacionales, para

disminuidos síquicos de grado medio, mayores de 16 años, que a lo largo de los años han funcionado en distintos locales.

### Centro Ocupacional “IBAIONDO”

Un edificio prácticamente nuevo, abierto en febrero de 1981, con dos plantas muy amplias y todas las dotaciones necesarias para un centro de trabajo.

Cada día acuden SETENTA chicos, con una deficiencia mental de grado medio. Sus cocientes intelectuales están entre los 35 y 70.

Entre las muchas solicitudes que llegan a Cáritas pidiendo un puesto ocupacional en el Centro, se da una cierta preferencia a todos aquellos casos que entrañan un mayor problema humano y familiar, sobre todo en el aspecto económico, ya que las plazas son limitadas.

Un problema difícil y complejo que presentan estos centros, es precisamente la búsqueda de trabajos aptos y, en cierto modo, permanentes. No es el aspecto de rentabilidad el que más interesa y preocupa, aunque también este aspecto lo consideramos importante.

Los trabajos que hoy realizan son variados: rellenar y pesar cajas de tornillos, montaje de cableados para instalación eléctrica de coches, montaje de patines, de cabezas para aspersores, decorado de platos, etc., etc.

Al principio, muchos de ellos encuentran alguna dificultad en el trabajo. Pero lo normal es que lo superen en dos o tres semanas.

La misma realización del trabajo les da poco a poco cierta facilidad y destreza para el mismo. Esto da lugar a que, pasado algún tiempo, se les ofrezca la posibilidad de realizar trabajos más complejos.

El fruto del trabajo se distribuye a partes iguales entre todos los que trabajan. Unos por otros. Sólo se descuentan los días de ausencia. Cáritas aporta los gastos generales: monitores, calefacción, agua, luz, etc.

Debemos señalar, ya que es una parte de su labor, el trabajo de limpieza del Centro que ellos mismos realizan; limpieza, que ellos estiman y agradecen cuando los visitantes reparan en ella.

La jornada laboral es normal: de 9,30 a 1 y de 3,30 a 7 de la tarde. Tres monitores les atienden en su trabajo.

Un autobús —servicio gratuito que la Cooperativa de Transportes Urbanos de Pamplona (COTUP) ofrece a Cáritas— hace cuatro viajes diarios para traerlos y llevarlos tanto al centro de trabajo como a sus domicilios.

Creemos que quienes mejor están valorando el Centro son los mismos padres. Un joven de 20 años, disminuido síquico, ¿qué hace en su casa todo el día? Un auténtico problema para él y para la familia.

Es normal oír a los padres frases como éstas: “desde que el chico va al Centro, es enteramente otro”; “siempre está pensando en el trabajo que tiene que hacer”; “se pasa el tiempo haciendo sumas y restas”; “su mayor preocupación es que no se le pase el autobús para ir al Taller”; “se pone muy alegre cuando

sus nuevos amigos le llaman por teléfono”; “cuando me trae el sobre, lo enseña con satisfacción a todos los de casa”, etc.

Estas y otras muchas frases de los mismos padres pueden reflejar de alguna manera la labor que el Centro puede realizar en este aspecto familiar.

### Centro Ocupacional “EL HUERTO”

Paralelamente al Centro Ocupacional para chicos, nace otro para chicas disminuidas síquicas, mayores de 16 años, con unos cocientes intelectuales entre 35 y 70.

El Centro para chicas está ubicado en locales del Colegio “El Huerto”, en la zona de San Juan. Fue un ofrecimiento generoso de las mismas religiosas.

Este Centro se abrió el día 1 de febrero de 1974 y hoy acoge a TREINTA Y OCHO chicas. Algunas de ellas son minusválidas físicas, formando una sección especial.

Prácticamente tiene las mismas características que el Centro para chicos, en cuanto a mantenimiento, organización, remuneración, trabajos, etc. Como es natural, en este Centro existen además algunos trabajos de corte y confección.

Su jornada laboral es de 8,30 de la mañana a 2 de la tarde.

La dirección de ambos Centros depende de una Comisión especial de Cáritas Diocesana.

Esperamos que estos Centros Ocupacionales, dentro de la legislación vigente, pronto puedan transformarse en auténticos

centros de trabajo, con su Seguridad Social y, al menos, un salario mínimo para todos.

## ANTE EL AÑO INTERNACIONAL DEL MINUSVALIDO

Para que este Año Internacional no quede en palabras vacías y refiriéndonos al aspecto laboral de los disminuidos, ya que su integración social pasa necesariamente por el puesto de trabajo, nos permitimos exponer a esta Diputación Foral:

a) Que se estudie la posibilidad de reservar un número conveniente de puestos de trabajo —ordenanzas, conserjes, etc. de Centros oficiales, Cajas de Ahorro, Museos, etc.—, teniendo en cuenta la debida proporción, para minusválidos físicos.

b) Que esta reserva se extienda asimismo a otros empleos y profesiones de estos mismos Centros, siempre dentro de unos criterios bien definidos.

c) Que se estudie la posibilidad de establecer algunos convenios con ciertas empresas, para la creación de determinados puestos de trabajo, tanto para minusválidos físicos como para subnormales de grado medio —es muy factible—, ofreciendo alguna compensación fiscal, exenciones, etc.

d) Para aquellos minusválidos físicos que no tuvieran oportunidad de un puesto de trabajo, se estudie la posibilidad de abrir Centros Especiales de Empleo, garantizando a dichos Centros una ayuda concreta que haga posible su continuidad.

e) Que la Excma. Diputación Foral promueva la transformación de los actuales Centros Ocupacionales para subnormales de grado medio en Centros Especiales de Empleo, asumiendo la responsabilidad que le corresponde.

## CARITAS DIOCESANA DE ORENSE

---

Contar una experiencia es difícil por los matices que cada día va exigiendo de pequeños cambios, presentación y realización de pequeños objetivos que van dando forma y haciendo realidad la integración del minusválido y su desarrollo personal.

Cáritas de Orense ha planteado durante varios años un estudio sobre la minusvalía. Fruto de él, hemos sacado dos conclusiones en la provincia como fundamentales:

1) No había ninguna institución en el mundo adulto que hiciese algo por ayudarles. Unos a ser cuidados como personas y otros al desarrollo integral de su empobrecida personalidad. Constatamos que apenas contaba en los programas políticos de los partidos y en las asociaciones de padres con hijos minusválidos.

2) Desarrollar una filosofía que hiciese viable el compromiso de Cáritas. Filosofía, que comprendía siempre el desarrollo de la personalidad del minusválido, atendiendo a sus propias peculiaridades. Esto nos lleva a estudios, consultas, etc.

Clasificados estos dos aspectos, planificamos así la acción con minusválidos:

Minusválidos físicos:

- Nuestra Señora de la Esperanza: grandes inválidos ancianos.
- Santa Cruz: grandes inválidos jóvenes.

Minusválidos psíquicos:

- Centro ocupacional Santa Catalina.
- Centro ocupacional As Flores.
- Centro de deficientes psico-severos: Valverde.

## RESIDENCIAS DE MINUSVALIDOS FISICOS

### Nuestra Señora de la Esperanza

Con cien habitaciones y todos los servicios y atenciones, como salas de estar, de recuperación, de trabajos manuales, etc. Está considerada por los técnicos como modélica. Se ha puesto en marcha el día 16 de julio, con 16 ancianos, incorporándose 15 nuevos ancianos cada mes, para ir adecuando casa y personal al cometido. A través de esta obra creemos que hemos conseguido una fuerte sensibilización de toda la provincia sobre minusvalía. Las tres emisoras locales, en programas conjuntos, durante diez días la prensa local y regional, la colaboración de

todos los sacerdotes y muchos grupos independientes de Cáritas y de la misma institución eclesial, han sido y siguen siendo de sensibilización y creemos de toma de conciencia. Grupos de jóvenes y matrimonios están participando como colaboradores. Esta residencia está regentada por los PP. Camilos.

### **Residencia Santa Cruz**

El estudio del inválido anciano nos lleva a plantearnos el joven inválido. Aquí proyectamos una filosofía inicial, que la realidad nos ha hecho cambiar. Inicialmente lo planteábamos como residencia centro ocupacional. Tendríamos treinta y ocho habitaciones para residentes, pero con capacidad para ochenta en centro de trabajo. La realidad se ha impuesto y es ésta: que muchos jóvenes inválidos no pueden hacer nada y son los más necesitados de atención con incapacidades totales físicas.

Hoy, esta residencia está planteada en tres secciones:

- Niños grandes inválidos.
- Jóvenes grandes inválidos.
- Jóvenes inválidos, que con sus manos pueden trabajar en joyería, relojería, manualidades, etc.

Este cambio de filosofía nos ha llevado a cambios en la estructura del edificio.

Como estructura tiene muchos espacios libres: polideportivo, piscina cubierta, biblioteca, etc.

Está regentada por religiosas Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

## CENTROS OCUPACIONALES PARA MINUSVALIDOS PSIQUICOS MEDIOS Y LIGEROS

Santa Catalina de Cornoces (centro ocupacional para hombres)

*Su filosofía.*

Tres conceptos que creemos que son fundamentales para el desarrollo integral del minusválido adulto:

- Integración laboral.
- Integración familiar.
- Integración en el medio ambiente.

a) *Integración laboral:*

El minusválido psíquico procede fundamentalmente del mundo agrario; a ese mundo nos dedicamos primordialmente, a través de granjas de ganado vacuno, cerdos, conejos y explotación de invernadero y huerta. Como trabajos supletorios: trabajos de industria (hacen transformadores) y carpintería (armarios, cajas para conejos, mesillas de noche, etc.). Por ello el chico tiene como salario cuatrocientas pesetas diarias, de las que se le cobran trescientas para residencia, manutención, etc., quedando para él cien pesetas diarias.

A Cáritas le cuesta cada chico unas mil pesetas diarias. Por los conciertos —los de beneficencia con la Diputación Provincial y los de la Seguridad Social con el SEREM— se cubre el déficit.

Cada sección de trabajo tiene un monitor.

b) *Integración familiar:*

Se constata en el minusválido psíquico adulto hombre una fuerte tensión, llegando en algunos casos a odio al padre y viceversa, y la mujer a la madre.

Esta premisa nos llevó a estas conclusiones:

— Que la Residencia estuviese dividida en grupos pequeños, donde un ama de casa diese ese clima de familia. Por eso, Cornoces tiene tres secciones muy diferenciadas, como salas de estar independientes, vivienda, etc. Sólo el comedor es común. Un educador, además del ama de casa, se encarga de este desarrollo familiar.

— Que el chico vaya, cada quince días, sábados, domingos y fiestas del pueblo, a su casa, donde, como son pocos días, es deseado por la familia y querido. Con lo que el chico refuerza su personalidad a través del cariño que ha experimentado en la familia.

c) *Integración social:*

Cornoces es un pazo impresionantemente hermoso de Galicia. Situado en un lugar privilegiado. Está enclavado en un pueblecito gallego de unos cincuenta vecinos. Estos chicos conviven con los demás vecinos como unos más. El pueblo los acoge con cariño. Les perdona algunos fallos con mucha facilidad. Van a los bares, aunque no beban alcohol, juegan a las cartas y participan de las fiestas del Patrono, magosto, mantanza, etc.

Esta experiencia en Cornoces, hace cuatro años que la venimos realizando.

*Resultado.*

Respeto y cariño entre los chicos. Desarrollo de integración del chico. Este desarrollo ha creado algún error en los padres, pensando alguno incluso que su hijo podría estudiar, aunque durante ocho años que había acudido al colegio especializado no había conseguido más que pintar la firma y deletrear, y este año se ha matriculado en formación profesional, lo que le creará un trauma. Otros padres piensan que deben ganar más, debido a que los ven más integrados, etc.

La capacidad de este Centro es de cuarenta y dos. Hay todavía sólo veintitrés chicos, para ir acomodando personal y que los chicos se vayan adaptando.

**As Flores**

Residencia de minusválidas psíquicas medias y ligeras.

La misma filosofía que el Centro de Santa Catalina de Cornoces.

– *Laboral:* invernaderos de flores; tricotado y manualidades.

– *Familiar:* cada quince días, sábados, domingos y fiestas de sus pueblos, van a sus casas.

– *Social:* la incorporación al pueblo es más complicada y parte, creemos, de estructuras sociales, que son sólo

para hombres, y por miedo (sexualidad bastante descontrolada en la mujer minusválida psíquica).

## MINUSVALIDOS PSIQUICOS SEVEROS

Está situada en Valverde-Allariz, en diez chalets unidos, con una capacidad de cinco minusválidos en cada uno. Se puso en marcha esta Residencia en octubre. Es un concierto con la Diputación Provincial. Comenzaron 16 minusválidos y el día 2 de noviembre ingresaron nueve más, por lo que hoy son 25 de los cincuenta que caben. Está totalmente dirigida por los religiosos franciscanos de la Cruz Blanca.

– *Su filosofía.* Que el minusválido adulto, que en su mayor parte estaba despreciado, escondido, atado en la familia, con pobreza física, pase a estar atendido como persona y cuidado con esmero.

– *Una preocupación asistencial.* Cuidamos que la familia se integre en la marcha. En las condiciones de admisión, se insiste en que, en fiestas populares o acontecimientos familiares, se integre por lo menos una semana en la familia.

## BALANCE

Estar muy atentos a las realidades de los minusválidos. Facilidad de pequeños cambios que ayuden, bien al desarrollo

del minusválido, bien a la integración familiar y social del mismo.

*Un criterio.* Aunque usemos nombres tales como grandes inválidos, subnormales severos, etc., tener presente e intentar desarrollar posibilidades que de alguna forma tienen todos.

*Integrar* a jóvenes, adultos, psicólogos, psiquiatras, en la tarea rehabilitadora.

## RESIDENCIA DE ANCIANOS SORDOMUDOS, DE CUBAS DE LA SAGRA (MADRID)

---

Sin duda que una de las cosas más llamativas es una Residencia de ancianos sordomudos.

Y lo es, no por ser ancianos, sino por ser sordomudos.

A 35 kms. de Madrid, en Cubas de la Sagra, de esta provincia, una Residencia, obra de Cáritas Diocesana de Madrid, está dedicada exclusivamente para estos minusválidos.

Está construida sobre una superficie de siete mil novecientos metros cuadrados, en una finca que fue propiedad de este arzobispado.

Tiene dos mil cien metros cuadrados construidos y reparados en dos plantas. Posee un salón-bar, salas de estar, salón-capilla, oficinas, peluquería... y una residencia para las diez religiosas que llevan la obra.

Son 116 camas, en habitaciones dobles y sencillas. También se ha añadido, previamente adaptado, otro edificio anexo con 22 camas más para los inválidos.

Los residentes que hay hoy son 103.

¿Por qué esta Residencia?

Por supuesto que Cáritas Diocesana de Madrid carecía de estadísticas sobre este problema; sabía y conocía casos, pero nada más.

Es posible que haya sido más la intuición que el convencimiento de la realidad objetiva, la que haya abierto la solución o el intento de solución.

Sabíamos, por ejemplo, que el mercado de Legazpi, en Madrid, era un centro y punto de referencia donde los sordomudos trabajaban en situaciones infrahumanas, para mantener la propia supervivencia o la de los suyos; por supuesto que eran maltratados y estaban peor pagados. Muchos terminarían o terminaron sus días en hospitales psiquiátricos.

También sabíamos que esta era la forma de trabajar en otros campos; que muchos vivían en familia, pero como personas de segunda categoría, por su abandono; que en los pueblos son el hazmerreír de todos, el inútil de la familia y de quien todos abusan, con el añadido infausto de que también tienen necesidad de comer y han de hacerlo.

Por otro lado, existía y se conocía una institución religiosa femenina dedicada a la formación de los sordos (como prefieren ser llamados ellos siempre); son las religiosas Terciarias Franciscanas.

En Madrid también hay una asociación pro-sordomudos, ASPAS, que se interesó por la obra y, en cuanto estuvo de su parte, la apoyó proporcionando datos y situaciones concretas de los minusválidos a que hacemos referencia.

Estas circunstancias impulsaron a Cáritas de Madrid a poner manos a la obra.

### ¿Cómo?

La plasmación de tal anhelo no fue fácil; el costo era grande y cubrir las necesidades específicas de sus ocupantes no iba a resultar sencillo. Ambas cosas, sin embargo, se solucionaron más fácilmente de lo que en un principio se pensó.

El coste total de la obra fue calculado en 37 millones de pesetas, que de hecho se duplicó hasta llegar a la cifra de 75 millones. La explicación radica en que las obras se empezaron en 1973, año de la gran crisis, que aún padecemos.

También es cierto que los préstamos fueron a largo plazo y muy generosos en el aditamento de las ayudas necesarias para culminar lo empezado.

Otro problema que fue necesario resolver era la adaptación del edificio a sus usuarios.

Aquí hemos de reconocer que los técnicos, con grandes innovaciones, colmaron las ilusiones y esperanzas, tanto de los internos como de quienes eran responsables de su construcción y de su puesta en marcha eficaz.

Se mantenía, evidentemente, todo lo necesario en una Residencia de personas mayores: número bajo y apropiado de internos, facilidad de movimientos, fácil convivencia y conocimiento mutuo de los internos, vigilancia y ayuda eficaz ante cualquier emergencia, personal cualificado y necesario, etc.

Las innovaciones surgieron en los campos de la comunicación y de la intercomunicación.

La lógica enseña que, para los no sordos, el vehículo más usual de comunicación es la palabra o el ruido agradable que la sustituye al menos simbólicamente. Para los sordos, por el contrario, no es utilizable este medio, pues, aunque en el deseable mejor de los casos hablaran, nunca serán escuchados y, por tanto, las palabras o los ruidos no tienen razón de ser.

La lógica y la realidad provocaron la creación de llamadores, avisadores y comunicadores OPTICOS. La función que no pueden desempeñar la voz y el ruido, lo hace la luz y el ojo humano. Así, éste se convierte en el instrumento más apto para su intercomunicación y la relación con el mundo normal.

Estos instrumentos están situados en las habitaciones, servicios, pasillos, etc.; donde son necesarios.

¡Gran paso el dado para estos minusválidos!

### **Una denuncia para la sociedad**

La acción más fuerte e interesante de esta Residencia es posible que resida en algo que sólo puede ser conocido si se dice: la denuncia. Sí; una gran denuncia a nuestra sociedad egoísta y puramente consumista.

Quiere ser una denuncia para una sociedad que maltrata a todos los minusválidos, que desecha o abandona a estas personas sin darlas ninguna respuesta a su minusvalía.

Aunque no de forma clara ni casi eficaz, el Estado empieza a responder a este reto social y, para ello, ha contratado varias plazas, para sordos, en esta Residencia, con cargo a la Seguridad Social.

Bien es verdad que sólo hace esto y sin dar más pasos para mejorar su calidad de vida, ayudarles antes de llegar a ancianos, colaborar con sus familias...

La mejor ayuda y el paso más importante sería dotar a todos estos minusválidos, sin discriminación alguna, de seguridad social, pensiones o ayudas económicas, y de manera más importante a los que han trabajado y sus patronos no pagaron sus seguros... ni el sueldo justo.

Para el ingreso en la Residencia sólo es necesario tener sesenta años y ser sordomudo. El dinero... Dios dirá, cuando ellos o sus familias no puedan aportar nada o solamente aporten parte.

### ¿Quiénes son y de dónde vienen?

Pasamos al campo frío de las estadísticas.

Son hembras el 57,28 o/o (59) y varones, el 42,71 o/o (44); son solteros el 64,07 o/o (66); casados, el 4,85 o/o (5); viudos, el 31,06 o/o (32).

Otro dato a considerar y sobresaliente es que el 60 o/o de las provincias españolas (30) están presentes o tienen representación en esta Residencia. Y de las regiones o países españoles sólo está sin representar Cataluña.

La mayoría de los residentes, lógicamente, la ostenta Madrid, con el 23,30 o/o (24).

Otra coordenada nos dice que el 85,46 o/o ha nacido en los pueblos de las provincias a que pertenecen, lo cual viene a demostrarnos y explicarnos, al menos en parte, el abandono de la familia, la incultura, la soledad, la falta de trabajo... de estas personas.

Sólo el 14,54 o/o (15) ha nacido en alguna capital.

Apoyados en la coordenada anterior se explica que el 27,18 o/o (28) tenga como causa de su ingreso la soledad; el 28,15 o/o, el abandono, correlativo al dato anterior; la falta de espacio en la vivienda, la débil economía, la enfermedad de los familiares, etc. o las así llamadas genéricamente razones familiares, y éstas son algunas, el 25,24 o/o (26); otras causas, el 19,41 o/o (20).

Los datos anteriores confirman, al contrario, la procedencia rural de los internos.

Cabe preguntarnos también qué profesiones o trabajos tuvieron antes de ingresar.

Trabajaban sólo el 55,97 o/o (56); el 44,03 o/o (47) restante, no tenía ninguna ocupación.

De los que trabajaban, sólo el 7,79 o/o (8) tenía una profesión, entendiendo por ésta un oficio; del 47,18 o/o (48), sólo el 5,82 o/o (6) trabajaba como jornaleros; agricultores, el 5,82 o/o (6); ejercían sus labores, el 19,31 o/o (20).

Las profesiones ejercidas son de lo más heterogéneo: zapateros, costureras, electricistas, albañiles, etc.

Como último dato —y por ser el más humano—, queremos dejar constancia de quiénes son los que se preocupan de estas personas minusválidas cuando ya están ingresadas.

Antes de ingresar, son muchos los que están preocupados... Pero sólo porque el ingreso se produzca rápidamente, sin apenas interesarles el cómo, para hacer hincapié sólo en el cuándo.

Hay dos datos que llaman la atención: son sus hermanos los que siguen preocupándose, para un 29,12 o/o (30), y esto se explica porque son solteros el 64,07 o/o; para el 26,21 o/o (27)... usted y yo desde largo y las religiosas desde cerca.

Son de estos últimos hombres y mujeres que están solos y además no podrán oír nunca nada... de quienes no se preocupan.

En esta escala de preocupaciones, el tercer lugar lo poseen los hijos, con un 21,35 o/o (22), ya que son viudos o casados el 35,91 o/o (37) de los internos.

Para finalizar, sólo hacer ver que hay un 4,85 o/o (5) de personas que nada tienen que ver con estos minusválidos y, sin embargo, cuidan o han cuidado de ellos, pero que es necesario con tener un tope tal de ayuda que no deje a nadie solo.

Son hermanos a los que debemos oír todos.

## SEXO

Varones . . . . .	44	42,71 o/o
Hembras . . . . .	59	57,28 o/o

## ESTADO CIVIL

Solteros . . . . .	66	64,07 o/o
Casados . . . . .	5	4,85 o/o
Viudos/as . . . . .	32	31,06 o/o

## CAUSAS DE INGRESO

Soledad . . . . .	28	27,18 o/o
Razones familiares. . . . .	26	25,24 o/o
Abandono o similares . . . . .	29	28,15 o/o
Otras . . . . .	20	19,41 o/o

CUIDAN Y SE PREOCUPAN  
DE LOS INTERNOS

Hijos . . . . .	22	21,35 o/o
Hermanos . . . . .	30	29,12 o/o
Sobrinos . . . . .	13	12,62 o/o
Primos . . . . .	4	3,88 o/o
Hermanastros . . . . .	2	1,94 o/o
Otros . . . . .	5	4,85 o/o
Nadie . . . . .	27	26,21 o/o

## TRABAJARON

Sus labores .....	20	19,41 o/o
Agricultor .....	6	5,82 o/o
Obrero jornalero .....	6	5,82 o/o
Empleada de hogar .....	6	5,82 o/o
Zapatero .....	3	2,91 o/o
Limpiabotas .....	3	2,91 o/o

## PROFESION

Zapatero .....	2	
Costurera .....	2	
Conductor .....	1	
Electricista .....	1	
Albañil .....	2	7,79 o/o

SIN PROFESION .....	48	47,18 o/o
---------------------	----	-----------

## ANTES DE INGRESAR

Trabajaban .....	56	55,97 o/o
No trabajaban .....	47	44,03 o/o

Nacidos en capital de provincia .....	15	14,54 o/o
Nacidos en pueblos .....	88	85,46 o/o
Nacidos en Madrid-capital y pueblos .....	24	23,30 o/o

Provincias españolas repre- sentadas en la Residencia .....	30	60,00 o/o
--	----	-----------

PROVINCIAS ESPAÑOLAS  
CON REPRESENTANTES EN LA RESIDENCIA

Albacete . . . . .	1	0,97 o/o
Almería . . . . .	1	0,97 o/o
Avila . . . . .	7	6,79 o/o
Badajoz . . . . .	1	0,97 o/o
Burgos . . . . .	6	5,82 o/o
Cádiz . . . . .	1	0,97 o/o
Ciudad Real . . . . .	6	5,82 o/o
Cáceres . . . . .	4	3,88 o/o
Córdoba . . . . .	1	0,97 o/o
Granada . . . . .	1	0,97 o/o
Guadalajara . . . . .	2	1,94 o/o
Guipúzcoa . . . . .	1	0,97 o/o
Jaén . . . . .	3	2,91 o/o
León . . . . .	1	0,97 o/o
Lugo . . . . .	1	0,97 o/o
Madrid . . . . .	24	23,30 o/o
Murcia . . . . .	2	1,94 o/o
Orense . . . . .	2	1,94 o/o
Oviedo . . . . .	3	2,91 o/o
Palencia . . . . .	3	2,91 o/o
Salamanca . . . . .	5	4,85 o/o
Santander . . . . .	1	0,97 o/o
Segovia . . . . .	8	7,79 o/o
Soria . . . . .	3	2,91 o/o
Teruel . . . . .	1	0,97 o/o
Toledo . . . . .	7	6,79 o/o
Valencia . . . . .	1	0,97 o/o
Valladolid . . . . .	1	0,97 o/o
Zamora . . . . .	1	0,97 o/o
Procedencia desconocida . . . . .	2	1,94 o/o

## LA FRATERNIDAD CRISTIANA DE ENFERMOS Y MINUSVALIDOS

---

### Situación de la Fraternidad

Una experiencia vital dentro de la Iglesia es la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos.

Decimos *experiencia*, porque la Fraternidad no es una teoría sino que parte de una experiencia vivida durante 39 años; y decimos *vital*, porque procedió en sus orígenes y continúa a través de la *vida* de los propios enfermos y minusválidos; y *vital*, porque mira a la vida en positivo, en superación y lucha contra el dolor.

En el año 1942, en un hospital de Verdún (Francia), brotó esta experiencia. El P. Henri François, él mismo enfermo, en contacto con otros enfermos, promovió la unión, comunicación y deseo de Vida. Todo ello caldeado a la luz del Evangelio.

De aquel primer grupo de minusválidos surgió la idea apostólica de la Fraternidad como Movimiento de enfermo a enfermo. El nombre, aprobación y jerarquización de aquel primer grupo fueron pasos sucesivos.

Se da la circunstancia providencial siguiente: la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos nació precisamente en plena segunda guerra mundial (1942) y justamente en aquella ciudad que se hizo tristemente célebre en la primera guerra mundial, por la horrenda batalla de Verdún. Un gigantesco monumento testimonia en aquel lugar los millares de cadáveres que yacen allí. La guerra destruyó personas. La Fraternidad brota allí mismo con la idea, a través del amor, de reconstruir las personas de los enfermos y minusválidos.

Este Movimiento, que nació en Francia, se extiende al poco de nacer por otros países de Europa; prácticamente funciona en todos los países occidentales europeos.

De España saltó a América en 1965 y existe la Fraternidad en once repúblicas latinoamericanas, en el Estado de Texas (USA) y en Canadá.

El Zaire, Madagascar, Camerún y San Mauricio son países africanos en donde la Fraternidad está también organizada. Igualmente hay también algún brote en Oceanía.

Fijándonos más en particular en España, este Movimiento de minusválidos está establecido en 43 diócesis. Pero, en realidad, de verdad, ¿a cuántos minusválidos de nuestro país llega la acción apostólica de sus militantes? A más de 18.000 podemos considerar como miembros de la Fraternidad. Pero el número a los que llega la acción de la Fraternidad es mucho más

numeroso, por el ámbito de sus múltiples actividades a través de Equipos de responsables y Comisiones.

Es lema en la Fraternidad como Movimiento: “Un mínimo de estructura y un máximo de espíritu”.

Este mínimo de estructura parte de un Equipo base de enfermos o minusválidos comprometidos a llevar la vida de promoción e integración a todos los enfermos y minusválidos de su zona o sector. La orientación y coordinación de estos Equipos base se hace a través de un Equipo Diocesano. Los Equipos Diocesanos funcionan coordinadamente por medio de Equipos Regionales y éstos por el Equipo Nacional.

Aunque la Fraternidad está dirigida por los propios minusválidos, en los Equipos a distintos niveles y en toda su gama de actividades, están, junto a los minusválidos, como unos más de ellos, amigos sanos, generalmente llamados colaboradores, que ayudan y suplen lo que muchos minusválidos no pueden físicamente realizar por sí solos.

Al ser la Fraternidad un Movimiento de Iglesia, cuenta también con el Consiliario, como representante de la jerarquía y especial animador de la vida de fe del Movimiento.

La Asamblea Nacional, representación de todas las Fraternidades diocesanas y regionales, es el órgano que toma los acuerdos oportunos para la consecución de los fines del Movimiento. El Equipo Nacional es como el ejecutivo de las decisiones tomadas en la Asamblea.

Aproximadamente, la misma estructura funciona a nivel internacional. El órgano supremo: el Comité Internacional, representación de las Fraternidades Nacionales. El Equipo

Internacional, elegido en el Comité Internacional, tiene la misión de la promoción del Movimiento a escala mundial.

Una representación de este Equipo Internacional está en conexión en Roma con el Consejo de Laicos, como Movimiento de Apostolado Seglar.

La Fraternidad española está inserta en la rama de adultos del Apostolado Seglar y en estrecha relación con la Comisión de Pastoral Sanitaria, en la que hay varios Delegados diocesanos que son Consiliarios de la Fraternidad, y en una diócesis este puesto lo ocupa una minusválida, miembro de la Fraternidad.

### Finalidad y objetivos

Hasta aquí hemos hablado de lo más externo de la Fraternidad; vamos a adentrarnos en su esencia interna.

Por el fin se conoce la esencia de las cosas. ¿Cuál es el fin de la Fraternidad? Como fin último, al ser Movimiento apostólico de la Iglesia de Jesucristo, no puede ser otro que el que El mismo señaló a los Apóstoles: “Anunciad el Evangelio a toda criatura”. ¿Qué Buena Noticia hay que anunciar? “Estas cosas os mando: que os améis los unos a los otros...”. Este anuncio, ¿cómo se realiza en concreto en la Fraternidad? Son ellos, los mismos enfermos y minusválidos, los que realizan con su vida y presencia, con su propia responsabilidad, junto a sus otros *amigos*, los pasos reales de ese amor hecho obra. Ellos consiguen, a través de la amistad (sin amor no hay acción promocional auténtica), que salte la chispa de la vida hacia los otros minusválidos con los que establecen contacto y así juntos comienzan a caminar, brota en ellos el deseo de vivir como los demás, descubren sus posibilidades.

En este caminar juntos tropiezan con dificultades de tipo psicológico, familiar, social. Todas estas dificultades las van venciendo con la fuerza de ese amor hecho vida en ellos.

De esta manera, el fin último de la evangelización que indicábamos al principio, se concreta en el fin inmediato, que en los Principios Fundamentales de la Fraternidad se formula de esta manera: “La Fraternidad pretende el desarrollo integral de sus miembros” y “La Fraternidad contribuye a que sus miembros se incorporen activamente a la sociedad”.

Estos dos puntos de los Principios Fundamentales son dos aspectos de la misma realidad: la persona total del minusválido, hoy, aquí y en apertura hacia el último fin trascendente.

Cuando, codo a codo, luchando siempre con las armas del amor fraterno, los minusválidos miran la vida, miran a los hombres de la sociedad, miran a Dios, con una luz positiva y se sienten ellos portadores de derechos como los demás ciudadanos de la sociedad civil y eclesial, y, al mismo tiempo, son conscientes de sus obligaciones como ciudadanos e hijos de Dios, entonces podemos decir que la Fraternidad va consiguiendo su finalidad.

### Objetivos prioritarios

Aunque los objetivos prioritarios son variables según la índole de los tiempos y los países en donde la Fraternidad se desarrolla, sí podemos señalar como un objetivo prioritario de toda circunstancia histórica la *persona del enfermo y minusválido*.

Es la persona, *toda* la persona, la que hay que salvar y elevar. Este objetivo siempre será prioritario por encima de toda acción concreta, psicológica, cultural, laboral, mentalizadora, reivindicativa, etc.

Un punto de arranque en la Fraternidad es partir de la realidad de cada minusválido, hacemos conscientes de nuestras propias limitaciones, pero no detenemos en ellas, sino ahondar en nosotros mismos y descubrir todas nuestras posibilidades, que son muchas.

Por lo tanto, la ideología positiva de la Fraternidad se opone al dolorismo, que valora el sufrimiento en sí como un bien sobrenatural, combate todo resabio de filosofías masoquistas y expiatorias que, por desgracia, tanto han abundado en la pastoral de enfermos, de la Iglesia, en épocas anteriores.

Por el contrario, la Fraternidad, basándose en el Evangelio, mete en el minusválido un deseo de comunicación, de entrega desinteresada a los demás, le contagia un impulso de desarrollo cultural y una inquietud de ser útil en la sociedad con una preparación al trabajo.

En esta misma línea de objetivos prioritarios está la dinámica social comprometida en toda la problemática de los enfermos y minusválidos que tenemos por delante: barreras arquitectónicas, discriminación legislativa, deficiencias sanitarias..., *barreras de todo tipo*.

### **Métodos de ayuda y promoción**

Para conseguir los objetivos y vencer las dificultades enumeradas, la Fraternidad emplea todos los métodos aptos dentro de su propio espíritu. Señalaremos los más importantes:

El contacto personal de enfermo a enfermo es la acción más eficaz. Efectivamente, el contacto produce conocimiento; el conocimiento, amor; y amándonos viene la ayuda desinteresada y, consecuentemente, la promoción de las personas.

Igualmente, el contacto colectivo en convivencias de diversos géneros es un método que fomenta mucho el sentido solidario y la apertura. Entre estos contactos colectivos, podemos indicar las colonias de verano, organizadas por la Fraternidad, que dan generalmente muy buen resultado.

En toda actividad de la Fraternidad, ya sean reuniones de Equipo, convivencias recreativas o formativas, cursillos o jornadas de estudio, etc., un principio fundamental es emplear siempre la pedagogía de la resurrección y de la formación en la acción.

### Algunos testimonios concretos

Es imposible resumir en dos palabras los testimonios concretos de personas con nombres y apellidos que, por medio de la Fraternidad como trampolín, han conseguido lanzarse a la vida y salir de la oscuridad a la luz, y ser hoy unos ciudadanos más en la sociedad.

Como muestra, podemos recordar tres tipos concretos de integración:

★ Una joven invidente, totalmente hundida y aislada entre las sábanas de su cama, no quiere vivir, no quiere trato con nadie. La Fraternidad la saca de su aislamiento dándole amistad y deseo de vivir. De aquí empieza a caminar, a comunicarse, aprende a leer con el método braille, consigue un tra-

bajo de telefonista. La que hasta entonces era “la inútil” de la familia, mantiene durante un buen tiempo a los suyos. Hoy día está casada, lleva adelante su hogar y su trabajo. Siendo ciega, ve una luz y una esperanza.

★ Otra joven camina con sus dos bastones, pertenece a una familia sencilla, trabajadora, que jamás habían pensado que su “pobre hija inválida” pudiese hacer otra cosa que estar en casita todo el día con ellos. Hoy día, a través de la vida que ha recibido en los contactos y actividades dentro del Movimiento, está esperando un puesto de trabajo como tantos españoles. Pero ¿qué puesto de trabajo? Pues un puesto de trabajo para una ilicenciada en leyes...!, ya que esta joven, que apenas sabía las cuatro reglas a sus 20 años, hizo el bachillerato y la carrera de Derecho, con muchos esfuerzos, gracias a la animación vital en Fraternidad.

★ Este es un muchacho, también con dos bastones. Cuando veía a las chavalas, a sus 18 años, con su instinto normal de hombre joven, las contemplaba como “fruta prohibida”; jamás podía él, así lo pensaba, acercarse a alguna de ellas para “ligar” y menos para casarse... Una lucha continua, ayudado por los amigos en la Fraternidad, aquel utópico deseo se hizo realidad. Encontró un trabajo en una fábrica, pudo conseguir un coche adaptado, tener muchos amigos y... lo que más anhelaba: ha formado un hogar con otra minusválida, son muy felices y como fruto de este amor tienen dos preciosas criaturas más sanas que unas manzanas.

Por todos estos casos y muchísimos más que se nos quedan en el tintero, la Fraternidad concretiza en personas con nombres y apellidos la ideología que hemos tratado de esbozar. Verdaderamente la Fraternidad, como Movimiento de VIDA, no

consigue dar la vista a aquella joven, no consigue que arroje sus bastones la minusválida licenciada en Derecho, ni tampoco consigue que el “romántico” muchacho camine con normalidad, pero sí *logra* que estas personas, con sus limitaciones, lleguen a ser unas personas enteras que miren hacia Arriba y a su alrededor con amor y confianza.



## APROSUBA, UN EJEMPLO DE TESTIMONIO CRISTIANO

---

La Asociación Protectora de Subnormales de Badajoz —APROSUBA— es continuación de APRODEBA, que funcionó desde 1967 a 1972. A partir de tal fecha, una vez tramitados los requisitos legales pertinentes y superada la crisis interna de la antigua asociación con la constitución de la nueva Junta, las siglas de la asociación se extienden por toda la geografía provincial como el fermento que ha de remover y plantear el tema de los subnormales.

Se pide ayuda a cuantos estén dispuestos a cooperar en la defensa de unos derechos humanos, cuya puesta en práctica es una exigencia de estricta justicia. Se moviliza a las familias afectadas, para que en todos los pueblos de la provincia, no importa que sean grandes o pequeños, se constituyan asociaciones de padres. Existe el convencimiento de ser la única forma viable de ir progresivamente solucionando el problema, que se presenta largo, penoso y complejo.

En la actualidad cuenta APROSUBA con once asociaciones. Cada asociación es autónoma, con libertad de acción dentro de su ámbito comarcal, aunque federadas a escala provincial, con objeto de unificar criterios y potenciar la puesta en práctica de sus fines específicos. Sus relaciones recíprocas han estado guiadas siempre por un espíritu solidario y constituyen un caso realmente notable por estas tierras, tan propensas a la dispersión y a las luchas taifas en cualquier actividad. Se hallan también federadas con las asociaciones de Cáceres, en instituciones con carácter regional e integradas en los organismos nacionales de este tipo de asociaciones. La estructura de su organización ha permitido que APROSUBA no sólo haya sido originariamente un proyecto provincial, sino que en sus logros y sus fracasos, en todas sus realizaciones, ha tenido una dimensión provincial y que haya sido incluso imitado el asociacionismo de este tipo.

Contó siempre con el apoyo popular en sus múltiples y diversificadas apariciones públicas, cuya motivación fue siempre sensibilizar la opinión pública en pro de los subnormales. Postulaciones, nacimientos en Navidad, tómbolas, competiciones deportivas, funciones teatrales, propaganda en los medios de comunicación social, han puesto de manifiesto el espontáneo apoyo del pueblo. El diario regional "Hoy" concedía el título de popular del año ochenta a la asociación, por su defensa de los derechos humanos, en la persona de su presidente el teniente coronel don Luis Miguel Fernández Fernández.

Desde sus comienzos se convierte en representante cualificado y portavoz de las necesidades, proyectos e inquietudes de los subnormales, ante los diversos organismos de la Administración Pública. Reconoce la disposición favorable que encontró en las autoridades en los diversos organismos, sin cuya ayuda y a pesar del apoyo de la población, no hubiera

podido realizar su meritoria labor. No significa ello que la asociación no haya tenido que protestar públicamente por las situaciones de agobio por las que ha de atravesar de forma permanente en el sostenimiento de sus centros, abiertos a todos sin excepción. Tampoco significa que los organismos competentes presten las ayudas que están a su alcance y que debieran.

Las realizaciones conseguidas hasta la fecha han llenado vacíos existentes y, por ello, cumplen funciones sociales altamente valiosas. Ha creado centros de educación especial por toda la provincia, de modo preferente en las cabeceras de comarca, si bien aún existe un fuerte déficit, tanto en cantidad como en calidad, e incluso hay comarcas donde aún no existen asociaciones. Se han puesto en práctica algunos centros de trabajo protegido; ha realizado constantes campañas de mentalidad social, centros de orientación y seguimiento; ha prestado ayudas individuales, en la medida de sus posibilidades, con el personal de que dispone; atiende a todos sin excepción, para ayudar, estimular y orientar.

Desde el principio se dibujó como la obra social de Badajoz y así lo confirma su trayectoria. Tomando como punto de partida 1972, el nivel de atención en el campo escolar era inferior a la media nacional y, según las estadísticas de que hoy disponemos, se ha superado tal media.

En las inversiones y subsiguientes realizaciones que, tanto por la Administración Pública como por diversas entidades, se han logrado llevar a cabo, APROSUBA ha sido un factor muy importante. Se ha demostrado su capacidad de gestión y eficacia en el aprovechamiento de los recursos de que dispone. Por su trayectoria, bien merece ser objeto de dotaciones generosas, con objeto de eliminar la permanente crisis por la que pasan

sus centros, por falta de medios, para su sostenimiento. Ejemplos de ello podríamos citar muchos, pero baste con el Centro de Trabajo protegido “Nuestra Señora de Botua”, de Badajoz, que, necesitando diecinueve millones para su normal desenvolvimiento, cuenta con doce, teniendo en cuenta todas las financiaciones que, por los diversos conductos, puede recibir.

Se ha visto forzada a ceder creaciones propias a la Administración, por la imposibilidad de financiar sus costes, cuando, de haberse continuado la gestión por APROSUBA, se hubiese multiplicado su eficacia y ahorradas enormes cantidades de dinero al Estado. Es de urgente necesidad que las ayudas oficiales se planifiquen de forma sistemática, para evitar la permanente provisionalidad y el constante peligro de cierre.

Sin exageraciones de ningún tipo, los estudios más serios hasta la fecha y no sólo los más adaptados a las necesidades reales han sido realizados por las asociaciones de APROSUBA. El Libro Blanco que sobre Educación Especial ha confeccionado la Junta Regional de Extremadura, asume los estudios y proyectos que la asociación tenía realizados, y el personal directamente vinculado con la asociación tuvo un papel realmente importante en tal documento, hasta hoy simple declaración de buenas intenciones.

No pretende convertirse en protagonista única y exclusiva. Han intervenido ayudas anónimas y desinteresadas, donaciones de particulares, entidades y personas de las más variadas capas sociales, Cajas de Ahorros de Badajoz, Caja de Ahorros Rural, ayuntamientos, Diputación, medios de comunicación social, el diario “Hoy”, etc. Pero APROSUBA tiene conciencia de haber sabido emplear tales ayudas unificando criterios y aunando voluntades que han posibilitado un cierto avance en

los distintos frentes, en los que se exige un permanente estado de vanguardia.

Tampoco canta triunfalismos, pues tiene plena conciencia que el tema de los subnormales no se halla ni a medio resolver y, desde algunas dimensiones, ni siquiera planteado. Baste como prueba de ello citar con números sólo aproximados que de 6.500 deficientes psíquicos sólo se hallan atendidos 1.500. Se hace necesario no ya proseguir, sino intensificar una campaña permanente como algo pendiente y sin concluir. Es algo en estado de misión todavía.

Los argumentos a emplear en defensa de la causa han revestido y han de tener parecidas características: son derechos humanos reconocidos internacionalmente, sancionados por la Constitución y una exigencia del Evangelio de Cristo, hoy sancionados de forma expresa por Su Santidad Juan Pablo II.

Punto clave en la defensa de esos derechos, sagrados e inviolables en terminología del Papa, según los presupuestos en que se mueve APROSUBA, lo han de seguir siendo los padres, como directamente defensores de unos derechos por los que han de estar dispuestos incluso a arriesgar cuanto fuere necesario, pero agrupados en asociaciones. Es casi un postulado en orden a la acción concreta que sólo por la unión podrá contarse con la capacidad necesaria para presionar ante quien sea y ante quien proceda. No se puede tampoco olvidar que las asociaciones son un cierto modo de ayudarse mutuamente, en muchos casos es imprescindible e incluso diríamos mejor que siempre, porque es un problema que desborda la capacidad familiar en todos los casos. Por otra parte, olvidando la dimensión familiar en el problema de los subnormales, es un error tremendo, que las

asociaciones no pueden cometer, y por donde se presenta un campo inmenso, apenas planteado siquiera.

Por ello, APROSUBA es una asociación abierta que pide ayuda a todos. Ello no es retórica, sino el simple convencimiento, manifiesto en la experiencia, de que si alguna fuerza tiene lo es por su garra popular, por las colaboraciones desinteresadas que recibe, por ser transparente en sus fines y en sus medios, por defender una causa justa y de profundo sentido cristiano.

A todos quiere llevar el convencimiento de que pueden ser útiles, porque colaborar con estas asociaciones sólo exige buena voluntad. No todos pueden dar millones ni todos tienen tampoco los medios técnicos que se exigen, pero sí todos pueden ayudar en la medida de sus posibilidades. Pegar sellos, asistir a los actos que se convocan, por ejemplo, es una forma de cómo se puede participar en este movimiento, que necesita también ser entendido como un imperativo del ser cristiano, aun en el supuesto de ser de tercera categoría, si es que hay cristianos de tal clasificación, porque católicos son sus protagonistas.

Desde una perspectiva cristiana, y mejor aún eclesial, las diversas organizaciones de apostolado pueden y tienen que jugar un papel de suma importancia. Ante todo, vivificarlas de sentido cristiano, que producirá frutos admirables como fermento que espiritualice todo el ambiente, tan propicio al desaliento. Se ofrecen unas posibilidades pastorales que no se debieran desaprovechar por estrictos imperativos de la fe católica.

Para esta causa se necesita mentalizar a niveles individuales y colectivos; pero ello es nada si no se cordializa también. No me resisto a citar a Gracián: “Poco es conquistar el entendi-

miento si no se gana la voluntad”. No creo sea necesario comentario, para ver que el campo y las posibilidades que se abren desde una óptica de apostolado son inmensas y casi inéditas.

No hay duda que pueden existir otras vías de actuación cristiana, que de hecho existen, pero ésta de las asociaciones también está ahí y sólo exige buena voluntad para participar en ella, porque APROSUBA es un ejemplo de testimonio cristiano, aunque formalmente no se halla vinculada a ningún tipo de organización eclesial.



HOGAR DON ORIONE  
(CENTRO PARA SUBNORMALES PROFUNDOS,  
EN MADRID)

---

Vamos a hacer una exposición sencilla y detallada de las características que singularizan al niño oligofrénico profundo. Porque los niveles más profundos de la oligofrenia inscriben diferencias sustanciales y diversas del resto de la población deficiente, y en ellas se origina la especialización del Centro. Pero antes conviene poner de manifiesto en lo que *no* se diferencian. El niño deficiente profundo es deficiente como todos los deficientes y es niño como todos los niños. Es decir, *ponemos de manifiesto la identidad humana irrevocable de estos niños*, así como el desamparo al que se ven abocados por diversos accidentes de la naturaleza. Es esta doble condición la que les ha hecho objeto del trabajo de la Orden Orionista. La Pequeña Obra de la Divina Providencia, fundada por el Beato Don Luis Orión, orienta su sensibilidad al sufrimiento y muy especialmente al sufrimiento de aquellas personas que, por contradicciones sociales vigentes, se encuentran más gravemente

desasistidas. Por un sentido de justicia, de caridad, que tiene profunda raigambre en el Evangelio de Cristo Jesús, el Beato Don Luis Orione escribió: “En el nombre de la Divina Providencia he abierto mis brazos y mi corazón a sanos y enfermos de toda edad, de toda religión, de toda nacionalidad. A todos hubiera querido dar, con el pan para el cuerpo, el divino consuelo de la fe, de una manera especial a nuestros hermanos afectos por el sufrimiento y por el abandono”.

El niño oligofrénico posee hondas necesidades afectivas, cuya satisfacción se ve alterada por sus limitaciones intelectuales. Esto afecta centralmente a su desarrollo. La deficiencia inhibe, desde su aparición, la relación a través de la que el niño se va a nutrir afectivamente. Tanto porque su capacidad receptiva queda empobrecida, cuanto porque empobrece asimismo su propio medio humano. Espontáneamente se sonríe menos al niño que no sonríe, o se habla menos al niño que no habla. Este fenómeno condiciona el marco o fondo sobre el que se van a desarrollar todas las actividades. Se trata de crear un ámbito materno que rompa decididamente esos circuitos inhibitorios. Por eso, el Centro se denomina Hogar, sin pretender, por ello, suplir enteramente a la familia. En los oligofrénicos profundos estas dificultades relacionales producen con frecuencia serias perturbaciones en la atención, aislándose y buscando en compensación múltiples formas autoestimuladoras, como balanceos o sonidos repetitivos. Son defensas que les caracterizan y que dificultan su evolución.

Pero desde siempre *lo más destacado del oligofrénico profundo ha sido su marcado retraso en la adquisición de los hábitos más básicos de autonomía*. Por ello, el Centro es, en primer lugar, un Centro asistencial. Hay que ayudar a los niños a desplazarse, lavarse, vestirse, comer; hay que limpiarles y enseñarles a controlar esfínteres. El Centro dispone de un con-

junto proporcionado de dormitorios, duchas, comedores y aseos, adaptados a las necesidades de los 150 niños de 6 a 18 años a los que asiste. Estos 150 niños se hallan divididos en nueve grupos, tres de los cuales están integrados por paralíticos cerebrales; para ellos existe un complejo servicio de fisioterapia, donde se aplica electroterapia, mecanoterapia, cinesiterapia e hidroterapia en piscina climatizada.

La deficiencia intelectual viene asociada, con frecuencia y por desgracia, a deficiencias de orden físico —y no sólo motoras—. Muchos niños presentan también deficiencias sensoriales (ceguera total o parcial, sordera, etc.) y orgánicas, como cardiopatías, epilepsias, problemas dentarios, etc. En el departamento médico del Hogar trabajan un médico puericultor, una A.T.S. (religiosa orionista) y un médico odontólogo. Sus instalaciones constan de despacho médico, sala de curas, sala de rayos X, sala de aislamiento y sala de odontología.

La enseñanza especializada del oligofrénico profundo trata de impulsar el desarrollo de áreas idénticas a las de los oligofrénicos de mayor inteligencia. Sólo que con mayor lentitud y a niveles inferiores. Estas áreas, a través de las que se amplía el conocimiento y la acción, complejificando su “mundo”, son básicamente el lenguaje y la psicomotricidad. Con respecto a la primera, el niño oligofrénico profundo es un niño sin habla o con un repertorio a todas luces insuficiente. El trabajo de las educadoras se orienta fundamentalmente al desarrollo de su comprensión, en especial de aquellas instrucciones que van a facilitar otros aprendizajes, así como a la incorporación al plano del lenguaje de sus adquisiciones psicomotrices. También se prevén formas alternativas a la expresión verbal. Hay niños que espontáneamente desarrollan gestos y señales para comunicarse. Y tenemos conocimiento de que en otros países se ha

aplicado con éxito el lenguaje de signos de sordos adaptado, así como tableros especiales.

La psicomotricidad, para la que se dispone de aulas y material especiales, presta necesariamente atención al aspecto relacional y terapéutico, que al principio señalábamos. Un gran número de niños tardará mucho tiempo en conseguir una relación instrumental con objetos, comprender órdenes imprescindibles o mantener tan sólo la atención. Hay que pasar por una larga fase de relación física y de transición a través de objetos positivamente investidos. Como pasa el niño de escasos meses. Otros, de nivel más alto, podrán ser iniciados en la discriminación del cuerpo, el espacio y el tiempo, a la vez que desarrollan sus posibilidades motrices. Algunos, los menos, accederán a los trabajos que se realizan en la sala de laborterapia. Juegos de encajar, papel, madera, plastilina, arcilla, material para la fabricación de alfombras, son formas múltiples para que puedan ir incrementando sus destrezas, su autonomía y su autoestima. Complementan esta enseñanza las sesiones de musicoterapia, en las que se dispone de material diverso, preferentemente de percusión.

No quisiéramos terminar esta breve exposición, sin poner de relieve que hemos sido fieles al carisma del fundador, que nos obliga a que tengamos una especial predilección para los niños que económicamente no tienen el respaldo de la familia. El Hogar Don Orione sitúa su pensión en los niveles más bajos de aportación. Sólo un 10 o/o de los padres pueden pagar dicha cantidad y el 60 o/o no llega a pagar la mitad de la pensión. Con ello y con nuestro trabajo diario, creemos estar dando una respuesta evangélica a un problema gravísimo que España sufre en su propia carne.

## SECRETARIADO DE EDUCACION ESPECIAL

---

El Secretariado de Educación Especial es un organismo dependiente de la Conferencia Episcopal Española, que surgió en el año 1966 con el objetivo primordial de atender aquellos sectores de nuestra sociedad que se viesen más afectados por el problema de los minusválidos. Por tal motivo, la atención que este Secretariado ha prestado y presta en la actualidad a los deficientes y sus familias, ha tenido en cuenta siempre todas las dimensiones del problema: educativa, psicológica, médica, social, laboral, pastoral, etc., y si bien es cierto que, en un principio y teniendo en cuenta sus limitaciones, prestó una mayor atención a los minusválidos psíquicos, en la actualidad su labor se extiende a todo tipo de minusvalías.

Por otra parte, este Secretariado, aun siendo un organismo de la Iglesia, se ha caracterizado siempre por mantener unas relaciones muy estrechas con la Administración Pública y todas las

asociaciones e instituciones privadas, participando, desde sus comienzos, en la labor de coordinación y asesoramiento entre los distintos organismos, instituciones y personal técnico al servicio de los minusválidos.

Finalmente, para cubrir las necesidades más urgentes en este campo, creó una serie de Servicios, mediante los cuales se abarcaba, por una parte, la información y documentación a toda persona interesada o afectada por el problema, y, por otra, la atención directa a todos aquellos deficientes que estuviesen en peores situaciones familiares o sociales, creando así unas instituciones que cubriesen precisamente estas necesidades más inmediatas del deficiente y su familia, como son: centros para la formación permanente del adulto, para el ocio, para el trabajo y para la residencia de por vida.

Las actividades del Secretariado se estructuran en tres grandes bloques: 1) Información, Documentación y Publicaciones. 2) Atención al Deficiente y sus Familias. 3) Formación Religiosa en Educación Especial.

### **Departamento de Información, Documentación y Publicaciones**

A través de este Departamento se realizan las siguientes actividades:

#### *Información:*

— Información y asesoramiento a técnicos y personas afectadas por el problema, sobre los distintos aspectos de la deficiencia e inadaptación. Esta información abarca todo

aquello que pueda estar relacionado con la pedagogía, psicología, medicina, legislación, bibliografía, etc.

– Información y asesoramiento a técnicos y personas afectadas, sobre los recursos institucionales existentes para la atención de los deficientes mentales, físicos y sensoriales. Para ello, el Secretariado ha elaborado y actualiza permanentemente unos ficheros con datos muy completos sobre: Centros de Atención y Educación Especial, centros de diagnóstico y orientación, centros sanitarios, organismos oficiales y asociaciones privadas, especialistas, etc.

– Contacto periódico con los distintos organismos oficiales y privados, así como con todos aquellos profesionales que trabajan en este campo, con objeto de intercambiar servicios e información.

– Charlas de información sobre los deficientes y su problemática a centros, asociaciones, instituciones y otras agrupaciones. Asimismo se ha participado en programas de divulgación en los diferentes medios de comunicación social, prensa, radio, televisión, etc.

– Participación directa y activa en congresos, cursillos y conferencias nacionales e internacionales.

– Colaboraciones en publicaciones. Se ha participado en varias ocasiones en la elaboración de artículos para la prensa, revistas y libros, con objeto de sensibilizar sobre el problema.

– Trabajos de investigación a nivel nacional sobre distintos temas relacionados con la Educación y Atención Especial. Hasta la fecha se han realizado los siguientes trabajos: “Estudio sociológico sobre los subnormales en España”; “Estu-

dio sobre la afectividad y sexualidad de los niños y jóvenes deficientes e inadaptados”; “Estudio sobre la problemática familiar”; “Estudio sobre el ocio y sociabilidad de los deficientes”; “Estudio sobre el problema laboral”.

*Organización de cursillos, seminarios y encuentros:*

El Secretariado, a lo largo del curso escolar, organiza mesas redondas, cursillos, conferencias, sobre los distintos aspectos de la deficiencia mental e inadaptación social: pedagogía, psicología, medicina, pastoral, etc.

De forma regular y en colaboración con el Departamento de Pastoral, se organizan —dos veces al año (noviembre-abril)— seminarios orientados directamente a la catequización de los niños y jóvenes deficientes o inadaptados. Estos encuentros son de proyección nacional.

Una vez al año se organiza también un gran encuentro nacional, en diferentes ciudades, para los deficientes mentales, sus padres, educadores y amigos. Participan grupos de varias provincias, que luego tratan de crear pequeñas comunidades en sus respectivos lugares.

*Publicaciones:*

— Revista EPHETA, antiguamente Servicio Informativo de Educación Especial, es una revista monográfica de carácter bimestral (6 números al año, uno de ellos Extra) sobre los distintos aspectos de la deficiencia e inadaptación social: pedagogía, psicología, medicina, formación del profesorado, prevención, ocio, relaciones laborales, etc. Hasta la fecha han salido 103 números, todos ellos monográficos, que llegan a la mayoría de los Centros de Educación Especial que hay en

España, asociaciones, centros de diagnóstico, delegaciones de Educación y Ciencia, universidades, parroquias y personal especializado. También dentro de la revista se incluye a menudo todo tipo de noticias de interés para los suscriptores; noticias que hacen referencia a la celebración de congresos, cursillos, seminarios, nuevas creaciones de centros, legislación, bibliografía, etc.

– Guía de Centros de Asistencia y Educación Especial. Esta Guía fue elaborada en colaboración con la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales de Madrid. Consta de dos volúmenes, en los que, clasificados por provincias, se recogen los principales datos y características de la casi totalidad de las instituciones dedicadas a la atención y educación de los deficientes mentales. La Guía se actualizó en el año 1978, publicándose un APENDICE, en el que se incluyen los centros de creación posterior, así como una clasificación muy detallada de todas las instituciones que aparecen en esta publicación, teniendo en cuenta el tipo de deficiencia y grados que atienden.

– El Secretariado, en el transcurso de los años, ha publicado también algunos libros que abarcan el aspecto social, médico y pastoral. Los títulos más importantes son: “Estudio sociológico sobre los subnormales en España”; “Deficiencia mental, cuestión urgente”; “El niño deficiente mental”; “Los deficientes mentales y la eucaristía”; “Trabajo social con deficientes mentales”. También, a través de Ediciones S.M., ha publicado un libro dentro de la colección CLAVE: “Dejadnos sitio, los deficientes mentales”, que abarca la perspectiva pastoral, pedagógica, psicológica, médica y social.

## Servicios para la Atención del Deficiente y sus Familias

Al amparo y bajo la dirección técnica del S.N.E.E. se pusieron, en su día, en marcha las siguientes instituciones:

a) *Club Avance*. El Club Avance nació en diciembre de 1971 como club de ocio para deficientes mentales (adolescentes y jóvenes) y jóvenes normales. Son socios del mismo unos 200 deficientes mentales y 150 normales, aproximadamente. Está situado en la calle José Abascal, 30, de Madrid.

Avance funciona, con un régimen de tiempo libre, para atender y entretener a los deficientes mentales en las horas que no acuden a centros especiales —básicamente domingos por la tarde— y por medio de actividades paralelas, martes, viernes y sábados por la tarde. Asimismo, Club Avance organiza, desde hace tres años, unos campamentos de verano, con el fin de solucionar el problema de las vacaciones de los deficientes mentales y sus familias.

Los que más se benefician de esta experiencia son los que hasta ahora hemos venido llamando jóvenes normales, amigos de los deficientes mentales. Son los que directamente se encargan de la diversión e integración de los jóvenes deficientes mentales, pero asimismo resultan beneficiados de este trato. Aprenden a valorar al deficiente y a sus familias, y a sentirse más solidarios con los problemas de los marginados; saben hasta donde puede llegar el deficiente y los tratan como verdaderamente lo merecen.

b) *Centro Ocupacional Ntra. Sra. del Camino*. El Centro Ocupacional Ntra. Sra. del Camino está situado en la avenida de Alfonso XIII, 30 y 32, y fue creado en abril de 1972 como

centro educativo y de iniciación al trabajo para jóvenes y adultas deficientes mentales.

En la actualidad se atiende a 65 deficientes mentales de edades comprendidas entre los 15 y 41 años, y en horario de 9,30 a 17,30. Durante este tiempo, se les dedica cuatro horas al trabajo pre-taller y una hora a la recuperación pedagógica, una hora a la psicomotricidad y hora y media a comida y ocio.

Las actividades y servicios del Centro se han planteado en una doble perspectiva:

- De asistencia y terapia ocupacional, en régimen de medio pensionado, para jóvenes y adultas deficientes mentales de niveles medio y severo, así como para las del nivel más alto, pero con otra deficiencia asociada que impida su rendimiento, orientando la formación hacia el ajuste social, trabajos manuales, psicomotricidad y una cierta recuperación pedagógica para que no pierdan los conocimientos adquiridos.

- De iniciación hacia una actividad laboral sencilla, realizando pequeños trabajos a su medida, en régimen de subcontratación, que les permita obtener una compensación económica de acuerdo con sus posibilidades y una realización de sus derechos como personas.

c) *Centro Ocupacional "El Arca"*. Se encuentra situado en la calle Zabaleta, 5. El taller comenzó a funcionar el mes de diciembre de 1976 como prolongación de las actividades del Centro Ntra. Sra. del Camino y con un grupo de jóvenes y adultas deficientes mentales que habían alcanzado un nivel satisfactorio de autonomía personal y laboral. Las actividades que se realizan, se orientan al empleo y formación de un grupo de trabajo industrial de costura a máquina (mantelerías y juegos

de cama) y de artesanía (confección de ropa de niño: de recién nacidos a niñas de un año).

El número de plazas ocupadas en la actualidad es de 23 y el propósito que se tiene es que el taller funcione lo antes posible como un verdadero centro de empleo y que su actividad económica permita a las trabajadoras obtener una compensación económica digna del esfuerzo que realizan.

d) *Centro Hogar “El Techo”*. Empezó a funcionar en mayo de 1979. El proyecto responde a la necesidad sentida por muchos deficientes mentales y sus familias de tener, cuando faltan los padres, para los deficientes un hogar como otro cualquiera. Lo que le diferencia de otras instituciones es el hecho de que las personas que les asisten van a vivir con los deficientes mentales y no sólo van a curarlos o cuidarlos, así como el que las familias puedan dejar a los chicos para un fin de semana, para tomarse unas vacaciones o para ir iniciándose progresivamente a una vida más autónoma y más responsable.

Se puede decir que “El Techo” es una respuesta positiva a la llamada apremiante que tantos padres han dirigido a la Administración, a las comunidades humanas y a la Iglesia, para combatir las soluciones que atiendan a hacer masivas y despersonalizantes las instituciones, para evitar que el futuro de sus hijos desemboque en la soledad del asilo o la residencia, con la consiguiente separación de los demás por las tradicionales barreras entre la deficiencia y la normalidad.

e) *Centro Ocupacional “El Trampolín”*. Situado en la calle Nueva Celedonia, 12, comenzó a funcionar en octubre de 1978 como respuesta a las inquietudes de un grupo de padres y a los deseos mil veces manifestados de algunos chicos deficientes de tener un taller.

Se trata de chicos que, por sus características personales, no pueden integrarse en una actividad laboral normal y que ahora realizan una serie de pequeños trabajos con un rendimiento de acuerdo con su capacidad y un salario en función de aquél. Actualmente trabajan allí 26, de edades comprendidas entre 16 y 28 años, y con un C.I. entre 40 y 70.

Las actividades laborales que se realizan son: montaje de cerraduras, montaje de abrazaderas para instalaciones eléctricas, y otros pequeños trabajos en régimen de subcontratación. Y como fabricación propia y venta directa: mochos de fregona.

### Formación Religiosa en la Educación Especial

A este respecto y con el título de “Enseñanza de la Religión y Moral Católica en Educación Especial”:

a) Contamos ya con las “Bases de Programación” —objetivos generales y específicos— de:

- Fase del “Despertar religioso”.
- Fase de “Iniciación Sacramental”.
- Fase de “Búsqueda de una primera Síntesis de fe”.

b) Y en elaboración muy avanzada los objetivos operativos y actividades concretas, en orden a conseguir los objetivos generales y específicos propuestos.



# Documentos

## DOCUMENTO DE LA SANTA SEDE PARA EL AÑO INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS MINUSVALIDAS

*A todos cuantos se dedican al cuidado  
de las personas minusválidas.*

Desde el primer momento, la Santa Sede ha acogido favorablemente *la iniciativa* de las Naciones Unidas de proclamar 1981 “Año Internacional de las personas minusválidas”. En efecto, si, dado su número —se calcula que sobrepasa los 400 millones— y, sobre todo, dada su particular condición humana y social, tales personas merecen que la comunidad mundial se ocupe de ellas activamente, no puede faltar en tan noble empresa la solicitud diligente y vigilante de la Iglesia, la cual, por su naturaleza, vocación y misión, siente de manera especial la suerte de los hermanos más débiles y probados.

Por esto, ha seguido con suma atención cuanto se ha ido llevando a efecto hasta ahora en favor de los minusválidos en el plano legislativo, tanto nacional como internacional: a este respecto hay que destacar la Declaración de los derechos de los

minusválidos, por parte de la ONU, y la Declaración sobre los derechos de las personas retrasadas mentalmente, así como los resultados positivos y las perspectivas de la investigación científica y social, las propuestas innovadoras y las obras de diverso tipo que se están desarrollando en ese sector. Tales iniciativas ponen de manifiesto una renovada toma de conciencia del deber de solidaridad en este campo específico del sufrimiento humano, teniendo en cuenta además que en los países del Tercer Mundo la suerte de las personas minusválidas es aún más grave y exige más atención y más solícita consideración.

La Iglesia se asocia plenamente a las iniciativas y a los laudables esfuerzos puestos en práctica para mejorar la situación de las personas minusválidas y tiene intención de aportar a ellos su propia contribución. Lo hace ante todo por fidelidad al ejemplo y a las enseñanzas de su Fundador. Jesucristo, en efecto, ha reservado un cuidado especial y prioritario a los que sufren, en toda la amplia gama del dolor humano, rodeándolos con su amor misericordioso durante su ministerio y manifestando en ellos el poder salvífico de la redención, que abarca al hombre en su singularidad y totalidad. Los marginados, los desvalidos, los pobres, los que sufren, los enfermos, han sido los destinatarios privilegiados del anuncio, de palabra y de obra, de la Buena Noticia del Reino de Dios, que hace irrupción en la historia de la humanidad.

La comunidad de los discípulos de Cristo, siguiendo su ejemplo, ha hecho florecer, a través de los siglos, obras de generosidad extraordinaria que testimonian no sólo la fe y la esperanza en Dios, sino también una fe y un amor inquebrantables en la dignidad del hombre, en el valor irrepetible de toda vida humana y en el destino trascendente de quien ha sido llamado a la existencia.

En la visión de fe y en la concepción del hombre que les es propia, los cristianos saben que también en el ser minusválido reluce misteriosamente la imagen y la semejanza que Dios mismo ha querido imprimir en la vida de sus hijos; y, recordando que el mismo Cristo ha querido identificarse místicamente con el prójimo que sufre considerando como hecho a sí mismo todo lo que se hiciese en favor de los más pequeños entre sus hermanos (cf. Mt 25, 31-46), se sienten solicitados a servir en El a aquellos a quienes las pruebas físicas han azotado y menoscabado, y no piensan retirarse ante nada de lo que deba llevarse a cabo, aunque sea con sacrificio personal, para aliviar sus condiciones de inferioridad.

¿Cómo no pensar en estos momentos, con vivo reconocimiento, en todas las comunidades y asociaciones, en todos los religiosos y religiosas, en todos los voluntarios seculares que se prodigan en el servicio a las personas minusválidas, atestiguando así la vitalidad perenne de ese amor que no conoce barreras?

Con este espíritu, la Santa Sede, a la vez que expresa a los responsables del bien común, a las organizaciones internacionales y a todos los que se dedican al servicio de los minusválidos su propia complacencia y su aliento por las iniciativas emprendidas, considera útil recordar brevemente algunos principios que puedan servir de guía para acercarse a tales personas y sugerir además alguna línea de actuación.

## I

## PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

1. El primer principio que debe ser afirmado con claridad y con vigor es que la persona minusválida (bien lo sea por enfermedad congénita, a consecuencia de enfermedades crónicas o de infortunio, o bien por debilidad mental o enfermedades sensoriales, cualquiera que sea el alcance de tales lesiones), *es un sujeto plenamente humano, con los correspondientes derechos innatos, sacros e inviolables*. Tal afirmación se apoya en el firme reconocimiento de que el ser humano posee una dignidad propia y un valor autónomo propio desde su concepción y en todos los estadios de su desarrollo, sean cuales sean sus condiciones físicas. Este principio, que brota de la recta conciencia universal, debe ser asumido como el fundamento inquebrantable de la legislación y de la vida social.

Es más; pensándolo bien, se podría decir que la persona del minusválido, con las limitaciones y el sufrimiento que lleva impresas en su cuerpo y en sus facultades, pone más de relieve el misterio del ser humano, con toda su dignidad y grandeza. Ante la persona minusválido, nos sentimos introducidos en las fronteras secretas de la existencia humana; y se nos llama a acercarnos con respeto y amor a este misterio.

2. Dado que la persona que sufre una “minoración” es un sujeto con todos sus derechos, *se le debe facilitar la participación en la vida de la sociedad, en todas las dimensiones y a todos los niveles accesibles a sus posibilidades*. El reconocimiento de estos derechos y el deber de la solidaridad humana constituyen un empeño y una tarea a realizar, con la creación de condiciones y estructuras psicológicas, sociales, familiares,

educativas y legislativas idóneas para acoger y desarrollar integralmente la persona minusválida.

La Declaración sobre los derechos de las personas minusválidas proclama, en efecto, en el número 3, que “las personas minusválidas tienen derecho a ser respetadas por su dignidad humana. Las personas minusválidas, cualquiera que sea el origen, la naturaleza y la gravedad de su ‘minoración’ y de sus incapacidades, tienen los mismos derechos fundamentales que los demás ciudadanos de su edad, lo cual comporta, ante todo y sobre todo, el derecho a llevar una vida decente, lo más normal y completa posible”.

3. *La calidad de una sociedad y de una civilización se mide por el respeto que manifiestan hacia los más débiles de sus miembros.* Una sociedad tecnocráticamente perfecta, en la que se admita sólo a miembros plenamente funcionales y donde uno que no se ajuste a este modelo o no sea apto para desempeñar un papel propio, sea marginado, recluso o, lo que es peor, eliminado, debería ser considerada como radicalmente indigna del hombre, aunque fuese ventajosa desde el punto de vista económico. En efecto, sería una sociedad pervertida por una especie de discriminación no menos condenable que la racial, es decir, *la discriminación de los fuertes y “sanos” contra los débiles y enfermos.* Es necesario afirmar con toda claridad que la persona minorada es uno de nosotros, partícipe de nuestra misma humanidad. Reconociendo y promoviendo su dignidad y sus derechos, reconocemos y promovemos nuestra misma dignidad y nuestros mismos derechos.

4. La orientación fundamental a la hora de plantear los problemas que conciernen a la participación de las personas minoradas en la vida social, debe ser inspirada por los *prin-*

*cipios de integración, normalización y personalización.* El principio de la *integración* se opone a la tendencia al aislamiento, a la segregación y a la marginación de la persona minorada, pero va también más allá de una actitud de mera tolerancia respecto a ella. Comporta el empeño a convertir la persona minusválida en un sujeto a título pleno, según sus posibilidades, en el ámbito de la vida familiar lo mismo que en el de la escuela, del trabajo y, en general, en la comunidad social, política, religiosa.

De este principio deriva como consecuencia natural el de la *normalización*, que significa y conlleva el esfuerzo orientado a la rehabilitación completa de las personas minusválidas con todos los medios y técnicas de que se dispone hoy día y, donde esto no sea posible, a la consecución de un marco de vida y de actividad que se acerque lo más posible al normal.

Por último, el principio de la *personalización* pone en claro que, en los cuidados de diverso tipo, así como en las diversas relaciones de orden educativo y social orientadas a eliminar las “minoraciones”, se debe siempre considerar, proteger y promover principalmente la dignidad, el bienestar y el desarrollo integral de la persona minorada, en todas sus dimensiones y facultades físicas, morales y espirituales. Tal principio significa y comporta además la superación de ciertos ambientes caracterizados por el colectivismo y por el anonimato, a los cuales la persona minorada queda a veces relegada.

## II

## LINEAS DE ACTUACION

1. No se puede por menos de desear que a tales enunciados —al igual que a los de la citada Declaración— sean dados pleno reconocimiento en la comunidad internacional y nacional, evitando interpretaciones reductivas, excepciones arbitrarias, sino incluso aplicaciones contrarias a la ética, que terminan por hacer inútil su sentido y su alcance.

Los adelantos de la ciencia y de la medicina han permitido, en nuestros días, descubrir en el feto algunos defectos que puedan dar origen a futuras malformaciones y deficiencias. La imposibilidad que encuentra de momento la medicina para darles remedio ha llevado a algunos a proponer e incluso a practicar la supresión del feto. Este comportamiento nace de una actitud de pseudo-humanismo, que compromete el orden ético de los valores objetivos y no puede por menos de ser rechazado por las conciencias rectas. Eso mismo manifiesta un modo de obrar que, si fuese aplicado en otra edad, sería considerado gravemente antihumano. Por otra parte, la negligencia deliberada de asistencia o cualquier acción que conduzca a la supresión del recién nacido minorado representan atentados no sólo a la ética médica, sino también al derecho fundamental e inalienable a la vida. No se puede disponer a propio gusto de la vida humana, arrogándose un poder arbitrario sobre ella. La medicina pierde su título de nobleza cuando, en vez de atacar la enfermedad, ataca la vida; en efecto, la prevención debe ser contra la enfermedad, no contra la vida. Y no se podrá decir nunca que se quiere dar alivio a una familia, suprimiendo a uno de sus miembros. El respeto, la dedicación, el tiempo y los medios exigidos por el cuidado de las personas minusvá-

lidas, incluidas las que están gravemente afectadas en sus facultades mentales, es el precio que una sociedad debe pagar con generosidad para seguir siendo realmente humana.

2. De la afirmación clara de este punto deriva como consecuencia el deber de emprender investigaciones más amplias y profundas para vencer las causas de las “minoraciones”. Ciertamente se ha hecho ya mucho en este campo durante los últimos años, pero queda por hacer aún mucho más. Corresponde a los hombres de ciencia el nobilísimo cometido de poner su competencia y sus estudios al servicio del mejoramiento de la calidad y de la defensa de la vida humana. Las tendencias actuales en el campo de la genética, de la fetología, de la perinatología, de la bioquímica y de la neurología, para mencionar solamente algunas disciplinas, permiten nutrir la esperanza de sensibles progresos. Un esfuerzo unificado de las investigaciones no dejará de conducir, como es deseable, a resultados alentadores en un futuro no lejano.

Estas iniciativas de investigación fundamental y de aplicación de los conocimientos adquiridos merecen, por tanto, un impulso más decidido y un apoyo más concreto. La Santa Sede abriga el deseo de que las instituciones internacionales, los poderes públicos de cada nación, los organismos de investigación, las organizaciones no gubernativas y fundaciones privadas quieran estimular cada vez más la investigación y destinar a ella los fondos necesarios.

3. La acción prioritaria de prevención de las “minoraciones”, debe hacer reflexionar también sobre el fenómeno preocupante de personas que, en número elevado, sufren un “agotamiento” o “shock” que perturban su vida síquica e interior. Prevenir estas “minoraciones” y promover la salud del espíritu, significa y comporta un esfuerzo concorde y creativo

para favorecer una educación integral, un ambiente, relaciones humanas e instrumentos de comunicación en los que la persona no se vea mutilada en sus más profundas exigencias y aspiraciones —en primer lugar, las morales y espirituales—, y no sufra violencias que terminen por comprometer su equilibrio y su dinamismo interior. Se impone una ecología espiritual a la par que una ecología natural.

4. Cuando la “minoración”, no obstante la aplicación responsable y rigurosa de todas las técnicas y de todos los cuidados de que hoy se dispone, se presenta como irremediable e irreversible, se deberán buscar y actuar todas las demás posibilidades de crecimiento humano y de integración social que permanecen abiertas para quien la sufre. Además del derecho a los cuidados médicos apropiados, la Declaración de las Naciones Unidas enumera otros derechos que tienen como objetivo la integración o la reintegración más completa posible en la sociedad. Tales derechos tienen una repercusión muy amplia sobre un conjunto de servicios ya existentes o aún por organizar, entre los que se puede mencionar la organización de un adecuado sistema educativo, la formación profesional responsable, los servicios de asesoramiento, un apropiado puesto de trabajo.

5. Hay un punto que parece digno de especial atención. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas minusválidas, afirma que “las personas ‘minoradas’ tienen el derecho de vivir con sus familias o en un ambiente familiar” (n. 9). La realización efectiva de este derecho resulta sumamente importante. En efecto, es en el hogar doméstico, rodeada del afecto familiar, donde la persona minusválida encuentra el ambiente más natural y apropiado a su desarrollo. Teniendo en cuenta esta configuración primordial de la familia en orden al desarrollo y a la integración de la persona minorada

en la sociedad, los responsables de las estructuras médico-sociales y orto-pedagógicas deberían proyectar la propia estrategia a partir de la familia y haciendo de ésta la principal fuerza dinámica del proceso de curación y de integración social.

6. En esta perspectiva, habrá que tener presente la decisiva importancia que reviste la ayuda a ofrecer en el momento en que los padres descubren con dolor que un hijo suyo es minusválido. El trauma que esto les produce puede ser tan profundo y causar una crisis tan fuerte que sacuda todo un sistema de valores. La falta de una asistencia precoz y de un apoyo adecuado en esta fase, puede tener consecuencias nefastas, tanto para los padres como para la persona minusválida. No deberán, pues, contentarse únicamente con el examen diagnóstico, dejando después a los padres abandonados a sí mismos. El aislamiento y el rechazo de la sociedad podrían inducirlos a no aceptar o, lo que Dios no quiera, a rechazar la prole minusválida. Es necesario, por tanto, que las familias se sientan rodeadas por una profunda comprensión y simpatía, de parte de la comunidad, y que reciban de las asociaciones y de los poderes públicos una asistencia adecuada desde el momento en que se descubre la “minoración” en uno de sus miembros.

La Santa Sede, consciente de la heroica fuerza de ánimo exigida a esas familias, no puede menos de dar una contribución de aprecio y expresar su profundo reconocimiento a las familias que, generosa y valientemente, han aceptado tomar a su cargo e incluso adoptar niños minusválidos. El testimonio que ellas dan en favor de la dignidad, el valor y la sacralidad de la persona humana, merece ser abiertamente reconocido y apoyado por toda la comunidad humana.

7. Cuando circunstancias particulares o exigencias especiales, que tienen como finalidad la rehabilitación de la persona

minusválida, exigen su estancia temporánea o también permanente fuera del hogar doméstico, las casas-asilos y las instituciones que suplen a la familia, en lo que se refiere a su configuración y a su funcionamiento, deberían acercarse, en cuanto sea posible, al modelo familiar, evitando la segregación y el anonimato. Será, pues, necesario obrar de manera que, durante la permanencia en estos centros, las relaciones de las personas minusválidas con la familia y con los amigos sean cultivadas con frecuencia y espontaneidad. El cariño, la dedicación, además de la competencia profesional, de padres, familiares y educadores, según múltiples testimonios, han conseguido resultados de insospechada eficacia para el desarrollo humano y profesional de las personas minusválidas. La experiencia ha demostrado —y esto parece ser un punto importante de reflexión— que en un ambiente humano y familiar favorable, lleno de respeto profundo y de sincero afecto, las personas minusválidas pueden desarrollar de manera sorprendente las propias cualidades humanas, morales y espirituales, convirtiéndose incluso en donadores de paz y hasta de alegría.

8. La vida afectiva de las personas minusválidas deberá recibir especial atención, sobre todo cuando, debido a su “minoración”, se ven imposibilitadas para contraer matrimonio; es importante que no sólo estén convenientemente protegidas contra la promiscuidad y los abusos, sino también que puedan encontrar una comunidad llena de calor humano, donde su necesidad de amistad y de afecto sea respetada y satisfecha en conformidad con su inalienable dignidad moral.

9. El niño y el joven minusválidos tienen evidentemente el derecho a la instrucción. Esta les será asegurada, en cuanto sea posible, por medio de una escolaridad normal o también a través de escuelas especializadas según la naturaleza de las “minoraciones”. Allí donde sea necesaria una escolarización

a domicilio, es deseable que las autoridades competentes faciliten los medios necesarios a las familias. Asimismo se deberá posibilitar y facilitar el acceso a la enseñanza superior y una oportuna asistencia post-escolar.

10. Un momento particularmente delicado en la vida de la persona minusválida es el paso de la escuela a su inserción en la sociedad o en la vida profesional. En esta fase tiene necesidad de especial comprensión y de aliento por parte de los distintos organismos de la comunidad. Incumbe a los poderes públicos garantizar y promover con medidas eficaces el derecho de las personas minusválidas a la preparación profesional para la que sean idóneas. Deberá prestarse una gran atención a las condiciones de trabajo, como la asignación de los puestos en función de las “minoraciones”, salarios justos y posibilidad de promoción. Es muy recomendable que los empresarios sean informados previamente sobre el empleo, las condiciones y la psicología de las personas minusválidas. En efecto, éstas se encuentran con múltiples obstáculos en el sector profesional como, por ejemplo, el sentimiento de inferioridad por lo que se refiere al propio aspecto o al eventual rendimiento, la preocupación por incurrir en accidentes de trabajo, etc.

11. Evidentemente, la persona minusválida tiene todos los derechos civiles y políticos que competen a los demás ciudadanos y, en línea de máxima, debe ser habilitada para ejercerlos. No obstante, ciertas formas de “minoración” —piénsese en la categoría numéricamente importante de los minusválidos mentales— pueden constituir un obstáculo para el ejercicio responsable de tales derechos. También en estos casos se deberá actuar no de forma arbitraria ni aplicando medidas represivas, sino en base a rigurosos y objetivos criterios ético-jurídicos.

12. Al minusválido, por lo demás, se le instará a que no se reduzca a ser solamente un sujeto de derechos, habituado a gozar de los cuidados y de la solidaridad de los demás, en actitud de mera pasividad. No es solamente uno al que se le da; debe ser ayudado para que se convierta en uno que da a su vez y en la medida de todas sus propias posibilidades. Un momento importante y decisivo en su formación habrá sido logrado cuando haya adquirido conciencia de su dignidad y de sus valores, y se haya dado cuenta de que se espera algo de él, y que también él puede y debe contribuir al progreso y al bien de su familia y de la comunidad. Debe tener de sí mismo una idea realística, es cierto, pero no menos positiva, haciéndose reconocer como persona en condiciones de asumir responsabilidades, capaz de querer y de colaborar.

13. Numerosas personas, asociaciones e instituciones se dedican hoy por profesión, con frecuencia por auténtica vocación humana y religiosa, a la asistencia de los minusválidos. En no pocos casos estos últimos han manifestado que prefieren personal y educadores “voluntarios” porque ven en ellos un sentimiento particular de gratitud y de solidaridad. Esta observación demuestra que la competencia técnica y profesional, aunque es sin duda necesaria y, más aún, se debe cultivar y enriquecer por todos los medios, sin embargo, por sí sola no es suficiente. Es necesario unir a la alta competencia una rica sensibilidad humana. Quienes se dedican laudablemente al servicio de las personas minusválidas, deben conocer de manera científica las “minoraciones”, pero, al mismo tiempo, deben comprender con el corazón a la persona portadora de tales “minoraciones”. Deben aprender a ser sensibles a los signos propios de expresión y de comunicación de las personas minusválidas; deben conquistar el arte de hacer el gesto exacto y de decir la palabra conveniente; deben saber ver con serenidad eventuales reacciones y formas emotivas; y aprender a dialogar

con los padres y familiares de las personas minusválidas. Esta competencia no será plenamente humana si no está sostenida interiormente por disposiciones morales y espirituales apropiadas, hechas de atención, sensibilidad, respeto especial por todo aquello que en el ser humano es fuente de debilidad y de dependencia. El cuidado y la asistencia a las personas minusválidas, se convierte entonces en escuela incluso para los padres, educadores y personal de servicio: una escuela exigente, noble y elevadora de auténtica humanidad.

14. Es muy importante e incluso necesario que los servicios profesionales reciban, por parte de los poderes públicos, un apoyo moral y material, con vistas a una organización eficaz de las intervenciones especializadas. Muchas naciones tienen ya o están elaborando una legislación ejemplar que define y protege el estatuto legal de la persona minusválida. Donde aún no existe, es incumbencia de los gobiernos proveer a la garantía efectiva y a la promoción de los derechos de las personas minusválidas. A este respecto, sería una ventaja que las familias y las organizaciones voluntarias fuesen asociadas a la elaboración de las normas jurídicas y sociales en esta materia.

15. Incluso la mejor de las legislaciones corre, no obstante, el riesgo de no incidir en el contexto social y de no producir todos sus frutos, si no es aceptada por la conciencia personal de los ciudadanos y por la conciencia colectiva de la comunidad.

Los minusválidos, sus familias y sus familiares constituyen una parte de la gran familia humana. Por muy grande que, desgraciadamente, pueda ser su número, ellos forman un grupo minoritario dentro de la comunidad. Precisamente, por este único hecho, existe el peligro de que no gocen suficientemente del interés general. Se añade a esto la reacción, a menudo

espontánea, de una comunidad que rechaza y reprime psicológicamente lo que no encaja en las costumbres. El hombre no desea ser confrontado con formas de existencia que reflejan visiblemente los aspectos negativos de la vida. Así se crea el fenómeno de la marginación como una forma de mecanismo de defensa y de rechazo. Sin embargo, desde el momento que el hombre y la sociedad son verdaderamente humanos, cuando entran en un proceso consciente y querido de aceptación, incluso de la debilidad, de solidaridad y de participación también en los sufrimientos del prójimo, se debe reaccionar con una educación a dicha tendencia.

La celebración del Año Internacional de los minusválidos ofrece, por consiguiente, una oportunidad propicia para una reflexión más exacta y global de la situación, de los problemas y de las exigencias de millones de personas que componen la familia humana, particularmente del Tercer Mundo. Es importante que no se deje pasar en vano esta ocasión. Con el aporte de las ciencias y con la cooperación de todas las instancias de la sociedad, ella debe conducir a una mejor comprensión del minusválido, de su dignidad y de sus derechos, y, sobre todo, ellas deben favorecer la afirmación de un amor sincero y fáctico para todo hombre en su unicidad y concreción.

16. Los cristianos tienen una misión insustituible en este campo. Recordando las responsabilidades que les atañen como testimonios de Cristo, ellos deben hacer suyos los sentimientos del Salvador hacia los que sufren y estimular en el mundo la actitud y el ejemplo de la caridad, para que el interés por los hermanos menos dotados no decaiga jamás. El Concilio Vaticano II ha individuado en esta presencia caritativa el núcleo esencial del apostolado de los seglares, recordando que Cristo ha hecho suyo el precepto de la caridad hacia el prójimo “y lo enriqueció con un nuevo sentido, al querer hacerse El un mismo

objeto de la caridad con los hermanos... El, pues, tomando la naturaleza humana, se asoció familiarmente todo el género humano con una cierta solidaridad sobrenatural y constituyó la caridad como distintivo de sus discípulos con estas palabras: *'En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros'* (Jn 13, 35). Pero como la Santa Iglesia en sus principios, reuniendo el ágape de la Cena Eucarística, se manifestaba toda unida en torno de Cristo por el vínculo de la caridad, así se reconoce siempre por este distintivo del amor, y al paso que se goza con las empresas de otros reivindica las obras de caridad como deber y derecho suyo, que no puede enajenar. Por lo cual, la misericordia para con los necesitados y enfermos, y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con un singular honor" (Apostolicam actuositatem, 8).

En este "Año Internacional de las personas minusválidas", los cristianos estén; por tanto, al lado de los hermanos y hermanas de todas las otras organizaciones, para promover, sostener, incrementar iniciativas dispuestas a aliviar la situación de los que sufren y a inserirlos armónicamente en el conjunto de la normal vida civil, dentro de lo posible; den su propia cooperación en hombres y medios, recordando especialmente aquellas beneméritas instituciones que, en el nombre y por la caridad de Cristo, con el ejemplo maravilloso de personas consagradas totalmente al Señor, se dedican con título especial a la educación, a la preparación profesional, a la asistencia post-escolar de los jóvenes minusválidos, o al cuidado generoso en los casos más dolorosos; las parroquias y las comunidades juveniles de distinto signo quieran dedicar particular atención a las familias donde nace y crece una de estas criaturas marcadas por el dolor y, al mismo tiempo, sepan estudiar, continúen aplicando y, si se da el caso, revisen métodos adecuados

de catequesis para los minusválidos y sigan la participación y la inserción de éstos en las actividades culturales y en las manifestaciones religiosas, de suerte que estas personas —que tienen un preciso título para una adecuada formación espiritual y moral— lleguen a ser miembros de pleno derecho de cada una de las comunidades cristianas.

17. El Santo Padre, que al principio del año, celebrando la Jornada de la Paz, ha recordado públicamente en la basílica vaticana las iniciativas del “Año Internacional de las personas minusválidas”, pidiendo una particular solicitud para la solución de sus graves problemas, renueva su llamada para tomar con interés la suerte de estos hermanos. Vuelve a recordar cuanto dijo entonces: “Si sólo una mínima parte del presupuesto para la carrera de armamentos fuera devuelto para este objetivo, se podrían obtener importantes éxitos y aliviar la suerte de numerosas personas que sufren” (1 de enero de 1981). Su Santidad alienta las diversas iniciativas que se tomen a nivel internacional, como aquellas que se emprendan en otras sedes, estimulando, sobre todo, a los hijos de la Iglesia Católica para que den ejemplo de generosidad total. Y al confiar a la materna protección de la Virgen Santísima, como hizo aquel día, a todos los queridos minusválidos del mundo, repite con viva esperanza el deseo de que, “bajo la mirada materna de María, se multipliquen las experiencias de solidaridad humana y cristiana, dentro de un clima de renovada fraternidad que una los débiles y los fuertes en el común camino de la divina vocación de la persona humana” (Ib.).

Vaticano, 4 de marzo de 1981.



## **CARTA DE LOS OBISPOS DE LA COMISION EPISCOPAL DE PASTORAL, CON MOTIVO DEL AÑO INTERNACIONAL DEL MINUSVALIDO**

El año 1981 ha sido declarado, por las Naciones Unidas, Año Internacional del Minusválido. El Papa Juan Pablo II ya aludió a este importante acontecimiento, en su mensaje de la Jornada Mundial de la Paz, del 1 de enero pasado; y, más tarde, el 4 de marzo, la Santa Sede publicaba otro iluminador documento al respecto.

Ahora, los obispos de la Comisión de Pastoral, encargados por los demás obispos de España del servicio a la acción eclesial en este campo concreto, queremos dirigirnos a todas las comunidades de las iglesias españolas, para invitarlas a considerar cuidadosamente y a compartir la vida, los problemas y las esperanzas, las limitaciones y los valores de los minusválidos. Deseamos que su voz se escuche en nuestra Iglesia y que la presencia de Aquél que vino a “anunciar la Buena Noticia a los pobres y la liberación a los oprimidos” (Lc 4, 18) se manifieste en nuestro compromiso en favor de quienes sufren alguna disminución.

## I

## UNA SITUACION QUE NOS INTERPELA

1. Hay en España un gran número de personas que sufren algún tipo de minusvalía. Las estadísticas nos hablan de 683.300 minusválidos físicos; 259.000 minusválidos psíquicos; 59.600 invidentes; 61.400 sordomudos y 49.700 paráliticos cerebrales. Algo más del 3 o/o de la población española.

2. Sus problemas son muchos y graves.

Han de vivir en ciudades, viviendas, colegios, edificios públicos, iglesias, etc., cuyo diseño y construcción se han realizado, generalmente, a espaldas de sus necesidades. Tampoco los transportes y medios de comunicación los tienen, normalmente, en cuenta.

Estas barreras arquitectónicas y otras de tipo social, cultural y económico, frecuentemente mucho más difíciles de salvar, han impedido a muchos de ellos el acceso a la Enseñanza General Básica, a la Formación Profesional, a la Enseñanza Especializada y a las Aulas de nivelación y ayuda. Haciéndoles, así, prácticamente imposible su integración en la sociedad.

En su inmensa mayoría, no disponiendo de un trabajo mínimamente adecuado a sus circunstancias, han de vivir a expensas de su familia, con una irrisoria ayuda de 3.000 pesetas de la Seguridad Social ó 5.000 de la Beneficencia.

La absoluta insuficiencia de centros de reeducación, de residencias adecuadas, de prestaciones económicas y de eficaz

acogida en el mundo socio-laboral, convierte su incierto porvenir en una fuente amarga de angustia y sufrimiento para ellos mismos y para sus padres y familiares.

Tal situación debe interpelar enérgicamente a nuestras conciencias: los minusválidos tienen derecho no sólo a toda nuestra comprensión, sino, sobre todo, a nuestra más decidida ayuda para que, superando tantas soledades, impotencias y frustraciones, adquieran la seguridad de poder afrontar la vida dignamente y por sí mismos.

3. Pero en el marco de esta situación dramática advertimos también realidades que son motivo de aliento y esperanza.

La capacidad de lucha y superación de muchos minusválidos, su fortaleza de ánimo, su compromiso y su entrega al servicio de los demás, son un testimonio admirable de que su valor no es minusválido y de que es posible vivir en plenitud, a pesar de las propias limitaciones y de la marginación impuesta por un mundo olvidado de los valores más profundos de la persona.

Es también motivo de esperanza, la lenta pero progresiva sensibilización de nuestra sociedad ante la minusvalía, que, aunque poco a poco, empieza a dar sus primeros frutos.

Asimismo, es alentador el testimonio de tantos grupos y personas, creyentes y no creyentes, y de tantas comunidades cristianas, asociaciones, congregaciones religiosas y personas particulares, que, movidas por su fe, dan su vida al servicio de los minusválidos, proclamando, de este modo, el valor y la dignidad de la persona humana en sí misma, antes y por encima de cualesquiera otras circunstancias de la vida.

Estas constataciones constituyen también una llamada a la más urgente y esforzada colaboración en favor de los minusválidos.

## II

### JESUS Y LOS MINUSVALIDOS

4. El rasgo más característico de la vida y la doctrina de Jesucristo es su radical preferencia por los pobres y desvalidos, los enfermos y todos los marginados. No sólo los acoge, sino que va a su encuentro (Mt 9, 18-19; Mc. 7, 13). Se conmueve y sufre con ellos, y, al anunciarles la salvación, los libera, curándolos, infundiéndoles nueva confianza en la vida y devolviéndolos a la convivencia social.

Cuando Jesús asegura que éstas son las señales de la llegada del Reino de Dios, está diciéndonos que la lucha decidida y continuada contra el olvido y la marginación de quienes tienen menos posibilidades es condición inexcusable para la construcción de su Reino.

5. Para Jesús, la enfermedad y la minusvalía no son un castigo de Dios: "Ni éste pecó ni sus padres", dice refiriéndose al ciego de nacimiento (Jn 9, 3). Tampoco son prueba de la predilección del Padre. Por la enfermedad, el dolor o la minusvalía, el ser humano no es maldito ni privilegiado. Podrá serlo, según la actitud y el comportamiento que adopte ante esta realidad.

Para Jesús, la enfermedad y la minusvalía son un mal y, por ello, las combate: “Recorría toda Galilea proclamando la Buena Noticia del Reino y curando todo achaque y enfermedad del pueblo” (Mt 4, 23). “Id a contarle a Juan lo que habéis visto y oído: los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen” (Lc 7, 22).

Para Jesús, la solidaridad concreta y efectiva con los minusválidos y los marginados, forma parte de la misión de la Iglesia y es la piedra de toque para distinguir a sus verdaderos discípulos (Mt 10, 8; 25, 35-40).

6. Jesucristo, semejante en todo a nosotros, sintió también en su propia carne la herida del sufrimiento. Lo afrontó. Buscó liberarse de él: “Pase de mí este cáliz” (Mt 26, 39). Pero lo aceptó y asumió: “No se haga mi voluntad sino la tuya” (Mt 26, 39). En él y desde él se mantuvo fiel y en comunión con el Padre y mostró su amor incondicional a los hombres hasta la muerte: “No hay mayor amor que dar la vida por los amigos” (Jn 15, 14). Por eso, el Padre le resucitó. Jesús no dio, pues, una explicación al dolor, pero lo llenó de sentido, aceptándolo y acompañando el dolor de toda la humanidad con el suyo.

### III

#### LA VOZ Y LA ACTITUD DE LA IGLESIA ANTE LOS MINUSVALIDOS

7. La Iglesia, si pretende mantenerse fiel al mandato de Jesucristo y seguir su ejemplo, ha de considerar la atención a los enfermos y minusválidos como uno de sus primeros deberes. En

general, así lo ha ido haciendo a lo largo de su historia, con esfuerzo y generosidad, supliendo en infinitas ocasiones los servicios sociales insuficientes o inexistentes en la sociedad de cada momento.

Ahora, sin embargo, no puede quedar anclada en los antiguos planteamientos y fórmulas de actuación en esta materia, sino que debe afrontar los tiempos nuevos con realismo e imaginación, para dar la respuesta adecuada a la problemática de los minusválidos.

La Santa Sede, en el mensaje sobre el Año Internacional de los Minusválidos (4/3/981), señala los principales criterios de actuación a este propósito.

8. Los obispos de la Comisión de Pastoral los ofrecemos ahora a la sociedad y a la Iglesia española, sintetizados y adecuados a nuestras peculiares circunstancias.

Quisiéramos recordar algunas carencias y presentar algunos interrogantes y sugerencias que desearíamos que se acogieran, se profundizaran y se asumieran en toda su importancia:

— Por los responsables del gobierno y la ordenación de la convivencia en la sociedad civil; porque, dichas desde la perspectiva del Evangelio y la doctrina de la Iglesia, reclaman de nuevo toda la atención debida a los valores de la persona y del bien común, y expresan el sentir de los millones de españoles que nos confesamos católicos.

— Por los responsables, a todos los niveles, del gobierno y la animación de la vida de la Iglesia; porque la Iglesia de Jesucristo viene obligada a dar un ejemplo testimonial eficaz de

cómo debe afrontarse esta cuestión con realismo, justicia, amor y la necesaria eficacia.

— Por todos los hombres de buena voluntad y todas las instituciones preocupadas por el bien social, en sus diversos ámbitos; porque en este asunto nos jugamos el ser mismo y la dignidad de nuestra civilización, como bien dice el mensaje pontificio antes citado (núm. 3): “Reconociendo y promoviendo su dignidad y sus derechos (de los minusválidos), reconocemos y promovemos nuestra misma dignidad y nuestros mismos derechos”.

## En la sociedad civil

### 9. *Prevención de las posibles disminuciones.*

Es urgente ampliar, profundizar y potenciar las investigaciones científicas en la materia tendentes a vencer las causas de las diversas minusvalías. Sería necesario incluso un esfuerzo generalizado por mejorar el grado de salud psíquica de nuestra sociedad, como una de las medidas preventivas tal vez más eficaces, así como un redoblado empeño por disminuir los accidentes laborales y de tráfico, cauce de tantísimas minusvalías físicas y psíquicas. Pero cuando una disminución se presenta como irremediable e irreversible, nunca se podrá combatir por la eliminación de la vida del ser mismo que la sufre, aun cuando se encuentre en estado de gestación. La supresión de un feto humano, por el pretendido bien del individuo o de su familia, cuando se preven malformaciones o deficiencias, supone un pseudo-humanismo que compromete el orden ético de los valores objetivos, porque pisotea el derecho fundamental e inalienable de todo ser humano a la vida.

### 10. *Entorno familiar del minusválido.*

La Declaración de las NN.UU. sobre los Derechos de la persona minusválida dice textualmente que las “personas disminuidas tienen el derecho a vivir con sus familias o en su ambiente familiar” (núm. 9). Tendríamos que subrayar enérgicamente esta afirmación. Para convertir ese derecho en una realidad, sería imprescindible que las familias de los minusválidos fueran acompañadas y ayudadas técnicamente y moralmente, desde el momento mismo del diagnóstico y después, de manera habitual; que se les atendiera económicamente, valorando con justicia toda la sobrecarga que la debida atención a un minusválido supone, en cada caso, para el presupuesto familiar; que, en caso de internamiento, se prestara una particular atención, tanto al contacto y la presencia de los familiares en el centro como a las dimensiones y el clima mismo, que siempre ha de tender a imitar, en todo lo posible, el modelo familiar.

### 11. *Acogida e integración en la sociedad.*

La sociedad tiene el deber de agotar todos los medios para promover el crecimiento humano y la real inserción social de los minusválidos.

Conviene apuntar algunos grandes capítulos que obligadamente se han de tener presentes a este respecto:

— El dispositivo educacional de un país se ha de poner al servicio de las personas minusválidas, con particular cuidado y esfuerzo, tanto en lo que se refiere a la enseñanza en todos sus grados y ramas como en lo que se refiere a otros campos no menos importantes de la educación, como puede ser un acompañamiento psicológico sano y respetuoso y la posible integra-

ción en el deporte o en las manifestaciones culturales y expansivas de todo tipo.

— Del mismo modo, se ha de lograr una suficiente y digna integración de la persona minusválida en los ámbitos laborales y productivos de la sociedad, acudiendo a todos los procedimientos de educación o reeducación necesarios y a la remoción, hasta donde sea verdaderamente posible, de los obstáculos que su concreta disminución puede producir.

— Especial mención merece la urgente eliminación de las llamadas “*barreras arquitectónicas y funcionales*”, tanto más indignantes cuanto más fácilmente se advierte la facilidad con que podrían ser abatidas si de verdad se quisiera.

— Por último, es necesario notar también cómo la sociedad ha de reconocer efectivamente todos los *derechos cívicos* de las personas minusválidas, haciendo realmente posible su ejercicio, y ha de ayudar también a estas personas a sentirse sujetos de *deberes* hacia la sociedad, que necesita de ellos y que les ofrece los medios suficientes para que puedan cumplirlos.

## 12. *Respaldo legal y administrativo.*

Por último, es imprescindible reclamar la atención de la sociedad sobre la importancia y la urgencia de contar con un estatuto legal de la persona minusválida, moderno, elaborado con la intervención de los mismos minusválidos, sus familias y quienes más se dedican a su servicio o colaboran con ellos, y suficientemente desarrollado en disposiciones concretas y de aplicación práctica.

Este “cuerpo” de disposiciones legales y administrativas, tendría que contemplar tres grandes objetivos:

- Definir y salvaguardar los derechos de las personas minusválidas e instrumentar los medios necesarios para su real ejercicio.
- Promover eficazmente el crecimiento de las actitudes correctas ante las personas minusválidas, en todos los campos y niveles del cuerpo social.
- Respaldar efectivamente todos los servicios profesionales al mundo de las disminuciones: investigación, medicina, psico-pedagogía, enseñanza, rehabilitación, profesionalización, etcétera.

### Al interior de la Iglesia

13. Dando por supuesto que los cristianos individualmente y la misma Iglesia institucional han de hacer todo cuanto esté en sus manos para que los puntos que acabamos de enumerar alcancen una real y concreta aplicación en nuestra sociedad española, de la que todos somos miembros corresponsables, no podemos dejar de ofrecer aquí además algunas importantes y concretas consideraciones que ayuden a revisar y enmendar determinadas actitudes y posturas en la vida interna de las comunidades eclesiales, en relación con los minusválidos. Apuntan a importantes omisiones señaladas por los mismos minusválidos creyentes y querrían ayudar a que la Iglesia diera un paso significativo en esta materia, al que está obligada por evidentes razones de coherencia evangélica y de ejemplaridad.

### 14. *Atención general al problema.*

Hemos de reconocer que en la Iglesia, hablando en términos generales, no estamos prestando la debida atención al mundo de los minusválidos: una atención específica al pro-

blema en su conjunto y a todas sus implicaciones, que nos lleve a analizar sus causas en profundidad y a denunciarlas públicamente y que propicie un avance rápido en la consecución de soluciones.

Así lo demuestran algunas constataciones que no podemos negar:

- El escaso contacto de obispos, sacerdotes, congregaciones religiosas (no dedicadas a este campo) y grupos, movimientos y comunidades cristianas, con los minusválidos.

- El corto porcentaje de medios pastorales dedicados a este mundo: personas, dinero, instituciones...

- La práctica ausencia de esta problemática en nuestras programaciones y previsiones pastorales a todos los niveles.

Todo ello supone un fuerte desconocimiento de los graves problemas de este importante grupo humano y una más o menos culpable inhibición frente a sus sufrimientos.

### 15. *Barreras arquitectónicas.*

En las iglesias, salones parroquiales o de instituciones o asociaciones de Iglesia, seminarios, casas de ejercicios, oficinas eclesiales, etc., continúan existiendo las mismas “barreras arquitectónicas” de siempre. Es muy doloroso que tantos minusválidos creyentes se vean marginados, por esta causa, de locales y ambientes a los que tienen absoluto derecho. Pero mucho más doloroso todavía es constatar que las cosas están así, casi siempre, por la ignorancia, el descuido, la inhibición o la pereza de todos nosotros, los responsables de todos esos lugares de culto o reunión. ¿No podríamos comprometernos

a afrontar masivamente este problema en todos los lugares de dependencia de la Iglesia? Sería un gesto más aleccionador que todo cuanto pudiéramos decir en favor de los minusválidos.

### 16. *Centros de enseñanza de la Iglesia.*

Un minusválido tiene el mismo derecho que cualquier otro alumno a educarse en un Centro de la Iglesia, pero, en la práctica, casi nunca puede acudir a él. Por causa de las barreras arquitectónicas y también por causa de la misma organización de los Centros, pensados a espaldas de él, y por causa de las graves dificultades de transporte. Por otra parte, en general, los Centros de la Iglesia tampoco prevén unidades de enseñanza especializada o aulas de nivelación o ayuda.

¿No será éste otro campo muy apto para dar pasos concretos y decididos, que estarían cargados de un fuerte valor testimonial?

### 17. *Integración dinámica en la vida pastoral.*

Nuestras comunidades eclesiales de cualquier signo y dimensión tendrían que constituir ámbitos privilegiados para el reconocimiento de los diversos valores y cualidades de las personas y para la más viva y espontánea participación de todos.

Pero la verdad es que, en general, las personas minusválidas tampoco en las comunidades eclesiales son apreciadas en sus valores reales y hasta son —también aquí— marginadas en la práctica.

Es urgente que los minusválidos, aun los que tienen graves problemas de movilidad, participen activamente en la vida de nuestras comunidades. Su servicio sería inestimable en la cate-

quesis y educación de la fe, a las que aportarían el testimonio de su fe vivida en la pobreza y el dolor de sus limitaciones, y desde las que despertarían la conciencia de toda la comunidad para que viva más cerca de los pobres y marginados y promueva con mayor convicción una sociedad más justa, fraterna y solidaria.

Del mismo modo, nuestras comunidades tendrían que reconocer y potenciar el servicio que los propios minusválidos deben prestar a otros hermanos, también minusválidos, como responsables de sus organizaciones específicas y como acompañantes y animadores de aquellos que no pueden dejar su casa o su ambiente familiar, o que necesariamente han de vivir en régimen de internado. ¿No será el propio minusválido quien mejor comprenda a otro minusválido, esté mejor capacitado para acercarse a sus sufrimientos y pueda compartir su soledad y contagiarle su fe y esperanza cristiana?

#### IV

### EL CAMINO RECORRIDO

18. No sería justo, por nuestra parte, silenciar los progresos hechos, especialmente en los últimos años, en la consideración y el tratamiento de la problemática de los minusválidos y la ejemplar perseverancia de numerosos grupos y personas en el servicio de los hermanos afectados de alguna disminución. De todo ello es, sin duda, un fruto de enorme trascendencia la declaración, de las NN.UU., de 1981 como Año Internacional del Minusválido, que ha motivado este escrito.

19. Expresamente queremos proclamar, en nombre de la Iglesia, nuestro apoyo y aliento a todos los grupos, instituciones y personas de cualquier signo o condición que trabajan en favor de los minusválidos. Especialmente, a las congregaciones religiosas, comunidades o personas que, iluminadas y sostenidas por su fe, entregan su vida a la atención espiritual y material de los minusválidos: unid vuestros esfuerzos; trabajad con entusiasmo; preocupaos por adquirir cada vez mayor competencia técnica; ofreced no sólo vuestra capacidad profesional, sino también vuestra acogida, vuestra cercanía afectuosa, vuestra amistad.

20. A las familias de los minusválidos queremos expresar nuestra comprensión y admiración, recordándoos unas recientes palabras del Papa Juan Pablo II: “La acogida de vuestro hijo os ha comprometido en un camino difícil y exigente. Que la fe cristiana os ayude a llevar vuestra prueba con coraje, serenidad y amor” (6/4/981). Tenéis en vuestras manos una gran responsabilidad, ya que es en la familia donde el minusválido puede y debe encontrar la primera comprensión, la cercanía, el cariño, el apoyo y el estímulo que necesita para enfrentarse a la vida con esperanza.

21. Animamos, por último, a cuantos trabajan en favor de los minusválidos desde los órganos legislativos y desde la Administración del país, desde las instituciones de servicio a los mismos (investigadores, médicos, personal sanitario, educadores...) y desde la promoción y defensa de sus derechos, a continuar sin desmayo el camino emprendido hasta conseguir soluciones estables y definitivas.

Que la celebración del Año Internacional del Minusválido nos ayude a todos a tomar conciencia de nuestra responsabi-

lidad ante estos nuestros hermanos. Que sepamos escuchar su llamada, desde la cual Cristo sigue invitándonos a la fraternidad universal.

Los miembros de la Comisión Episcopal de Pastoral:

Teodoro Ubeda Gramage, Presidente de la Comisión.  
Javier Osés Flamarique  
Ramón Echarren Istúriz  
Alberto Iniesta Jiménez  
José Gea Escolano



## BIBLIOGRAFIA

Responsable de la Sección:  
Raimundo Rincón

NOTA-ADVERTENCIA. Sólo reseñamos la bibliografía fundamental que fácilmente resulta accesible a nuestros lectores. Una breve reseña acompaña a las obras más interesantes.

### 1. Obras generales.

AA. VV., *Aprender a ser*, Alianza Universidad/Unesco, Madrid 1975, cuarta edición.

La tesis central del informe es que la educación del futuro no deberá circunscribirse a sectores privilegiados, ni limitarse a determinados grupos de edad, ni ser confiada a las instituciones pedagógicas tradicionales, ni ser impartida de forma segmentada y especializada. El informe tiene el considerable mérito de “haber trazado un inventario de la educación actual y definido una concepción global de la educación del mañana”; posee, además, un gran valor práctico, ya que “desemboca en recomendaciones concretas, aptas para orientar la acción de la Unesco, de los gobiernos y de la comunidad internacional”.

ALFONSO SANJUAN, M., *Las subnormalidades*. Diagnósticos y tratamientos, CEPE, Madrid 1978.

CAMPOS, J. y otros, *¡Dejadnos sitio! Los deficientes mentales*, S.M., Madrid 1979.



FIERRO, A., *El derecho a ser hombres*, Sedmay, Madrid 1977.

HAMILTON, J. - SEGAL, R., *El subnormal en la tercera edad*, S.I.I.S., San Sebastián 1977.

INSTITUTO CANADIENSE PARA LA DEFICIENCIA MENTAL, *Orientaciones sobre deficiencia mental*, S.I.I.S., San Sebastián 1978.

SERVICIO INTERNACIONAL DE INFORMACION SOBRE SUBNORMALES, *Un niño como los demás*, S.I.I.S., San Sebastián 1978.

URQUIA MARTINEZ, B. - PEREZ-PORTABELLA, F.J., *Orientaciones psicopedagógicas para la integración del deficiente*, CEPE, Barcelona 1974.

## 2. Educación general.

AA. VV., *La praxis de la educación especial* (Conceptos, instrumentos e instituciones: Apuntes críticos), Avance, Barcelona 1978.

AA. VV., *Educación familiar del subnormal*, Fontanella, Barcelona 1975.

BACH, H., *La deficiencia mental. Aspectos pedagógicos*, Cincel-Kapelusz, Madrid 1980.

El autor aborda el problema desde una vertiente educativa y práctica. Su obra resulta, por tanto, útil para padres y educadores, para pedagogos terapeutas, psicólogos y demás profesionales relacionados con la educación especial. También ofrece orientaciones precisas para programar gradualmente objetivos operativos alcanzables en las diferentes áreas de aprendizaje.

JOHNSON, M.A., *La educación del deficiente mental. Manual para padres y educadores*, Cincel, Madrid 1979.

NOT, L., *La educación de los débiles mentales*. Elementos para una psicopedagogía, Herder, Barcelona 1976.

En primer lugar, se estudian las diversas teorías respecto a la debilidad mental. Después, se esboza el proyecto de una educación integral que asegure el desarrollo máximo de todas las posibilidades de que el ser es portador, analizando los componentes de este tipo de educación. Por último, se examinan los grandes sistemas pedagógicos con las actitudes y métodos por ellos preconizados.

### 3. Educación religiosa.

BISSONNIER, H., *Introducción a la psicopatología pastoral*, Marova, Madrid 1962.

ID., *¿Qué hacer en catequesis con los niños retrasados?*, Marova, Madrid 1962.

ID., *Pedagogía religiosa de los inadaptados*, Nova Terra, Barcelona 1969.

COLABORACION, *Catequesis de los más pobres*, Marova, Madrid 1974.

EGUIA, J.I., *Los deficientes mentales y la eucaristía*, Euramérica, Madrid 1969.

ACTUALIDAD CATEQUETICA, *Catequesis especial*, n. 97/98 (1980).  
Número monográfico y muy completo (con bibliografía).

PAULHUS, E., *La catequización de los inadaptados*, Marova, Madrid 1966.

SECRETARIADO NACIONAL DE CATEQUESIS, *“La formación religiosa de subnormales”*, Orientación catequética n. 35, Madrid 1966.

TORRE ALCALA, A. de la, *La conducta religiosa del deficiente*. Estudio psicológico-experimental, CEPE, Madrid 1975.

NOTA. Señalamos algunos textos que se pueden usar fácilmente y han sido ya contrastados por una práctica positiva. Nos centramos en la "Colección Písces", de la Editorial Bruño, Madrid. Es una catequesis especializada, bajo el patrocinio del Instituto Pontificio San Pío X, de Salamanca.

1. COMISION DE EDUCACION ESPECIAL DE BARCELONA, *Gracias, Señor*.  
Pre-catequesis pura que pretende la educación del sentido religioso en un contexto cristiano. Orienta al niño a la oración a través de una trama desarrollada en seis temas: manos, pies, boca, nariz, ojos y oídos.
2. AA. VV., *El Señor de las cosas*.  
El libro completa psicológicamente la línea del anterior. La pregunta lleva al descubrimiento del don de Dios, que nos ama en todas las cosas. Hay también una introducción a los símbolos cristianos.
3. AA. VV., *El agua es bonita y alegre*.  
Responde a la finalidad pastoral de la iniciación a los sacramentos (eucaristía, penitencia). Como fondo está el ciclo litúrgico. Se usa una pedagogía activa, en la que intervienen numerosos instrumentos pedagógicos (murales, canciones, diapositivas).
4. GODOY, J. - ARAGUES, T., *Somos cristianos*.  
Presentación de Jesús a través del evangelio y se prepara al niño para su encuentro personal con el Señor dentro de la comunidad cristiana. El contenido se articula en 60 temas, que pueden servir para dos cursos. Todos los temas se polarizan en torno a la idea central del año o ciclo litúrgico.

5. AA. VV., *Ojos nuevos*.

Aquí se presenta una especie de síntesis de la vida cristiana. También se presentan pistas para un compromiso personal de la fe. En este sentido, desde los horizontes de una relativa madurez y plenitud, se elabora la iniciación para el sacramento de la confirmación.

EGUILUZ, A. - GALLEGO, L.M., *¡Gracias, Padre!*, CEPE, Madrid 1979.

Pre-catequesis infantil que inicia al niño en el camino de la fe. Es un libro de trabajo, de estudio y de reflexión, muy útil para padres y educadores. Por supuesto, también para el niño. Cada tema se presenta a modo de una pequeña historieta, con dos personajes centrales, con el fin de que el niño interiorice sus experiencias.

ASCO, C. - ROYO, M.A., *Cómo iniciar a vivir el Padrenuestro*, Ed. Vedrúna, Valencia 1977.

Catequesis no sobre el Padrenuestro, sino orientadas a la comprensión, vivencia y puesta en práctica de la oración que Jesús nos ha regalado. Cada una de las catequesis viene a ser un acto lingüístico-religioso global, en el que se comparte con los niños la profesión de fe en la paternidad de Dios y en la fraternidad en Cristo; la visión religiosa de la realidad que fundamenta el compromiso de transformarla; el intento de dar vida y nombre a las experiencias de nuestra vida. La participación es muy completa, mediante el empleo de cassette, diapositivas, cantos, expresión dinámica y otras actividades.

#### 4. Educación moral.

BISSONNIER, H., *Psicopedagogía de la conciencia moral*, Marova, Madrid.

COLABORACION, *Derecho a la sexualidad y responsabilidades del deficiente mental*, Fontanella, Barcelona 1976.

COLABORACION, *Educación sexual del deficiente mental*. Guía para padres, maestros y profesionales, Fontanella, Barcelona 1975.

COLABORACION, *Sexualidad y retraso mental*, S.I.I.S., San Sebastián.

### 5. Revistas españolas.

AUXILIA (Deficientes físicos).

Asociación para la promoción cultural y social de enfermos de larga duración y disminuidos físicos. Padua, 95-5a, Barcelona-23.

BOLETIN DE ESTUDIOS DE DOCUMENTACION (Todas las deficiencias, monográfica).

Instituto Nacional de Servicios Sociales (SEREM). María de Guzmán, 52 (Telf. 91/233 55 04), Madrid-3.

EPHETA (Todas las deficiencias, monográfica).

Secretariado de Educación Especial de la Comisión Episcopal de Enseñanza y Educación Religiosa. Alfonso XI, 4 (Telf. 91/231 97 09), Madrid-14.

PATRONATO SAN MIGUEL (Deficientes mentales, monográfica).

Patronato San Miguel, Caja de Ahorros Municipal, San Sebastián.

PROAS (Sordos).

Patronato de Promoción y Asistencia a Sordos, de la Fundación General Mediterránea. Núñez de Balboa, 3 (Telf. 91/276 57 46), Madrid-1.

SIGLO CERO (Deficiencia mental).

Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales. Cristóbal Bordiú, 33 (Telf. 91/344 11 00), Madrid-3.

**SERVICIO INTERNACIONAL DE INFORMACION SOBRE SUBNOR-  
MALES (Toda la documentación existente en castellano y extran-  
jero bajo todos los aspectos).**

**Reina Regente, 5 (Apartado 667), San Sebastián.**



## ESCRIBEN EN ESTE NUMERO

**POLAINO-LORENTE, Aquilino.**— Nació en Cazorra (Jaén), en 1946. Cursó estudios de Medicina y de Psicología, en la Universidad de Madrid, y de Filosofía y Letras, en la Universidad de Navarra. Es doctor en Medicina por la Universidad de Sevilla.

Dedicado desde los quince últimos años a la docencia universitaria, ha sido profesor adjunto de Psiquiatría en las universidades de Sevilla y de Extremadura. Actualmente es catedrático de Psicopatología en la Universidad Complutense.

Entre su abundante producción científica, cabe destacar: “La formación de la personalidad”; “Analítica de la sexualidad”; “La metapsicología de Freud”; “Esquema de microbiología de los alcoholismos en Sevilla”; “Introducción al estudio científico del autismo infantil”.

**TRUCHUELO NEGRETE, Jacinto.**— Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Infantil San Rafael, de Madrid; ortopeda-traumatólogo, por oposición, de Sanidad Nacional; médico y cirujano, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid; jefe de equipo de Traumatología de la Seguridad Social; ex-director del Hospital Infantil Santa Clotilde (ortopédico), de Santander; ex-jefe de la Sección de Motóricos del Instituto Municipal de Educación, de Madrid. Diplomado en Dirección y Administración Hospitalarias, y de Sanidad.

Miembro de varias Sociedades Científicas. Tiene publicados cerca de veinte trabajos. Partícipe activo en diversas reuniones científicas. Visitas a los más importantes Centros de la especialidad en el extranjero.

**SOS ABAD, Antonio Miguel.**— Nació en Almudévar (Huesca), en 1936. Profesor especializado en Pedagogía Terapéutica por Navarra; profesor especial de sordomudos por Madrid; ex-director pedagógico de la Federación Nacional de Sordomudos; experto en lenguaje gestual; logopeda en el Hospital Infantil San Rafael, de Madrid.

Publicaciones, entre otras varias: “Apuntes logofoniátricos”; “¿Existe la dislexia?”; “Alfabeto dactilográfico español”.

**ISLA, Miguel.**— Nació en Corella (Navarra), en 1943. Pertenece a la Congregación de PP. Camilos, de la que es delegado de vocaciones en la región Norte. Es consiliario diocesano y regional de FRATER, en Vizcaya. Forma parte del equipo nacional de FRATER.

Colabora en varios movimientos de minusválidos. Entre otros: Asociación de Padres de Minusválidos Físicos; Asociación de Hemofilia; Auxilia. Es A.T.S.







