

# Estudio técnico de los disminuidos psíquicos

---

**FERNANDO FONCUEVAS**  
**LORETO GARCIA**

## Introducción

En la vida psíquica de todo ser humano podemos distinguir *dos dimensiones esenciales*: una, estructural o cognoscitiva, y otra, dinámica o afectiva. La primera cristaliza en la inteligencia, la segunda hace referencia a la afectividad, a la esfera emocional de la persona, y de los conflictos, tanto por déficit como por exceso, que se puedan producir en la misma, surgiendo los diversos trastornos de la personalidad.

No son, en modo alguno, dimensiones independientes a modo de compartimentos estancos, sino que existen *entre ellas una interdependencia y se potencian mutuamente*. En este sentido, podemos decir que la vida afectiva y la cognitiva, aunque distintas, son inseparables.

La deficiencia intelectual consiste esencialmente en una carencia estructural, pero esto no significa que necesariamente esté afectada también el área afectiva. Aunque no es inusual que un cuadro de deficiencia intelectual se vea acompañado de desórdenes afectivos, éstos no son, la mayoría de las veces, causados por la deficiencia en sí, sino más bien por variables externas a la persona, fundamentalmente del ambiente que le rodea.

Como veremos más adelante, algunos deficientes presentan una alteración orgánica añadida, y esto supone un importante factor de diferenciación con respecto a la persona normal. Sin embargo, a niveles afectivos, el deficiente no se aleja esencialmente de la normalidad.

Esta última afirmación tiene importantes implicaciones terapéuticas, ya que las terapias a seguir, tanto en el caso del deficiente como de la persona normal, serán las mismas. La única diferencia radicará en que en el caso del deficiente habrá que adaptarla al nivel de inteligencia ante el que nos encontremos.

Una rápida alusión a los principios de la psicología evolutiva nos ayudará a desarrollar un poco más esta idea.

El desarrollo intelectual, aunque es un *proceso continuo*, puede ser descrito como una secuencia de etapas o estadios, que suponen la adquisición progresiva de las distintas capacidades cognitivas que presenta la persona adulta que ha cubierto todas esas etapas. Este sería el objetivo ideal, que es el que consigue la mayoría de las personas. Pero los deficientes siguen un ritmo cronológico distinto, necesitan más tiempo, y, además, no consiguen cubrir todos esos estadios: en función de la deficiencia alcanzarán uno u otro nivel.

En este proceso del que venimos hablando intervienen, por un lado, *unos componentes madurativos* (que se refieren a la evolución del cerebro) y, por otro, *unas relaciones*, que hacen referencia a la posibilidad que tienen las personas de entablar relaciones constructivas (es decir, que promueven desarrollo), con la personas y objetos de su entorno. En el deficiente, el componente madurativo siempre es carencial, ya sea porque el desarrollo se quedó anclado en un nivel evolutivo anterior, o porque existe una lesión orgánica en el cerebro que le incapacite funcionalmente de forma total o parcial. Y aunque el estado de este componente determinará en gran medida las posibilidades de desarrollo, siempre tendremos opción, y aquí es donde entrarían las terapias de las que hablábamos antes, a trabajar los componentes relacionales que nos ofrecerán dis-

tintas posibilidades, en función del grado de desarrollo al que haya llegado el individuo. Cada deficiente tendrá un «techo», un nivel a partir del cual ya no se puede desarrollar más, y nuestro trabajo consistirá entonces en ayudarlo a llegar hasta esos límites de sus capacidades, con lo que le habremos ayudado a ser una persona un poco más adaptada (aunque ese poco sea a veces casi inapreciable) a las necesidades del mundo que le rodea. En definitiva, a ser más persona.

## Concepto

Históricamente, el concepto de deficiencia intelectual ha experimentado una importante evolución. Las creencias más primitivas la consideraban bajo la misma denominación que otras alteraciones que hoy día constituyen entidades nosológicas completamente diferentes. De esta forma, tanto el loco, como el delincuente, o el retrasado eran incluidos en la categoría de deficiente mental.

Posteriormente, y debido sobre todo a variables sociales (avances de disciplinas como la psiquiatría y la psicología, la mayor calidad de vida en las nuevas sociedades industriales, que repercute en una visión distinta del deficiente), esas primeras concepciones se van delimitando cada vez más, dando lugar a definiciones más operativas y, sobre todo, más realistas.

Así, por ejemplo, *un error básico* que se ha cometido a lo largo de la historia ha sido confundir la deficiencia intelectual con la demencia. Ante esta grave confusión, hay que aclarar que la deficiencia hace referencia a carencia intelectual; de ahí la denominación genérica de oligofrenia que se da a las deficiencias intelectuales: etimológicamente, significa poca inteligencia.

La demencia, en cambio, se refiere al proceso degenerativo que sufre la inteligencia a causa de un trauma. En este sentido, se ha comparado al demente con una persona a la que han privado de sus bienes, un rico desheredado, y al deficiente, con el que siempre ha vivido en la miseria.

Para intentar delimitar aún más el *concepto de deficiencia intelectual*, podríamos citar *cinco características* como definidoras del mismo:

1. Son congénitas.
2. Son irreversibles, según los conocimientos actuales.
3. Existe una insuficiencia en la inteligencia general.
4. Hay un retraso escolar grave.
5. Hay una insuficiente adaptación social.

Sin embargo, la mera denominación de la deficiencia intelectual resulta demasiado genérica: existen distintos grados de deficiencia y distintos tipos de deficientes. Y aunque debido a la gran variabilidad interindividual no podemos proceder con total precisión, sí podemos manejar unos criterios de aproximación, agrupando perfiles semejantes, y consiguiendo grupos más o menos homogéneos en cuanto a sus características, con las ventajas que, a efectos prácticos, tanto de diagnóstico como de intervención, conlleva. Esta tarea es la que han intentado llevar a cabo las distintas clasificaciones que se han hecho de la deficiencia intelectual.

## Clasificaciones

Los criterios han variado según la época y la cultura en que se han formulado. Se han seguido *criterios legales*, en función de las capacidades que tuvieran los deficientes para administrar por sí mismos sus bienes; *criterios sociales* o de adaptación a la sociedad, según los cuales sólo serían deficientes los individuos que no se encontraran integrados en la sociedad; *criterios intelectuales* o de capacidad mental, en función de la edad mental que presentara el individuo, que podría ser superior, igual o inferior a su edad cronológica. La división de la edad mental por la cronológica da el cociente intelectual, en función del cual cada individuo será adjudicado a uno u otro grupo. Por último, también se han utilizado *criterios clínicos* basándose en la patología adicional del deficiente.

Cada una de estas clasificaciones da lugar a una serie de categorías en las que los límites en función de sus cocientes intelectuales es bastante fluctuante. Esto se debe a que la fijación de la edad promedio de cada grupo es decidida por el autor, por lo que sólo se le puede adjudicar un carácter indicativo. Además, la dificultad de las escalas de inteligencia aplicadas no es uniforme ni en sí mismas, ni para todos los grupos sociales.

Por otra parte, hay que hacer notar el carácter pragmático de todas estas clasificaciones. Esto nos lleva a considerarlas como instrumentos de trabajo no excluyentes. Y, sobre todo, a considerar el diagnóstico individual más allá de las clasificaciones. Un cociente intelectual deficiente no debe servir nunca para emitir un veredicto sin recurso. En este sentido, la O.M.S. propone una clasificación insistiendo de manera especial en el valor relativo del C.I., y clasifica los retrasos en:

### **Nivel I. Profundos** (C.I. comprendido entre 0-20)

Sus características generales serían:

- Las posibilidades de la educación y técnicas terapéuticas son limitadas. Objetivo esencial: adiestramiento en las costumbres de higiene.
- Organos auditivos y fonoarticulatorios en perfecto estado, pero el intercambio social no lo realizan a través del lenguaje, sino de conductas y respuestas globales afectivas.
- Vida puramente vegetativa.
- Suelen presentar malformaciones físicas, graves trastornos motores por parálisis parciales, por ausencia de desarrollo o destrucción de parte del cerebro.

Existen dos tipos constitucionales:

- Apáticos: más manejables, con más posibilidades afectivas y de convivencia.
- Excitados: mentalidad destructora, automatismos, etc.

Este nivel presenta una frecuencia del 9 por 100.

## **Nivel II. Graves** (C.I. comprendido entre 21-50)

Presenta una frecuencia del 21 por 100.

Sus características generales son:

- Pueden realizar adquisiciones verbales, pero su lenguaje se mantiene asintáctico.
- Desarrollo psicomotor variable, por lo general, alterado.
- Afectividad elemental, oscila entre una sociabilidad viscosa y adhesiva y el negativismo.
- La percepción elemental está menos alterada que las demás facultades.
- La discriminación de formas complejas y la capacidad de abstracción en los que tienen un C.I. más alto del grupo no alcanza el nivel mínimo necesario de abstracción para la adquisición de la lectura y escritura.
- Adquiere lentamente las costumbres de limpieza y la alimentación es difícil.
- Vive desorientado en el espacio y el tiempo, pero reconoce el peligro que implica determinadas situaciones (ejemplo, atravesar la calle).
- Es hablador, pero no sostiene una conversación.

El niño del nivel II es incapaz de conseguir ningún provecho de la escolaridad habitual. En la especial, aunque puede llegar a conseguir logros como la lectura subsilábica o la suma o resta de dígitos, es más conveniente que la planificación de objetivos vaya encaminada a conseguir el desarrollo de sus posibilidades internas, y éste consistiría básicamente en desarrollar su vocabulario, mejorar su desarrollo motor, atemperar la conducta emotiva, y enriquecer la percepción elemental.

Se distinguen dos tipos: psíquicamente estables (afectuosos, de agradable convivencia, buenas esperanzas de desarrollo y aprovechamiento escolar) y psíquicamente inestables y excitados (presentan grandes dificultades de convivencia y adaptación).

### **Nivel III. Moderados** (C.I. comprendido entre 51-70)

La frecuencia de presentación es del 70 por 100 de la población deficiente. El C.I. oscila entre 51 y 70, siendo considerada esta última puntuación como la frontera inferior de la normalidad.

En este grupo, más que en los anteriores, se cuestiona el criterio del C.I., ya que considera como su característica definitoria las dificultades de adaptación social.

Características generales:

- Fracaso frente a situaciones escolares.
- Fracaso ante situaciones profesionales.
- Fracaso para realizar una auto-organización económica.
- Dificultad para llevar una vida independiente.
- Dificultad en las tareas abstractas.
- En el plano afectivo, se caracterizan por la inseguridad y el desequilibrio que les produce el choque entre su propia insuficiencia intelectual y el medio social en el que se desarrolla su vida, siempre exigente y a menudo hostil.
- Cuando se enfrentan solos ante situaciones nuevas carece de la agilidad de pensamiento necesaria para la adaptación, y se producen frustraciones.
- Les resulta difícil adaptarse a las relaciones interpersonales. Sólo se encuentran seguros en el círculo de sus relaciones sociales que no les amenazan con imprevistos.
- Las relaciones humanas que entablan se caracterizan por la fragilidad y el infantilismo.

En muchos casos existe lo que se conoce como falsa debilidad mental: se trata de sujetos que padecen una deficiencia sensorial o motora, una privación cultural o un problema emocional, pero cuyo potencial intelectual está intacto, por lo que con una reeducación adecuada pueden adquirir la normalidad.

Podemos distinguir dos tipos:

- Débiles armónicos: muy recuperables pedagógicamente.
- Débiles disarmónicos: trastornos afectivos y de comportamiento de más difícil tratamiento educativo, y con menos posibilidades de integración familiar y socio-laboral.

#### **Nivel IV. Ligeros o bordelines** (C.I. comprendido entre 71-85)

Los C.I. incluidos en este nivel se consideran dentro de las variaciones normales de la inteligencia, y suponen un 10 por 100 de la población aproximadamente, siendo más frecuentes en las clases sociales con bajo «status» socioeconómico.

La importancia del papel de la educación en este grupo es tal, que se puede dar el caso de que estas personas sean víctimas de una mala planificación social de la enseñanza, convirtiéndose así en aparentes retrasados.

### **Etiología**

Al referirnos a las causas de la deficiencia intelectual, podemos distinguir tres grandes grupos de factores: genéticos, ambientales y de enfermedad.

a) Factores genéticos. Los más frecuentes son:

1. Consanguineidad: Los padres con algún tipo de parentesco, sobre todo si es de primer grado, corren el peligro de tener algún hijo con retraso mental, en una proporción algo mayor a tres veces respecto a la población general.
2. Alcoholismo: Otros factores menos frecuentes son la sífilis, la tuberculosis y los procesos degenerativos familiares. La edad de los padres se ha relacionado con el aumento de los casos de retraso mental, pero actualmente no se puede afirmar una relación clara de causa-efecto, aunque sí es cierto que, a medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de deficiencia.

b) Factores ambientales.

Una de las causas más influyentes es sin duda la privación de la madre. Si ésta es corta, la recuperación es posible, pero no lo es si la separación es demasiado prolongada.

Otro factor muy determinante es el llamado ambiental biosocial, esto es, la cantidad y sobre todo la calidad de los estímulos procedentes del medio, ya que se cree que la inteligencia se desarrolla gracias a esos estímulos. Esta creencia viene confirmada por la constatación de una correlación entre la jerarquía de las categorías socioprofesionales altas y la jerarquía de los cocientes intelectuales de los niños procedentes de ellas.

c) De enfermedad

La característica común de las deficiencias aparecidas por esta causa es la existencia de una lesión cerebral que puede ser pre, peri o post-natal. Constituyen el grupo de las llamadas deficiencias secundarias o patológicas. Suelen ser más graves que las deficiencias primarias, están mejor definidas clínica, anatómica y etiológicamente, y son menos numerosas. Dependen en su evolución de tres factores: la localización de la lesión, la evolución y la edad en la que se produjo. Suponen de un 20 al 25 por 100 de la población deficiente, frente al 70-80 por 100 de la deficiencia primaria.

1. Causas prenatales:

- Transmisión de una enfermedad materna al embrión (ejemplo: rubéola).
- Enfermedad hemolítica (incompatibilidad entre los caracteres sanguíneos del feto y de la madre).
- Intoxicaciones maternas (ejemplo: alcohol, droga, etc.).

2. Causas perinatales:

- Anoxia (falta de oxígeno). Es la más importante.
- Dificultad de las primeras tetadas.
- Pequeños fenómenos convulsivos.

### 3. Causas postnatales:

- Las más importantes son las infecciones meningoencefálicas.

## **Modelos de intervención**

Vendrán definidos por el criterio que adoptemos ante la deficiencia, esto es, en función de la clasificación que adoptemos, habremos asumido implícitamente un modo específico de intervención.

De esta forma, y paralelamente a las distintas clasificaciones que antes hemos presentado, podemos hablar de un modelo de intervención que vaya encaminado a que los deficientes adquieran la capacidad de administrar por sí mismos sus bienes, o de otro modelo cuyo objetivo sea integrarlos en la sociedad, o de otro cuya intervención estuviera dirigida a elevar su cociente intelectual, y de un último modelo que se proponga como objetivo prioritario la intervención sobre la patología adicional.

## **Propuestas**

Nuestra propuesta de modelo de intervención consiste en una integración de todas las que hemos visto anteriormente. Una intervención no puede ir dirigida a una parcela específica del problema, olvidando todas las demás, porque, según la filosofía de trabajo expuesta en la introducción, no estaríamos aprovechando al máximo todas las posibilidades de desarrollo que nos ofrece un deficiente.

Por lo tanto, abogamos por un programa de intervención que tenga en cuenta todas las áreas mencionadas, y que vaya encaminado a conseguir, en la medida de lo posible, una mayor autonomía del deficiente para que sea capaz de administrar sus recursos, una mayor integración en la sociedad, una elevación del cociente intelectual y una minimización de la patología orgánica.

Proponemos también el recurso de las terapias conductistas cuando el objetivo prioritario sea la eliminación de conductas indeseables, así como el mantenimiento o instauración de conductas apropiadas.

Por otro lado, las técnicas de carácter dinámico serán las más apropiadas en los casos en los que exista un problema emocional de base, siendo la resolución de éste el objetivo más urgente, pues, si ese trastorno emocional persiste, producirá un efecto de «bloqueo» en la persona que le impedirá rendir al máximo de sus posibilidades. Sería inútil entonces recurrir a las técnicas conductuales, porque no conseguiríamos eliminar el verdadero problema, en todo caso, sustituiríamos unos síntomas por otros distintos.

En definitiva, *defendemos el recurso a todos los modelos de intervención* que efectivamente ayuden a conseguir que el deficiente llegue a ser una persona más íntegra y más adaptada al mundo que le rodea.