

## ◆ Importancia de la educación en la deficiencia mental

Macarena Martín Gómez

En el presente capítulo vamos a tratar sobre la importancia que tiene la educación para los deficientes mentales y sobre las mejoras que son capaces de realizar con la ayuda de los demás.

Para ello, haré unas anotaciones de carácter general sobre la definición de deficiencia mental, las características del pensamiento de estos sujetos, los tipos, etc. con el objeto de conocer cómo puede mejorar su calidad de vida la formación educativa y fomentar su crecimiento social y personal.

Después complementaré esta información, en base a una práctica voluntaria que realizamos en el curso 96-97, durante cuatro meses en un centro ocupacional de deficientes mentales, ubicado en Sevilla.

Finalmente, señalaremos la importancia que tiene la relación de las personas que sufren estas deficiencias, con las estructuras de educación popular que existen en sus entornos.

### INTRODUCCIÓN TEÓRICA

#### Definición

Para poder definir la deficiencia mental acudiremos a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la cual la define como *“la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización”*. Este deterioro produce unas limitaciones en alguna/s de las siguientes áreas de habilidades adaptativas aplicadas: comunicación, cuidado personal, utilización de los servicios de la comunidad, vida en la casa, habilidades sociales, autodirección, salud y seguridad, rendimiento académico, distracción y trabajo.

#### Clasificación

Las limitaciones a las que me he referido pueden ser mejoradas por medio de la ayuda y la estimulación de sus cuidadores y de las personas especializadas. Por tanto, podría hacerse una clasificación del retraso mental, en función del tipo de apoyo que necesita para realizar sus competencias. Sería:

- *con necesidad de apoyo intermitente*: la persona no necesita siempre los apoyos, sino sólo en algunas facetas o situaciones de gran importancia, por lo que tiene cierta autonomía;
- *con necesidad de apoyo limitado*: se necesitan apoyos consistentes a lo largo del tiempo, es decir, por un tiempo limitado pero de forma continuada;
- *con necesidad de apoyo extensivo*: el sujeto necesita un apoyo regular, al menos en determinados ambientes, y no limitados temporalmente;
- *con necesidad de apoyo difusivo*: la necesidad de ayuda es continua e intensa en los distintos ambientes, y tiene una naturaleza potencial de mantenimiento de la vida.

Esta clasificación no se refiere a la gravedad de la deficiencia por el grado de afectación intelectual (retraso mental leve, moderado, grave y profundo), aunque tienen relación, pues la ayuda que se necesita depende del mayor o menor grado de retraso mental y, éste, a su vez, se basa en el **coeficiente intelectual (C.I.)**. Según esto, resumiré las características evolutivas del retraso mental y sus competencias sociales y laborales. Esto tiene el inconveniente de que el C.I. debe obtenerse por medio de pruebas psicométricas, y éstas valoran las diferencias interindividuales y no el potencial de aprendizaje mediante un diseño intrasujeto que tenga en cuenta tanto las áreas que pueden ser modificadas como sus procedimientos. Sin embargo, puede ofrecer datos útiles para enfocar la intervención específica de cada sujeto determinado.

<i>Grado de deficiencia mental</i>	<i>Maduración y desarrollo (0-5 años)</i>	<i>Adiestramiento y educación (6-20 años)</i>	<i>Adaptación sociolaboral (20 ó más)</i>
<i>Leve</i>	Pueden desarrollar habilidades sociales y comunicación; retraso mínimo en áreas sensomotoras	Pueden aprender <i>hasta un nivel académico de 6º</i> .	Habitualmente pueden conseguir adaptación sociolaboral, cierta autonomía y algo de ayuda ante estrés social
<i>Moderado</i>	Pueden hablar o aprender a comunicarse, escasa habilidad social, buen desarrollo motor pueden aprender a valerse por sí mismos.	Pueden entrenarse en habilidades sociales y ocupacionales; no suelen pasar del 2º nivel académico.	Pueden mantener un trabajo poco o nada cualificado bajo supervisión.
<i>Grave</i>	Desarrollo motor pobre; generalmente capaces de valerse por sí mismos; capacidad de comunicación escala o nula.	Pueden hablar o aprender a comunicarse; pueden aprender hábitos higiénicos elementales.	Pueden contribuir parcialmente a su automantenimiento bajo supervisión completa.
<i>Profundo</i>	Gran retraso; capacidad funcional mínima en las áreas sensomotoras; necesitan cuidados de enfermería.	Puede aparecer cierto retraso motor; responde a un entrenamiento mínimo.	Algún desarrollo motorico y del habla; pueden adquirir una capacidad de autonomía muy limitada.

Es importante decir que la estimulación precoz es de gran relevancia en el desarrollo de conocimientos de distintos ámbitos, tanto que si no existe no podrán adquirirse las potencialidades de manera espontánea. Además, en algunos casos de deficiencia leve con factores sociales como causa del retraso y si la estimulación es temprana, puede llegar a salvarse el retraso, igualándose a la población normal.

### Características

El retrasado mental adolece de una personalidad primitiva, presenta gran pobreza de representaciones, conceptos, juicios y razonamientos y un imperio del presente inmediato, concreto y fragmentario. Está detenido en el presente, se construye un mundo de lo inmediato concreto, por lo que no tiene perspectivas de futuro, al igual que los niños pequeños.

Por hacer una analogía con la *Teoría del desarrollo* de Piaget, estos sujetos se encontrarían en el periodo preoperatorio, caracterizado por: centración (se centran en algunos de los aspectos del objeto o situación, sin tener en cuenta otros; no tienen una visión global), estatismo (se fijan más en los estados actuales de los objetos que en las transformaciones que se hacen en ellos, por ejemplo en la manipulación de plastilina), etc.

### Conductas asociadas

Anteriormente he mencionado que los deficientes mentales tienen deficiencias de adaptación, basándome fundamentalmente en las alteraciones de conducta que suelen tener, y que son:

*Hiperactividad*: tiene dificultades de adaptación por su inquietud y bajo nivel de atención, lo que le dificulta su interacción en cualquier grupo.

*Irritabilidad*: se manifiesta sobre todo en momentos de creciente estimulación ambiental e interna y está estrechamente relacionada con la baja tolerancia a la frustración que presentan.

*Evitación*: hay personas que, bien evitan las situaciones de estimulación intensa, de ansiedad o de frustración, bien desconectan del entorno y permanecen sin responder.

*Agresividad*: puede no ser provocada por ninguna situación específica; se relaciona con la irritabilidad y la baja tolerancia a la frustración.

Además se observa que la retención a corto plazo parece deficiente en los retrasados mentales, estando inalterada la memoria a largo plazo. Los déficits sensoriales y perceptivos hallados en muchos de los casos pueden contribuir significativamente en sus dificultades de aprendizaje.

Existe una disminución de la capacidad de abstracción y generalización a partir de la experiencia. La disminuida permeabilidad entre las funciones cognitivas determina un pensamiento monótono y una menor flexibilidad e inventiva.

Estos aspectos son los que deben ser mejorados mediante la educación paulatina y constante, con el fin de que estas personas tengan una integración social

suficiente. Además, si disponen de un ambiente familiar donde se les acepta y estimula y disponen también de una formación adecuada, pueden desarrollar una buena adaptación social y profesional y una capacidad de relaciones interpersonales. Sin embargo, nunca debemos olvidar que se enfrentan a muchas más dificultades que el resto de la población, que aumentan en proporción directa con el grado de retraso. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que necesitan mayor cantidad de cuidados maternos, afectos y estimulación.

Por todo esto, puede decirse que su progreso, inserción social, psicopatología, etc., depende de las experiencias que tengan y de sus influencias ambientales, y en esto puede influir tanto la ayuda educativa no formal de manos de las personas que rodean al deficiente mental, como la práctica educativa formalizada.

Queremos también hacer mención de la *comorbilidad* que suele estar presente, sobre todo en los casos más difíciles de deficiencia mental, es decir, la existencia de otras alteraciones o enfermedades de diverso tipo, por ejemplo déficits auditivos o trastornos psicóticos que dificultan aún más la labor de los formadores, de la familia y del propio individuo en el proceso educativo, la autonomía personal, etc.

### Tratamientos

Podemos ofrecer diversas alternativas no excluyentes, que se elegirán en función de las necesidades personales e individuales, del tipo de deficiencia, del contexto en el que viven el deficiente y su familia, etc. Los tratamientos utilizados son:

*Tratamiento biológico:* se abordará la etiología orgánica, si procede, y la sintomatología asociada; los síntomas conductuales se podrán tratar con psicofármacos, como tranquilizantes.

*Tratamiento psicológico:* consiste en realizar terapias tanto individuales como de grupo, en colaboración de todo el equipo asistencial y la familia, para la rehabilitación emocional.

Se suelen utilizar las *técnicas de modificación de conducta*, pues permiten modelar la conducta de estos sujetos y su integración en el medio familiar y social. Las más utilizadas son:

*Reforzamiento positivo y negativo* de forma simultánea para poder avanzar rápidamente, puesto que puede que la conducta que se quiere que se adquiera no exista en el repertorio de los sujetos. Suele utilizarse para potenciar conductas de interacción social, por lo que los reforzadores suelen tener carácter de reconocimiento social.

El *aprendizaje por observación* también se utiliza para modificar conductas de retraimiento social, si éste tiene como estructura funcional última la labilidad afectiva. Este procedimiento consiste en reforzar, tanto individualmente cada vez que un sujeto tenga una aproximación o contacto con otros, como de forma grupal, a la vez que se ignoran las conductas desadaptativas con el fin de extinguirlas. El

observador aprende que emitiendo una serie de conductas, como aproximación a otros, contacto físico, etc. obtendrá reforzamiento y que emitiendo otras no. Esta técnica es muy importante porque ayuda a estos sujetos a que se integren en la sociedad, tengan contactos con otras personas, se comuniquen y, en general, que tengan una vida social plenamente satisfactoria.

El *encadenamiento* se utiliza también para instaurar nuevas conductas como determinadas habilidades de autocuidado, de forma que se descomponen la tarea en sus distintos segmentos para que puedan ser aprendidos con facilidad. Esto implica un *moldeamiento* mediante reforzamientos diferenciales y la presentación y posterior retirada de diversos instigadores (físicos y verbales), que vayan guiando la conducta.

El aprendizaje de conductas de autocuidado (higiene, vestido y alimentación) es fundamental para estas personas, y a veces será lo único que consigan. Tales adquisiciones les permiten valerse por sí mismos en esas actividades y les liberarán relativamente de la dependencia social que mantienen respecto a los demás.

Son procesos de aprendizaje lentos, debido a sus propias limitaciones, pero pueden verse paliados si el trabajo instruccional responde a unas programaciones conductuales adecuadas y coherentes al nivel funcional de cada organismo y se estructuran los principios de actuación en una metodología positiva.

Evidentemente, las técnicas de modificación de conducta, que se basan en el condicionamiento, son las que se aplican a esta población, pues otras como las cognitivas no podrían ser aplicadas, debido a las dificultades cognitivas que tienen. Por ello, lo que se pretende conseguir es que adquieran y mantengan conductas que le garanticen una garantía personal y social.

Estas técnicas son de fácil aplicación, por lo que pueden ser utilizadas por la población que rodea a los retrasados mentales, con la única condición de que las apliquen de manera constante y siempre siguiendo las mismas pautas.

*Terapéutica recreativa:* la ludoterapia tiene una eficacia demostrada para la rehabilitación de la deficiencia mental. Las actividades pueden ser juegos comunitarios o individuales, actividades artísticas, deporte, etc.

Este tipo de tratamiento tiene la ventaja de que puede ser utilizado por cualquier persona interesada en el progreso del deficiente mental y en cualquier momento, siendo adecuado por ejemplo cuando se sienta irritado o sobreestimulado.

*Técnicas psicomotrices:* consisten en la aplicación continuada de estimulaciones sensomotrices, de acuerdo con la edad de desarrollo, para posteriormente aplicar métodos más específicos que faciliten el aprendizaje escolar. Tiene gran importancia que se dé una estimulación precoz desde el nacimiento, para una mejor efectividad; en ello, tiene gran importancia la colaboración familiar, tanto a la hora de ponerlo en manos de un especialista como de estimularlo con actividades cotidianas.

*Pedagogía terapéutica:* se aplicará durante todo el periodo escolar con el fin de adquirir conocimientos escolares, sociales y de iniciación profesional, siempre según el grado de retraso mental.

La educación especial recibe ya un nuevo impulso a partir de la LODE (Ley Orgánica del Derecho a la Educación, 1985), en la que se reconoce el derecho de todo el alumnado a la educación sin discriminación en función de la capacidad intelectual, sensorial o motriz. En España se permite la incorporación de la educación especial a los centros ordinarios para que gran número de alumnos/as se beneficie de ellos, aunque los alumnos/as afectados por grandes deficiencias permanecen en los centros específicos.

En nuestro actual sistema educativo, regido por la LOGSE (Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, 1990) se precisan los aprendizajes mínimos que debe conseguir todo alumno/a, siempre teniendo en cuenta las características particulares de cada uno de ellos, es decir que se hace una individualización de la enseñanza en base a las capacidades, el ritmo de aprendizaje y las habilidades de cada persona. Para conseguir esto, se estructuran las áreas de conocimiento mediante una secuenciación de las actividades para poder provocar intencionadamente aquellos aprendizajes necesarios para que se produzcan desarrollos que no tendrían lugar de manera espontánea. El aspecto clave de los objetivos generales es que están expresados en términos de capacidades; es decir, se considera que lo que la escuela debe ayudar a desarrollar no son tanto comportamientos específicos iguales para todo el alumnado, sino capacidades generales, competencias globales que después se ponen de manifiesto en actuaciones concretas, que pueden ser distintas en cada alumno/a, aunque se deban a la misma capacidad.

Por tanto, para conseguir que los deficientes mentales puedan beneficiarse de un sistema educativo común será necesario que sean instruidos por medio de: revisiones y comprobaciones constantes de su trabajo (control de tareas), práctica y orientaciones guiadas por el profesor/a (comprobación de la comprensión del contenido, participación), correcciones y retroacciones (controlar los errores del alumno/a, alabanzas ante respuestas correctas), práctica independiente (para dar la máxima autonomía y responsabilidad) y revisiones periódicas y reenseñanza de los aspectos del contenido que no han sido suficientemente alcanzados. Seguramente no alcancen los mismos objetivos que el resto del alumnado, pero sí conseguirán alcanzar el máximo de sus posibilidades.

Así, poco a poco, el niño/a irá adquiriendo un conocimiento significativo que le ayudará a construir la realidad y a conocer pautas de comportamiento, procedimientos, actitudes, etc. necesarios para poder desenvolverse en esa realidad, en la medida de lo posible.

Por tanto, el sistema educativo ofrece una educación para todos, sin discriminación.

*Formación profesional:* es el aprendizaje en talleres protegidos y cursos especiales para integrar al deficiente en el mundo laboral. Tiene gran importancia en dos aspectos: por un lado, permiten que obtengan una autonomía social y, por otro, los ayudan a sentirse útiles, lo cual hace aumentar su autoestima.

Programas de información y concienciación de la sociedad: se ha de mantener la convivencia del retrasado mental con la familia, con ayuda e información nece-

sarias, y no en centros hospitalarios, pues en ellos no podrán conseguir la inserción sino más marginación, y no podrán aplicar los conocimientos que vayan adquiriendo en el mundo real.

El resto de la sociedad también debemos disminuir la marginación, para que puedan sentirse completamente integrados en un mundo social, y para ello es necesario que nos concienciamos de que no debemos tratarlos como enfermos, sino como personas con dificultades

*Organización de servicios:* es la asistencia que se da en unidades especializadas como servicios educativos, médicos, psiquiátricos y sociales.

Por todo lo expuesto, la atención, educación, ayuda que debe recibir el retrasado mental ha de ser mediante un abordaje multidimensional, es decir, desde diversas disciplinas y perspectivas para conseguir el máximo desarrollo del sujeto, a nivel personal y social.

Si el problema es que tiene limitadas sus capacidades para resolver problemas, démosle la misma ayuda que le damos a un niño que todavía no ha adquirido las habilidades necesarias para tener autonomía. Una vez adquirida esa autonomía, tanto el propio sujeto como sus cuidadores se beneficiarán de ella, luego es una meta deseable y factible. Y, además, debemos respetar su ritmo de aprendizaje, pues presionarlo sólo sirve para bloquearlo y para que baje aún más su autoestima, por sentirse diferente a los demás. A continuación, resumiremos en qué consistió nuestra tarea en el centro de deficientes mentales, qué ofrecía éste a su alumnado, cuál era su organización, etc.

## DESARROLLO PRÁCTICO

Se trata del *Centro Psicopedagógico de integración del deficiente mental*. En él trabajan un psicólogo (planifica de forma general las actividades y hace seguimientos continuos de todo el alumnado), maestros de educación especial (llevan a cabo las actividades y están en contacto directo con el alumnado) y monitores (ayudan a realizar las actividades en la escuela-taller).

Está dividido en dos ciclos, según las edades del alumnado. Uno es para niños/as en edad escolar, en el que se enseñan habilidades básicas de los distintos ámbitos: psicomotricidad, intelectual, afectiva, de comunicación interpersonal e inserción social. Una vez que se termina este ciclo, pueden acceder bien a los talleres de formación profesional en los que se aprende a realizar tapices y alfombras o las tareas de jardinería e invernadero, bien en la llamada Unidad de Día, si las habilidades cognitivas del alumnado son muy limitadas, en la que se aprenden fundamentalmente las habilidades de autocuidado y recreativas. En ésta última nos encontramos, por lo que la descripción será más exhaustiva.

Es importante decir que el alumnado acude a este centro sólo hasta un poco más tarde del almuerzo, por lo que pueden generalizar sus aprendizajes a otros contextos, pueden obtener distintas estimulaciones y relacionarse con diferentes

personas, tanto con deficiencia como sin ella. Además, realizan, en vigilancia de personas del centro, actividades complementarias al mismo, relativas a una autonomía personal, por ejemplo suben en autobús, cruzan semáforos.

Después de terminar el primer ciclo, en el que se le enseñan las destrezas necesarias para tener cierta autonomía, sobre todo motora, se les enseña una profesión que pueden desempeñar fuera del centro. Las actividades agrícolas estaban destinadas a personas con mayor autonomía física y mayor posibilidad de libertad de movimientos. Las actividades de realización de tapices tienen una doble vertiente: por un lado, enseñan habilidades motoras, de discriminación (de colores, texturas) y, por otro, les dan la oportunidad de exponer y vender sus trabajos, y una parte del dinero se lo quedan ellos, lo que les sirve de incentivo y factor motivacional, dándoles también una idea de la organización de la vida real, así como de aumentarles la autoestima por el reconocimiento del trabajo.

En la Unidad de Día están las personas con necesidad de vigilancia continua, ya sea por su personalidad hiperactiva que les dificulta poder tener la responsabilidad de un trabajo que precisa concentración y constancia, o por su grado de discapacidad psíquica.

En ella se pretende familiarizar al alumnado con la realidad cotidiana: utilización de los aseos, discriminación de sonidos, colores y prendas de vestir, autonomía a la hora de vestirse y desvestirse, etc.

Nuestra tarea se centraba casi exclusivamente en enseñar distintas destrezas a tres de los alumnos, los más habilidosos dentro de este módulo: Chelo, M<sup>a</sup> Luz y Pepe. Utilizábamos material educativo de complejidad creciente, con el fin de ver su capacidad de aprendizaje; también repetíamos las actividades después de un período de tiempo para ver cómo funcionaba su memoria a largo plazo. Había muchas diferencias individuales en cuanto a resultados, atención, etc., a las cuales haremos mención.

A **Chelo** le produjo la deficiencia mental una anoxia, provocándole limitaciones cognitivas y verbales (sólo emitía algunos sonidos). Su nivel de motivación era muy elevado, pero pronto diversificaba su atención en otras actividades u objetos, que también le duraba poco, es decir, que tenía déficits de atención, lo que le impedía aprender con cierta efectividad.

Lo que sí aprendía rápidamente eran las actividades de psicomotricidad gruesa: le gustaba saltar, bailar, jugar a la pelota, lo cual aprovechamos para que aprendiera conceptos como arriba, abajo, rápido, tú, yo, etc. No ocurría lo mismo con la psicomotricidad fina, pues requería la concentración y destreza que no tenía. Aprendía rápidamente por medio de la imitación, por lo que pudimos realizar conductas de manera segmental, aunque algunas muy rutinarias y simples; por ejemplo, aprendió cómo coger la comida con una cuchara y llevársela a la boca, pero con poca habilidad.

El reforzamiento que más utilizábamos con ella al conseguir que realizara la conducta deseada era fundamentalmente de tipo emocional: caricias, contactos físicos y verbales, para hacer explícito nuestro reconocimiento.

**M<sup>a</sup> Luz** era una chica hiperactiva, lo cual le dificultaba el aprendizaje. Cuando tenía predisposición para el aprendizaje, sí lo conseguía, luego su problema era que no adquiría conocimientos generales porque no dedicaba tiempo para ello, su atención rápidamente pasaba a otra cosa y a otra, etc.; teníamos, pues, que tener mucho cuidado para seleccionar las actividades que atrajeran su atención y le fomentaran su motivación.

Si después de varios intentos no obedecía a nuestras instrucciones de realizar una tarea, la ignorábamos para extinguir su comportamiento y trabajábamos con otro compañero, reforzando de manera explícita a éste antes y después del proceso de enseñanza-aprendizaje, y los días que sí colaboraba con nosotros, era a ella a quien reforzábamos con elogios y caricias, y era ella misma quien nos los pedía cada vez que terminaba una actividad, estando bien realizada o no. Aprendía en estas ocasiones con gran rapidez y soltura, y algo aprendido por ella se mantenía durante mucho tiempo, es decir, que acumulaba aprendizajes.

Aparte de la hiperactividad, le dificultaba los aprendizajes su sordera completa.

**Pepe** era síndrome de Down, aunque él sí hablaba, por lo que los comentarios e instrucciones que les dábamos los comprendía perfectamente.

Era colaborador, muy trabajador y también aprendía con rapidez, pero ante actividades de poca dificultad, pues avanzando el proceso le bloqueaba la excesiva estimulación.

Al principio Pepe tenía pocos contactos físicos con nosotros y sólo algunos verbales; para corregirlo hacíamos ejercicios en los que tenía que tocar nuestras manos, primero con un bolígrafo y después con sus propias manos, primero nos tocaba las uñas y después las palmas, para llegar incluso a entrelazar nuestras manos. Al final conseguimos que se dejara abrazar y que él nos abrazara a nosotros. Es decir, utilizaba el encadenamiento y también el reforzamiento, que en su caso consistía en reconocimientos y elogios, sobre todo en presencia de otros.

Puede decir que, igual que ellos han aprendido con nosotros, nosotros también nos hemos acercado a ellos y hemos adquirido conocimientos sobre sus capacidades y sus limitaciones.

Algo que nos ha llamado mucho la atención es su amplísima afectividad: agradecen sinceramente la ayuda que se les presta, lo que hace que se convierta en un placer.

Sus logros son lentos y, en algunos casos, escasos, lo que puede ser frustrante para nosotros, pero que alcancen un objetivo, aunque sea mínimo, es muy gratificante y sirve como reforzador para seguir trabajando con ellos.

Por otro lado, hay que ser constantes a la hora de enseñarles para que exista un progreso. Si nosotros hubiésemos prolongado ese proceso de desarrollo seguramente habríamos conseguido mejores resultados y, tal vez, persistieran a lo largo del tiempo con gran probabilidad.

Concretamente de estos chicos/as con deficiencias mentales pronunciadas no puede conseguirse una formación muy completa, pero sí pueden aprender a valerse por sí mismos en el terreno del autocuidado, lo cual les da una cierta independencia. Lo importante es que alcancen el máximo de sus posibilidades.

Quisiéramos concluir diciendo que la relación de estas personas con otras de su edad en asociaciones culturales, recreativas, etc., de sus barrios, en las que se desarrollen actividades de educación popular, puede ser muy beneficioso para su mejor integración social y su crecimiento personal.