



Colección
TESIS Y PRAXIS

ANTONIO LEON AGUADO
DÍAZ

HISTORIA
DE LAS
DEFICIENCIAS



ESCUELA LIBRE EDITORIAL

HISTORIA DE LAS DEFICIENCIAS



Colección
TESIS Y PRAXIS

ANTONIO LEON AGUADO DIAZ

Catedrático de E.U. de Psicopatología
de las deficiencias

Universidad de OVIEDO

HISTORIA DE LAS DEFICIENCIAS



ESCUELA LIBRE EDITORIAL
Madrid, 1995

COLECCION «TESIS Y PRAXIS»

Dirigido por:

RAFAEL DE LORENZO GARCIA y
SANTIAGO MUÑOZ MACHADO

Coordinador Editorial:

GREGORIO BURGUEÑO

ISBN: 84-88816-12-X

Depósito legal: M. 39.812-1995

Impresión: FARESO, S. A.

Paseo de la Dirección, 5 - 28039 Madrid

EN EL V CENTENARIO DE JUAN LUIS VIVES
(1493-1540), PADRE DE LA PSICOLOGIA EMPIRICA
MODERNA Y PIONERO DE LA REHABILITACION

Se les ha de preguntar si saben algún oficio. Los que no saben ninguno, si tuvieran edad proporcionada, se les ha de instruir en aquél para el cual sintieren mayor propensión, siempre que sea posible, y si no, en algún otro análogo; por manera que el que no supiese coser vestidos, cosa polainas, botines y calzas. Pero si fuese ya algo alcanzado de días o de ingenio demasiado tarde, enséñesele algún oficio más fácil y, en último término, el que cualquiera puede aprender en pocos días, como cavar, sacar agua, llevar algo a cuestras, hacer portes con un pequeño carro, acompañar al magistrado, traer mensajes, recados, cartas, gobernar caballos de alquiler.

Juan Luis VIVES (1526), **De subventionem pauperum.**

PROLOGO

PROLOGO

Quien escribe estas líneas puede asegurar que la lectura de este prólogo resulta fundamentalmente gratuita y que bien merecería la pena pasar directamente al texto por varias razones que, sin pretensión de desarrollo alguno, pienso que van a resultar fácilmente comprensibles.

En primer lugar, porque se trata de la primera monografía que aborda, específicamente, este tema y, además, dicho así, en plural que es como debería decirse.

En segundo lugar, porque representa un trabajo muy serio llevado a cabo a lo largo de muchos años, por una persona que realmente mima el tema hasta haber elegido dedicarse al estudio de las deficiencias una gran parte de su vida.

En tercer lugar, porque ha sabido mezclar la claridad expositiva y el detalle con síntesis parciales dirigidas a que el lector no pierda el hilo argumental.

En cuarto lugar, porque no se trata de una reflexión en la que se toma en cuenta tan solo la tradición occidental y, como resultado, al final de la lectura quien haya leído puede entender más y mejor el entrecruzamiento y mestizaje cultural de nuestro mundo contemporáneo.

En quinto lugar, porque resulta un trabajo honesto en el que junto al manejo de material de primera mano se explicitan los materiales empleados como referente y, explícitamente, se citan hasta el punto que representa un material a utilizar por los estudiosos de estos temas.

En sexto lugar, porque representa, junto al respeto por los hechos y las ideas, una toma de posición del autor que no duda en exponerla y

ofrecer argumentos para ello, en cada una de las ocasiones en las que esa toma de posición ha sido necesaria.

En séptimo lugar, porque el tema tratado puede gustar a unos lectores y disgustar a otros (afortunadamente, puesto que de un trabajo de ciencia y de reflexión se trata), pero lo que no cabe duda es que se trata de una temática que toca raíces muy profundas de los distintos sistemas de valores que subyacen a las prácticas sociales y a la delimitación de la estructura de las distintas sociedades, puesto que en todas ellas existe el problema o los problemas sobre los que trata el libro.

En octavo lugar, porque representa un esfuerzo original en el sentido de ofrecer una historia conceptual sin caer en explicaciones sociologistas (tan socorridas a nivel de excusa acerca de lo que se ha hecho) ni deductivistas (en el sentido de justificar las prácticas que se hacían sobre las personas deficientes a partir de unos pretendidos «primeros principios» que parecían guiar el funcionamiento social, principios que son, en la mayoría de los casos, guía e invento de los autores pero ni implícita ni explícitamente tratados ni utilizados por los ciudadanos), sino de ir entresacando las generalizaciones empíricas allí donde parecen derivarse de los datos conocidos y dejar sin integrar lo que se aparta mucho de ellas.

En noveno lugar, porque aparecen las aportaciones españolas donde éstas se han dado, así como las omisiones, cuando así ha sido, sin que ni el chauvinismo ni el fatalismo presidan el texto.

En décimo lugar, aunque no por ello menos importante, porque el autor no tiene tan solo un saber «académico de libro» sobre la materia que aborda (siendo este saber importante, sin embargo, no resulta el único necesario para tratar el tema de manera justa y adecuada), sino que el autor posee, además, el saber que proviene de la práctica profesional en el análisis y tratamiento terapéutico y científicamente orientado de las personas que sufren de deficiencias y de ambos tipos de saberes se puede aprender a lo largo de la lectura del texto.

La honestidad del texto, además, lo sitúa entre el hegelianismo logista sobre la interpretación de la historia y el inventario desvertebrado de hechos. La primera posición tiende a encontrarse muy frecuentemente entre los que presentan la historia de las parcelas del conocimiento humano que, movidos por «razones didácticas», dan la imagen de que

todo lo sucedido parece «encajar» en un plan que si no providencial al menos coherente y que daría lugar a la situación actual de una suerte de «fin de la historia», que ha estado de moda hace unos años, y que ha llegado a ser indicador tanto de provincianismo intelectual (en el sentido orteguiano) como de desconocimiento de la naturaleza humana, cuando no ha encerrado motivaciones más bien oscuras y nada esperanzadoras para el ser humano. La segunda posición, la que apela al inventario de hechos, como una suerte de crónica, confunde la objetividad con la desvertebración y la mera enumeración de hechos que han sido seleccionados cuidadosamente, aunque no se explicitan los criterios de selección empleados ni su justificación. Mantener una postura intermedia de razonabilidad plausible, con dudas y sugerencias más que juicios imperativos es un mérito en un tema que, como el de las deficiencias, toca fibras muy sensibles y se ha encontrado sometido a modas muy dispares y no siempre con una justificación racional, empírica o ética (es muy posible que la integración de estos tres conceptos en el tema de las deficiencias se encuentre todavía en un tiempo lejano al que nos está tocando vivir).

El tema de las deficiencias presenta, con toda su crudeza y radicalidad, la polémica entre el igualitarismo intraespecífico en humanos, la sociedad asentada en criterios de eficacia (en unos pocos, porque también habría que decir que existen muchas formas de eficacia) y la defensa de la diferenciación y la individualidad entre seres humanos. La utilización del plural en el título debe ir acompañada de una pluralidad asimismo dentro de cada rubro que cubre una u otra entidad nosológica. Y, más aún, cuando es posible que en algunos casos no exista patología, sino lisa y llanamente una condición humana distinta. Y el reconocimiento de esa diferente condición y patología debe llamar a tolerancia y solidaridad más que a xenofobia y rechazo. Entre otras cosas porque en la condición humana se encuentra que existen valores que no cotizan en bolsa y, sin embargo, representan fuerzas y posibilidades para el desarrollo del potencial humano, y precisamente, en un periodo temporal en el que se empieza a reconocer que la crisis económica no es un periodo de tiempo identificado sino una característica del modelo socio-cultural de la sociedad occidental, bien vale la pena reflexionar respecto a la posibilidad de generar otras formas de pensar y de sentir al respecto. Y que, cuando se habla de eficacia y de competencia, no estemos pensando en tareas de producción industrial, incrementos de facturación o bienestar material, sino también en bienestar personal, en valores humanos individuales, en tolerancia y en la búsqueda de un estilo de vida alternativo, que posea

la calidad de vida como su norte y pensando la calidad de vida no en sus aspectos materiales tan solo y ni siquiera de manera predominante.

Coherentemente con la posición que adopta el profesor Aguado, el libro no termina con un capítulo de «cierre» en el que todo se integre, se haga un pronóstico claro (entre otras cosas porque el historicismo ya fue condenado hace unos años por el recientemente fallecido Popper con razón) y en donde se integren las líneas provenientes de las distintas culturas y orientadas dentro de las culturas más cercanas a nosotros. Esa integración, si es posible, exige otro libro (mejor entender esta última expresión asimismo en plural). Es verdad, sin embargo, que con este libro se añade un paso definitivo hacia esa posible integración a la que invito al autor para que prosiga en la empresa que ya ha plasmado en esta monografía.

El sistematismo en el tratamiento temático, la claridad expositiva, los cuadros ilustradores y la riqueza de la información que aporta hace de esta monografía una referencia obligada para quienes deseen saber cómo se ha llegado hasta aquí en el estudio y tratamiento de las deficiencias. Obviamente que la extensión dedicada a cada una de ellas es distinta, porque distinto es el conocimiento que históricamente se ha tenido al respecto. Y, más aún, nos atrevemos a decir que el desarrollo científico y social obligará al tratamiento de esta temática de maneras distintas, con distintos tipos de extensión de estos temas dentro de medio siglo. Pero el hecho es que estamos en el tiempo en que nos ha tocado vivir, un tiempo que ha dado poco tiempo al aburrimiento y en el que los cambios científicos y sociales representan la norma y, junto a ellos, la detección de las insuficiencias de los modelos sociales crecen en distintas sociedades occidentales (y no solamente en la nuestra). Ante este dinamismo y aceleración del tiempo histórico bien merece la pena sentarse a contemplar lo que ha sucedido, leer y reflexionar sobre lo acaecido. Por lo que se refiere al mundo de las deficiencias humanas esta monografía bien puede ser uno de los motivos serios de reflexión.

Por todo ello agradezco la invitación que el profesor Aguado ha tenido al permitirme prologar esta obra. E invito al lector a su atenta lectura.

VICENTE PELECHANO BARBERA
Universidad de La Laguna

1. PLAN DE TRABAJO

1. PLAN DE TRABAJO

1.1. INTRODUCCION	19
1.2. EL PROBLEMA DE LA DELIMITACION DE PERIODOS	23
1.3. OSCILACIONES Y CONSTANTES HISTORICAS	25

1. PLAN DE TRABAJO

*Todo interés por la enfermedad y la muerte constituye
tan sólo otra manifestación de interés por la vida.*

Thomas Mann, **La montaña mágica.**

1.1. INTRODUCCION

En función de la información a nuestro alcance, no existe una *historia de las deficiencias*. Sí hay, obviamente, *historias de una deficiencia particular*, como la excelente **Historia del retraso mental**, de Scheerenberger (1983, 1984, 1987), por cierto y dicho sea de paso, que nos ha aportado gran cantidad de material. Y no ha mucho que ha sido editada por la ONCE una muy documentada historia tifológica bajo el título **Los ciegos en la historia**, de Montoro (1991). También hay excelentes revisiones de algún tema concreto, como el exhaustivo **Repertorio histórico de legislación sobre discapacidades** (SIIS, 1991), el «*Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España*», de Pascual del Riquelme (1975a, b), o los también exhaustivos «*Estudios evolutivos de la legislación española en favor de los ciegos*» y «*... en favor de los sordomudos*», de Osorio (1972; 1973), obras que, como en su momento precisaremos, nos han sido decisivas y de gran utilidad. Pero la «**historia de las deficiencias**» no se ha escrito todavía, al menos que nosotros sepamos. Este sentido de *aportación novedosa y original* tienen las páginas que estamos introduciendo y cuyo *plan de trabajo* abordamos sin más dilación.

* * *

Por *razones* de lo más variado, por su carácter atípico, incluso sorprendente y hasta divertido, o repelente y repulsivo, por ignorancia, por prejuicios, por superstición, por altruismo, por razones

de tipo humanitario, o religioso, por compasión, por temor, por conveniencia, por egoísmo, por necesidad de mano de obra escasa y/o barata, por motivos de mantener el orden social, por la inercia de la costumbre, por la fuerza de la sangre, a requerimiento de mandatos legales, por falta de otras alternativas, etc., etc., el caso es que en todas las culturas siempre ha habido, por un lado, individuos *diferentes* que, bajo las aún más variadas *denominaciones*, han sido objeto de las todavía más variadas concepciones y formas de trato, y por otro lado, unos también muy variados *expertos* encargados por las instituciones dominantes en el momento de definir qué es la *diferencia*, quiénes son los *diferentes*, cuál es el *lugar* que les corresponde en la sociedad, y cuál es el *trato* que deben recibir.

Es decir, cada sociedad tiene en cada momento histórico unas determinadas necesidades y unos valores sociales (**contexto social**), en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (**diferencia**), unos encargados (**expertos**) que precisan la forma de distinguir (**criterios de selección**) a los sujetos (**diferentes**), el calificativo con que se les ha de reconocer (**terminología**), la función que han de desempeñar en la sociedad (**papel social**) y el trato que se les ha de otorgar (**tratamiento**).

A lo largo de la historia muchos y muy variados han sido los sujetos considerados diferentes. Pero, por lo que interesa a los objetivos y propósitos de estas páginas, *siempre* han recibido tal consideración aquellos que estaban afectados por alguna *deficiencia, discapacidad y/o minusvalía*.

Precisamente nuestro plan de trabajo va a tratar de desarrollar los puntos mencionados líneas más arriba, es decir, **contexto social, concepción, expertos, criterios de selección, tipología, terminología, papel social asignado y tratamiento impartido**, en lo relativo a deficientes, discapacitados y minusválidos. Como puede resultar fácil de comprender, no en todas las épocas van a poder delimitarse todos y cada uno de estos puntos programáticos en detalle, en unos casos por falta de documentación, en otros por carencia de interés y relevancia, en otros, finalmente, por evitar la reiteración y el alargamiento excesivo del relato. En consecuencia, trataremos de sintetizar estos puntos en tres apartados: **concepción y/o comprensión de las deficiencias**, en el que se englobarán los seis primeros epígrafes del esquema anterior, **prácticas**

sociales de que son objeto los deficientes y tratamientos impartidos.

Con todo ello pretendemos hacer algo distinto de lo convencional y habitual. Que lo consigamos, ésa es otra cuestión. Lo usual suele ser la redacción de una historia a saltos o una mera historiografía, en el sentido de excursión por *el pasado*, recuento de *hechos, fechas, datos, acontecimientos* sin más ligazón que la coincidencia temporal en una determinada época y espacio geográfico y/o cultural. Este sentido podría tener la **cronología** que acompaña y sirve de complemento a estas páginas y que figura al final de esta obra. Ahora bien, amén de esa función orientadora, quisiéramos que tal cronología pudiera ser considerado como una *recopilación de fechas, datos, acontecimientos y personajes, reliquias* en definitiva, que obviamente requieren una *elaboración, una reconstrucción, un revestimiento imaginario*, en el sentido en que Bueno (1978) concibe la «*Historia fenoménica*». En consecuencia, lo que en esta *historia de las deficiencias* pretendemos es esa *reconstrucción* en torno a la *constitución histórica* del concepto de la deficiencia y de los tratamientos que se han impartido a los deficientes. Es decir, una *síntesis reflexiva* que nos permita encontrar el «*abanico histórico*», como diría Pelechano, de los «*modos de pensamiento que han dado ciertos frutos relevantes para la actuación profesional*» (1).

* * *

Somos conscientes de las dificultades que encontraremos para apartarnos de lo habitual, entre las que destaca el riesgo de reinterpretar la historia en función de las necesidades del presente, o de que las razones de la explicación de unos acontecimientos no tengan nada que ver con los móviles de tales sucesos, es decir, de encontrar en las fuentes y hechos del pasado ideas del presente que no estaban ni intuidas en aquellos o que se fuerzan para que lo estén.

A ello hay que añadir las dificultades inherentes al tema, que, como todo lo relativo a las ciencias de la salud y, por tanto, también a la psicología, está inmerso en vacilaciones y contradicciones. Se ha dicho con frecuencia y no sin razón, que la psicología tiene una corta historia pero un pasado amplio. Algo muy similar, e incluso

(1) Pelechano (1986a, p. 487).

de forma más acusada, puede decirse de lo referente al campo de las deficiencias que, por otra parte, presenta la peculiaridad de haber sido influido, amén de por otras áreas de conocimiento, por la historia de la psicología en muchas ocasiones, pero, también, de haber influido en la propia psicología, como ocurre en los Estados Unidos tras la II Guerra Mundial, aspecto que será desarrollado en su momento.

Dificultades aún mayores en función de las peculiaridades del campo. Como señala Scheerenberger en relación a la deficiencia mental, pero que consideramos extensible al resto de las deficiencias, la historia de éstas es aún más difícil por tratarse de un problema de la gente corriente y común «cuyas actividades rara vez han llamado la atención de los historiadores a través de los siglos y que, por su parte, han legado a la posteridad pocos documentos» (2).

Desde nuestra condición de *amateur* y sopechando que nuestra postura puede no estar exenta de ciertas dosis de la *ingenuidad* propia del *diletante*, asumimos todos estos riesgos con vistas a poder comprender mejor la constitución del *panorama actual*. El conocimiento de las raíces históricas, de la constitución histórica de ese campo, posibilita y, por qué no, facilita el conocimiento de su panorama actual, de su actualidad (3). Como también se ha escrito, conocer nuestro pasado para mejor comprender el presente y, si ello fuera posible, anticipar el futuro y prevenir la repetición de errores pasados.

La perspectiva histórica, pues, parece oportuna y, esperémoslo, ilustrativa. Sin embargo, no será posible, creemos que no sería necesario ni conveniente, un análisis sistemático de todos los acontecimientos, ni de todos sus protagonistas, ni de todas las prácticas ni de todas las concepciones. Pensamos que será suficiente con apuntar las líneas directrices, los acontecimientos más relevantes y los innovadores más influyentes junto con los momentos decisivos, las convulsiones o revoluciones que supusieron una transformación profunda.

(2) Scheerenberger (1984, p. xiv).

(3) «El "conocimiento de la historia" es tan necesario como el "contacto con la realidad" para el logro de un saber científico cabal», escribe Laín Entralgo (1961, p.8).

1.2. EL PROBLEMA DE LA DELIMITACION DE PERIODOS

Ahora bien, la perspectiva histórica nos obliga a adoptar una serie de decisiones que suponen tomar partido ante problemas que suelen suscitar vivas polémicas entre los historiadores. Uno de ellos estriba en la *delimitación de los períodos históricos* bajo los que vamos a englobar nuestro recorrido.

Sobre este particular, la *periodización* como diría Laín Entralgo (1988), las opciones a nuestro alcance son varias, las grandes épocas o *edades* usualmente elegidas en la historia general o los *acontecimientos* de relevancia para nuestro tema. También puede elegirse una estrategia mixta, como hace Scheerenberger, quien emplea el primer criterio, los períodos históricos pero adaptados a la **historia del retraso mental**. Sin embargo, nos parece más razonable la elección prioritaria del segundo criterio y, en consecuencia, hacer girar nuestro análisis histórico en torno a los *momentos* más decisivos para nuestro tema, en este caso las **revoluciones en salud mental**. Con este decantamiento hacia el criterio de las *tres revoluciones en salud mental*, frente a la *perspectiva tradicional* de las *grandes épocas* o *edades* (4), y también frente a enfoques centrados en exclusiva en el campo de los *servicios sociales* o de la *discapacidad* (5), creemos haber ganado *coherencia, racionalidad y conexión* en la presentación de los acontecimientos, lo cual ha de redundar en una mayor *claridad expositiva*. Al menos eso es lo que pretendemos.

Decimos haber ganado coherencia por cuanto lo que ocurre con los deficientes no es ajeno a otros ámbitos de la salud. Y ello por varias razones, entre las cuales el símil de los *vasos comunicantes* puede resultar ilustrativo. Así, en muchos casos, los avances médicos, por ejemplo, tuvieron una repercusión directa en las deficiencias. A la inversa, en no pocas ocasiones los progresos en la *cirugía ortopédica* repercutirán en la *cirugía general*; también la constitución

(4) Montoro (1991) articula su *historia de los ciegos* bajo estos criterios.

(5) Desde la perspectiva de los *servicios sociales*, Casado (1994) revisa con visión crítica la ampliamente aceptada *escalera* formada por la *caridad*, la *beneficencia*, la *asistencia social*, la *seguridad social* (con sus fases previas de *previsión y seguros sociales*) y el *bienestar social*; a su vez, Puig de la Bellacasa (1990) elige los *paradigmas, tradicional*, de la *rehabilitación* y de *autonomía personal* o *vida independiente*, desde los que se enfocan las actitudes y los tratamientos aplicados a los discapacitados; finalmente, Lassiter, Lassiter y Gandy (1987a) hablan de tres fases de evolución de las actitudes públicas hacia la rehabilitación de los discapacitados, a saber, *compasión sin acción*, *deseo de actuar por razones económicas* y *por razones sociales*.

de la *psicología de la rehabilitación* contribuirá al afianzamiento de la *psicología clínica*. Finalmente, demasiadas veces se ha dado el mismo trato a *trastornados* y a *deficientes*; es de sobra conocida la unión y mezcla de *locos e idiotas* en cuanto a tratamientos y lugares de internamiento; incluso, como veremos en estas páginas, habrá que esperar prácticamente hasta el siglo XIX para que se diferencie claramente entre *enfermedad mental* y *deficiencia mental*.

Por tanto, los contenidos de este texto histórico van a presentarse agrupados en función de las llamadas *tres revoluciones habidas en salud mental*. Todo ello, sin olvidar, por un lado, su conexión con el contexto social, pues los acontecimientos no surgen en el vacío, sino en un determinado contexto del que son *expresión* (6), y, por otro, que han sufrido un desarrollo histórico que no ha sido ni uniforme ni constante (7). En efecto, las actitudes de la sociedad para con los *diferentes* han variado a lo largo la historia, incluso dentro de una misma época y cultura. Estas dos ideas, *conexión con el contexto social* y *variabilidad histórica*, son expresadas por Scheerenberger (1984, p. 5) del modo siguiente:

«El retraso mental es en esencia un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquiera sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces ... La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social».

Ideas que también son resaltadas desde otras perspectivas. Por un lado, el *rol* desempeñado por el discapacitado en un determinado contexto social no depende de la naturaleza objetiva, tipo, gravedad, alcance de la discapacidad ni de las condiciones y/o características personales del discapacitado (8), sino de las actitudes sociales

(6) En este sentido, en la obra de Marcel Sendrail (1983) se defiende la tesis de la *interdependencia* entre las condiciones *patológicas* y las condiciones *generales* de la civilización. Es más, en dicho trabajo colectivo y póstumo se afirma que «las enfermedades contribuyen a la definición de una cultura. Cada siglo tiene un estilo patológico propio, como tiene un estilo literario, decorativo o monumental propios» (p. 12).

(7) En consecuencia con estos postulados y parafraseando a G. Rosen (1974), nuestro objetivo no estribaría en una *historia de las deficiencias*, sino en la *sociología histórica de las deficiencias*.

(8) Weinberg y Williams (1978); Task Force on Psychology and the Handicapped (1984).

imperantes hacia la discapacidad (9). Y estas actitudes, por otro lado, históricamente no se han mantenido homogéneas ni estáticas, sino que han sido objeto de variaciones tanto inter- como intra-grupos, familias, comunidades, sociedades y culturas (10), variaciones que también se han producido dentro de sociedades no occidentales (11) y occidentales (12), como tendremos ocasión de comprobar en este ensayo histórico.

1.3. OSCILACIONES Y CONSTANTES HISTORICAS

En esta línea de tomar postura en torno a alguna de las cuestiones más problemáticas a la hora de abordar un análisis histórico, toma de postura necesaria para que tal análisis pueda tener sentido y ser algo más que una *historia con nombres* o una mera sucesión de acontecimientos inconexos, como ya se ha dicho, hay que abordar algún otro tema ligado con lo que venimos expresando.

Estamos destacando la variabilidad histórica, pero también cabe hablar de evolución no constante aunque *con líneas persistentes*, lo cual viene a colación de forma más acusada dado que hemos elegido el criterio de demarcación temporal en base a las *revoluciones en salud mental*. Tales revoluciones, tales cambios, no son radicales ni suponen la anulación de lo anterior. En efecto, la historia de las deficiencias, como trataremos de ver a continuación, lejos de ser lineal y acumulativa, aparece en una progresión multiforme caracterizada por la polémica y el conflicto, de forma que la irrupción de ideas, concepciones, planteamientos y prácticas nuevos no conlleva la liquidación de los anteriores, sino que coexiste con ellos, las más de la veces en clara *confrontación y enfrentamiento*. E, incluso, hay épocas en que se superponen produciéndose el *pluralismo conceptual y técnico* y la *heterogeneidad de modelos* que caracterizan a las décadas recientes (13). En consecuencia, esta postura implica decantarnos en favor del *modelo de diálogo* frente al *de desarrollo* (14).

(9) Kutner (1971).

(10) Roeher (1985).

(11) Hanks y Hanks (1948).

(12) Kanner (1964); Rosen, Clark y Kivitz (1976); Scheerenberger (1984); Del Río Pereda (1986); Aguado y Alcedo (1990a).

(13) Seguimos a Pelechano (1988a).

(14) *Sucesión dialéctica de proposiciones y respuestas frente a despliegue paulatino en evolución* (Lain Entralgo, 1988).

Dicho de forma más directa: en el tratamiento dado a los deficientes hay variaciones históricas entre épocas y entre culturas, pero también hay ciertas líneas persistentes que, de forma muy sintetizada, giran en torno a una *constante histórica*, la **marginación** (15). Por otra parte, hay progresos, en efecto, pero también grandes contradicciones. Tales contradicciones, que también son una constante histórica, constituyen una manifestación de la tensión entre las concepciones y tratamientos de que son objeto las *deficiencias*, que oscilan entre dos polos, a los que Laín (1961) alude en el título de su obra, **Enfermedad y pecado**, *desorden físico y desorden moral*, los dos extremos del camino recorrido por la psicopatología:

- El **enfoque o actitud pasiva**, en el que se enmarca la *tradición demonológica*, que considera la deficiencia **fruto de causas ajenas al hombre**, p.e., *del pecado*, castigo de los dioses, del demonio, etc., y, por tanto, situación *incontrolada e inmodificable*, lo cual se traduce en rechazo, segregación, etc.
- El **enfoque o actitud activa**, en el que encaja la *tradición naturalista*, que aborda la deficiencia como **enfermedad, fruto de causas naturales y/o biológicas y/o ambientales**, y, por tanto, situación *modificable*, lo cual se traduce en prevención, tratamientos, integración, etc.

En síntesis, nuestra *historia de las deficiencias* presenta una *orientación de contrastación*. Frente a la perspectiva de la *linealidad acumulativa* o el *modelo de desarrollo*, nos hemos decantado hacia el *modelo de diálogo*, incluso de *contrastación y enfrentamiento*. En este sentido, la *historia de las deficiencias* aparece como una *confrontación de corrientes*, una *oscilación* entre lo que Laín define como *enfermedad y pecado*, que nosotros hemos englobado bajo los rótulos **enfoques/actitudes pasivas versus activas**, *oscilación* que está presente a lo largo de todos los modelos que históricamente se han producido. Se trata, no de la idea hebrea del **vector rectilíneo**, sino de la concepción griega del **eterno retorno** o, mejor, de la **espiral**.

* * *

(15) Burgdorf (1980) prefiere hablar de **segregación y desigualdad**, mientras que Bardeau (1978), desde una tesis más radical, opta por **alienación e intolerancia**.

Unas aclaraciones sobre aspectos formales. Con la pretensión de no interrumpir excesivamente el relato, hemos optado por combinar el sistema *tradicional* de citas a pie de página con el de referencias *académicas* en el texto.

Con idéntica intención de hacer más amena la lectura, hemos destacado con distinto tipo de letra los *resúmenes*, al final de cada capítulo o, en su caso, apartado, y los *avances* de contenido, a su comienzo.

* * *

*Hasta el momento, hemos introducido esta **Historia de las deficiencias** adelantando el plan de trabajo que vamos a seguir, hemos tomado postura respecto al problema de la delimitación de periodos decantándonos por hacer girar nuestro recorrido histórico en torno a las revoluciones en salud mental y, finalmente, hemos destacado las oscilaciones y vaivenes junto con la persistencia de ciertas líneas constantes. A continuación vamos a pasar al análisis propiamente dicho, la **síntesis reflexiva** sobre la **constitución histórica** del concepto y tratamiento de las deficiencias, la **Historia de las deficiencias**.*

2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

2.1. INTRODUCCION	33
2.2. PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD	34
2.3. ANTIGÜEDAD CLASICA	45
2.4. DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA	56

2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

*Sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley
debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado.*
Aristóteles, **Política**.

2.1. INTRODUCCION

*Presentado ya de forma introductoria el plan de trabajo, vamos a iniciar el análisis propiamente dicho de la **historia de las deficiencias**, con la pretensión de dibujar el abanico histórico, el hilo conductor de la constitución histórica del concepto y tratamiento de las deficiencias. Para ello, vamos a delimitar los puntos que, como también adelantamos, constituyen nuestro plan de trabajo: concepción de la deficiencia, discapacidad y minusvalía, prácticas sociales de que son objeto los deficientes, discapacitados y minusválidos y tratamientos impartidos.*

* * *

En consonancia con el criterio de delimitación de períodos históricos que hemos elegido, las **revoluciones en salud mental**, vamos a abordar inicialmente el extenso lapso temporal que transcurre antes de la primera de tales revoluciones, datada a finales del siglo XVI d.C., y que abarca desde la prehistoria hasta el primer renacimiento. Hemos dividido dicho período en tres subapartados: **prehistoria y antigüedad**, en primer lugar; **antigüedad clásica**, en segundo lugar; y finalmente, **edad media, primer renacimiento y reforma**. Es evidente que el **mundo clásico** forma parte de la antigüedad, pero Grecia y Roma presentan tal grado de similitud que justifica su tratamiento por separado.

Este primer período, en lo relativo a las deficiencias, es incluido por Puig de la Bellacasa (1990) dentro del **paradigma tradicional** en el que prima la consideración de los deficientes desde el doble punto de vista ambivalente de *expresión del mal/manifestación de lo sagrado, rechazo/amor*.

Desde nuestra perspectiva, estas culturas vienen caracterizadas por la acentuación del primero de los polos que mencionábamos más arriba, es decir, el **enfoque pasivo**, la consideración de la deficiencia como *fruto de causas ajenas al hombre* ante las que no cabe ningún otro tipo de actuación distinto de la aceptación resignada, la súplica a los dioses y/o la eliminación del deficiente. En este contexto, tienen perfecta cabida el *animismo*, el *infanticidio* y algunas otras concepciones y/o prácticas similares. Pero, la máxima expresión de este enfoque viene representada por la **demonología**, que aparece en la religión persa, es recogida por la tradición judeocristiana, tiene su auge en la edad media y su máxima expresión en 1487 con el **Malleus Maleficarum** de los monjes dominicos alemanes Sprenger y Kraemer.

En conflicto con este enfoque pasivo también se producen manifestaciones de una **actitud activa**, como ciertas *prácticas empíricas*, la introducción de la *tradición naturalista* por parte de Hipócrates (460-377 a.C.) y algunos de sus seguidores y la intervención de algunos personajes que con Scheerenberger (1984) podemos englobar bajo la denominación de las *voces de la moderación*. Sin embargo, no será hasta el siglo XVI d.C., concretamente nuestro compatriota Ponce de León (1520-1584), cuando se intente realmente algún tipo de método que *modifique* la deficiencia. Pero dejemos estas cuestiones para su momento y vayamos con el primero de los subperíodos anteriores a la **primera revolución en salud mental**, la **prehistoria** y la **antigüedad**, en el que incluiremos las culturas de **China, India, Mesopotamia y Persia, Egipto y Palestina**.

2.2. PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD

La prehistoria viene caracterizada por la existencia de diversas enfermedades ante las que el hombre primitivo se enfrenta con una actividad terapéutica pretécnica oscilante entre el empirismo y el animismo. Por lo que atañe a las deficiencias, el infanticidio y la puesta en práctica de ciertos remedios a las discapacidades físicas, ates-

tiguada por la presencia de restos arqueológicos, son las notas más destacables.

Por lo que respecta a las *enfermedades*, siguiendo a Laín puede afirmarse que la *paleopatología* y la *medicina prehistórica* (1) corroboran la existencia de diverso tipo de enfermedades desde las épocas más remotas de la humanidad. En cuanto a la primera, la *paleopatología* ha evidenciado que ya en la prehistoria se produce una patología bastante similar a la de los tiempos históricos: anomalías congénitas como *acondroplasia*, *oxicefalia*, *asimetrías óseas*; trastornos endocrinos, como *gigantismo*, *enanismo*, *acromegalia*; *gota*; lesiones inflamatorias, carenciales y degenerativas, como *artritis*, *raquitismo* y *espondilosis*; *neoplasias*; *alteraciones dentarias*; *secuelas de traumas*, etc., son algunas de las enfermedades que Laín sitúa en los tiempos más lejanos de la humanidad (2). Por su parte, la segunda, la *medicina prehistórica*, también ha demostrado la presencia de otras enfermedades, como lesiones de cráneos del *homo habilis*, osteomielitis en un cráneo de Broken Hill, lesiones de guerra, etc.

Ante estas enfermedades, el hombre primitivo pone en práctica cierta *actividad terapéutica* que Laín (1988) califica como *medicina pretécnica* y sitúa entre dos grandes corrientes: el **empirismo**, recurso a un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares, y la **magia**, atribución a poderes extraños que sólo pueden ser aplacados mediante la formalidad de determinados *rituales* o de determinados *hombres* o *lugares* dotados de poderes especiales. Estas dos corrientes vienen a coincidir con lo que en otra ocasión el mismo Laín (1961) denominaba **enfermedad** y **pecado**, los dos polos entre los que, como ya avanzamos, transcurre la historia de la psicopatología, la actitud **activa** y **pasiva**, respectivamente. El **cuadro 1** trata de sintetizar estas oscilaciones contrapuestas.

En sentido similar al atribuido al segundo de los polos, Scheerenberger (1984) habla del **animismo** prehistórico, que considera que los males, las enfermedades, son provocados por espíritus, dioses o fuerzas animadas, en definitiva, poderes ajenos a la interven-

(1) La **paleopatología**, a la que dio su nombre Ruffer (1859-1917), es «la ciencia de las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos procedentes de épocas remotas»; a su vez, la **medicina prehistórica** es la «descripción de las consecuencias que tuvieron o pudieron tener las enfermedades constatadas por la investigación paleopatológica» (Laín, 1988, ps.4-5).

(2) Para Zilboorg y Henry (1968) la tuberculosis existe en la edad de piedra.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
Magia	Laín Entralgo (1988)	Empirismo
Pecado	Laín Entralgo (1961)	Enfermedad
Animismo	Scheerenberger (1984)	Afecto y cuidado
Brujería, religión, animismo	Pérez Alvarez (1988)	Magia
Ligado a lo religioso	Carpintero et al. (1979)	
Psiquiatría	Zilboorg et al. (1968)	Medicina
Ciencias sociales	Pérez Alvarez (1988)	Medicina y ciencia
— <i>Animismo</i> : apelación a poderes extraños, espíritus, dioses o fuerzas animadas		— <i>Empirismo</i> : recurso a un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares
— Práctica del <i>infanticidio</i>		— Shanidar I
— <i>Eliminación y/o abandono</i> de discapacitados para la caza y el nomadismo		— <i>Tratamiento de dificultades funcionales, reducción de fracturas, cirugía de los huesos</i>
— Probable remisión al brujo		— Práctica de la <i>trepanación</i>

Cuadro 1.—Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia en la prehistoria.*

ción humana y que exigen una *curación espiritual*. En esta misma dirección Carpintero y del Barrio (1979) hablan de la deficiencia mental como *problema ligado a lo religioso*. Pérez Alvarez (1988) también establece una distinción similar, **magia**, por un lado, y **brujería, religión y animismo**, por otro, que vienen a coincidir con la **corriente empírica y mágica**, respectivamente, de que habla Laín (1988). El paso de la *magia* a la *brujería*, a la *religión* o al *animismo* se produce cuando se da entrada en las prácticas a agentes o poderes extraños a la relación, cuando se recurre a un *tercero*. A estas consideraciones cabe añadir algunas otras sobre las derivaciones de estos dos enfoques. En primer lugar, la tesis de Zilboorg y Henry (1968) sobre la *existencia de un proceso distinto* en la aparición de la *medicina* y la *psiquiatría*, tesis según la cual el médico surge ante la búsqueda de ayuda por parte del paciente que experimenta dolor, mientras que en los trastornos mentales no ocurre lo mismo, dado que es el médico quien crea la *psiquiatría*. Podría decirse que la *medicina* surge de las prácticas empíricas y la *psiquiatría* de las animistas. En segundo lugar, Pérez Alvarez afirma que la *magia*, práctica social empírica dada en determinadas circunstancias, configura primitivamente posteriores desarrollos técnico-científicos y abre el paso a la *ciencia* y a la *medicina*, mientras que los *brujos* son precedentes de los practicantes de las *ciencias sociales*. En cuanto a los

expertos encargados de aplicar estos remedios terapéuticos, no parece que sean diferentes de los *sanadores, medicine-man, chamanes, hechiceros, brujos, etc.*, a los que Laín atribuye la función de ejercer la *medicina pretécnica*.

Para nuestros intereses, cabe recalcar la *existencia de la enfermedad* y de sus *secuelas discapacitantes* desde las épocas mas remotas de la humanidad, ante las que se ponen en práctica *dos tipos de recursos pretécnicos*, los dos polos de los que hablamos: por un lado, las *prácticas empíricas* en las que encajan las *mágicas*, y por otro las conexas al *animismo*, manifestación de lo que venimos denominando actitud **activa y pasiva**, respectivamente.

Por lo que concierne a las deficiencias, el enfoque pasivo, de rechazo total, queda patente en el *infanticidio*, práctica común en la mayoría de los pueblos animistas, que «siguió practicándose a lo largo de la historia en todo el mundo, por razones que oscilaron entre la necesidad y el egoísmo», incluso a través de formas más severas, como «los habitantes de las Nuevas Hébridas, quienes no sólo sacrificaban al niño malformado, sino también a la madre» (3). Por lo demás, resulta obvio que deben darse algunas formas de *deficiencia mental, epilepsia y otras discapacidades*, consideradas por los animistas resultado de malos espíritus; no parece improbable que algunos casos sean sometidos a las prácticas o rituales animistas de hechiceros o brujos; también es probable que los *deficientes leves* subsistan y pasen desapercibidos, que los casos más graves *no sobrevivan o sean eliminados* por sus dificultades para la *caza* y el *nomadismo*, en especial los afectados de graves impedimentos ortopédicos (4).

Ahora bien, estas prácticas de *brutalidad y agresividad* son compatibles con otras *muestras concretas de afecto y cuidado* y de *conmiseración por sus congéneres*, es decir, con una actitud particularmente activa ante algunas discapacidades físicas. Así, en el norte de Iraq se descubrieron cerca de Shanidar, en la década de los cincuenta, restos de individuos Neanderthal de hace 45.000 años. Se trata de los restos de Shanidar I, que presentaban atrofia de omóplato, clavícula y húmero derechos, amputación, probablemente en vida, del brazo

(3) Scheerenberger (1984, p.7).

(4) Scheerenberger (1984) mantiene la *tesis general* para todos los períodos de la *mortalidad infantil* de los casos graves y la *integración* de los leves, tesis que aceptamos aunque matizaremos en algunos de sus extremos.

derecho por debajo del codo, ceguera en el ojo izquierdo y una lesión en la parte derecha del cráneo. «En resumen, parece que la tribu de Shanidar I lo favoreció, lo protegió de males indebidos y encontró para él un puesto productivo en la sociedad», concluye Scheerenberger (1984, p.8).

En la misma orientación activa han de incluirse las *trepanaciones de cráneos*, frecuentemente encontradas en restos arqueológicos. Así, en la península danesa de Jutlandia se descubren fragmentos de cráneo que revelan una trepanación en un niño hidrocefálico. También se hallan en varios lugares cráneos con orificios. Algunos los consideran trepanaciones para *dar salida a los espíritus*; otros prefieren hablar de otras alternativas de explicación, como *reducción de la presión intracraneal*; no hay que descartar que sean producidas por *heridas de guerra* o una *combinación de las causas anteriores* (5).

De igual forma, hay indicios de que nuestros antepasados prehistóricos practican ciertas formas de tratamiento de las *dificultades funcionales del aparato locomotor*, de *reducción de fracturas* y de *cirugía de los huesos*. En este sentido, la primera huella de la existencia de una prótesis proviene aproximadamente de 2.300 años a.C. y fue hallada en el Kazajstán ruso, hallazgo sobre el que Hernández Gómez (1977, p.8) escribe:

«Se trata de una prótesis tibial confeccionada con una pata de morueco, utilizando la piel del animal como elemento de encaje y su esqueleto como elemento de soporte ... unos restos óseos femeninos, cuyo estudio demostró que la mujer vivió varios años utilizando la ingeniosa prótesis con la que suplía la ausencia de su pie izquierdo».

Igualmente, se constata la utilización de *astillas de árbol* para *inmovilización de fracturas*, esqueletos que presentan lesiones de los huesos *al parecer tratadas*, una fractura observada en el cúbito de un hombre de Neanderthal que muestra una unión de los fragmentos *perfectamente consolidada*. También se describe una mano a la que se ha amputado un dedo, con probabilidad quirúrgicamente. En suma, toda una serie de intervenciones activas ante algunas discapacidades físicas.

Como conclusión valorativa sobre la prehistoria, Scheerenberger (1984, p.10) efectúa algunas reflexiones que merecen destacarse:

(5) Ullman y Krasner (1975); Lain (1988).

«El legado que nos dejó aquel período reviste sumo interés. Es obvio que algunas formas de retraso mental y de epilepsia se ponían de manifiesto y que se realizaban algunos esfuerzos para tratar dichas afecciones. La idea de que la epilepsia y los trastornos mentales eran el resultado de los malos espíritus y exigían una curación espiritual, persistiría hasta bien avanzado el siglo XVII. La trepanación, cuando menos para tratar la epilepsia y la locura, continuó practicándose hasta comienzos del siglo XX».

Como ha podido apreciarse y como aparece de forma sintética en el cuadro 1, en la prehistoria y con relación a las deficiencias, ya están presentes, aunque en algunos casos de forma rudimentaria, los dos polos entre los que oscila, no sin contradicciones ni conflictos, la historia de las deficiencias: por una parte, el enfoque activo (empirismo, enfermedad, magia, muestras concretas de afecto y cuidado, que se manifiesta en Shanidar I, la práctica de la trepanación, el tratamiento de las dificultades funcionales del aparato locomotor, la reducción de fracturas y la cirugía de los huesos) y, por otra, el enfoque pasivo (magia, pecado, brujería, religión, animismo, problema ligado a lo religioso, que queda patentizado en la práctica del infanticidio, en la eliminación y/o abandono de los sujetos discapacitados para la caza y el nomadismo y en la probable remisión de algunos casos al brujo o al hechicero animistas).

* * *

Revisada ya la prehistoria, vamos a abordar de inmediato las culturas de la antigüedad, entre las que incluiremos China, India, Mesopotamia y Persia, Egipto y Palestina y cuya síntesis aparece en el cuadro 2, comenzando por las del lejano oriente, las civilizaciones ya históricas de China y de la India.

* * *

En función de la información a nuestro alcance, cabe destacar algunos datos de interés para los objetivos de estas páginas, como que en la antigua China hay descripciones de *cinesiterapia* y *masajes* como forma de excitación de los puntos de acupuntura (6). Por otro lado, Confucio (551-479 a.C.) habla de responsabilidad moral, amabilidad, ayuda a los débiles, principios que sirven para incluirlo entre las *voces de la moderación*.

(6) Parreño (1978).

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
CHINA		
<ul style="list-style-type: none"> — <i>Relatividad cultural de prácticas sociales:</i> vendaje de pies de mujeres y manos cruzadas y crecimiento de uñas de los ricos 		<ul style="list-style-type: none"> — Cinesiterapia y masajes — Confucio: responsabilidad moral, amabilidad, ayuda a los débiles
INDIA		
<ul style="list-style-type: none"> — Niños deformes, arrojados al Ganges — Código de Manú, infanticidio de ciegos 		<ul style="list-style-type: none"> — Ayurveda: ejercicios, masajes, baños — Buda: compasión y generosidad
ASIRIA, BABILONIA y PERSIA		
<ul style="list-style-type: none"> — La enfermedad, <i>castigo de los dioses por un pecado de quien la padece</i> — <i>Shértu</i>, palabra asiria: <i>pecado, cólera de los dioses, castigo y enfermedad</i> — <i>Demonología</i> en la religión persa 		<ul style="list-style-type: none"> — Código de Hammurabi: adopción de niños; no indicios de exclusión de los impedidos de sus estipulaciones — Zaratustra: consideración hacia los semejantes
EGIPTO		
		<ul style="list-style-type: none"> — Sensibilidad en el trato a los niños — Referencias a deficiencia en papiros — Tipo de bastón, primera manifestación de ortesis; la mano artificial más antigua
PALESTINA		
<ul style="list-style-type: none"> — Venta de niños como esclavos — <i>Ideología demonológica</i> — Biblia: discapacidad, castigo divino, posesión por un espíritu malo 		<ul style="list-style-type: none"> — Biblia: correcta descripción de algunas enfermedades mentales — Biblia: sensibilidad hacia pobres y disminuidos, ayuda al ciego y al sordo
<p>Cuadro 2.— Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad.</i></p>		

En este mismo marco histórico de China, resulta curioso constatar la presencia de dos *prácticas sociales* que describe Meyerson (1973) como claros indicadores de la *relatividad cultural* de la discapacidad física y que refuerzan nuestra tesis de la *dependencia del contexto social*. Se trata, en primer lugar, de la tradición de vendar los pies de las niñas y, en segundo lugar, la costumbre de dejar crecer la uñas de las manos como símbolo externo de riqueza. Sobre la segunda de tales prácticas, menos conocida, Meyerson (1973, p.10) escribe:

«Cuando un hombre poderoso alcanza la cima de su poder tiene que colocar sus manos de tal manera que las uñas van

creciendo hasta atravesarle la palma de la otra mano. Desde un punto de vista físico, esta persona se halla en una posición similar a la de un amputado de ambas manos, pero no podemos decir que padezca una incapacidad, en el sentido psicológico o social del término, puesto que más bien el juicio de los chinos sería el de que se trata de una persona que ocupa una posición envidiable. Como no tiene que ocuparse de sí mismo ni trabajar se sentiría orgulloso».

Como puede apreciarse, ambas prácticas en nuestra cultura occidental serían juzgadas como plenamente discapacitantes y hasta aberrantes. Pero en la antigua China eran consideradas positivamente como indicadores de *integración social* e, incluso, de adquisición de las metas más valoradas socialmente.

* * *

En relación a la antigua **India**, los niños deformes eran arrojados al Ganges, de lo que no cabe colegir suerte muy dispar para los adultos con algún tipo de limitación funcional adquirida. En todo caso, en el **Código de Manú** se regula el *infanticidio* de niños afectados de ceguera y de otras enfermedades graves. Ahora bien, en el **Mahabharata** aparece la figura del rey *ciego Dhritarashtra*, cuya prometida *venda* sus ojos para no ser mejor que su señor en nada (7). Por otra parte, a *Vishnu* se le representa con cuatro brazos de fuego, simbolización del Cosmos, y aplastando con un pie un *enano*, imagen de las ataduras de las almas. Por contra, en el **Ayurveda** o **Veda de la Longevidad** se recomienda una serie de prescripciones higiénicas, *ejercicios físicos, masajes y baños*. Finalmente, cabe incluir a Buda (563-483 a.C.) entre las *voces de la moderación*, dados los principios de *compasión, caridad y generosidad* que defiende.

* * *

Por lo que atañe al **próximo oriente**, el *creciente fértil*, desde Palestina a la desembocadura del Tigris y el Eufrates, en líneas generales estas culturas suponen el asentamiento de lo que venimos denominando *demonología*.

Así, en Mesopotamia y Persia la enfermedad y deficiencia mentales, tratadas con una medicina *mágico-religiosa*, son consideradas

(7) Pajón (1974, ps.14-16; 1991b, p.49).

un *castigo de los dioses* o *posesión de los espíritus del mal*. Es más, en Asiria y Babilonia la enfermedad es estimada *castigo de los dioses por un pecado de quien la padece*, e, incluso, la palabra asiria *shêrtu* significa «a la vez pecado, impureza moral, cólera de los dioses, castigo y enfermedad» (8). Ahora bien, en Babilonia, el **Código de Hammurabi** (siglo XVIII a.C.) presenta preceptos duros, en consonancia con el espíritu de la época, *ojo por ojo y diente por diente*, pero también preceptos compasivos, como los relativos a la adopción de niños. No hay referencias concretas a disminución de ningún tipo, por lo que se puede deducir que «tampoco hay indicios de que los impedidos quedasen excluidos de las estipulaciones ordenadas en el código» (9). De igual manera, no hay manifestaciones directas de *infanticidio*. De otro lado, la religión en Persia inaugura de forma clara la *tradición demonológica*, consideración de la enfermedad como *posesión de los espíritus del mal*. Finalmente, en el mismo Irán, Zaratustra (siglo VI ó X a.C.) defiende el principio de consideración hacia sus semejantes, razón por la que se le considera un representante de las *voces de la moderación*.

* * *

En cuanto a la otra civilización asentada en la cuenca fértil de otro río, el Nilo, **Egipto** ofrece testimonios más que sobrados de la presencia de la *enfermedad* y de sus *secuelas discapacitantes* y de la puesta en marcha de *remedios* que no debieron carecer de funcionalidad. En efecto, dados los avances de la *medicina egipcia*, no es de extrañar que los egipcios nos hayan legado las primeras manifestaciones de *ayudas ortéticas y protéticas*.

Como resulta de sobra conocido, las excavaciones arqueológicas aportan gran cantidad de datos de los que se puede deducir la presencia en Egipto de todo tipo de *discapacidades y deformidades físicas*. Así, en la tumba de Tutankamon (S.XIV a.C.) figura un barco funerario con una *enana acondroplásica*. Igualmente, en un bajorrelieve aparece un príncipe de la XVIII dinastía (en torno a 1.400 años a.C.) con su extremidad inferior derecha muy atrofiada y el pie en equino, probables secuelas de *poliomielitis*, y con una especie de *muleta* o *bastón* largo, aunque parece que la primera aparición de la *ortesis* o *ayuda ortética* se sitúa en esculturas datadas en el 2.800 a.C..

(8) Laín (1988, p.14).

(9) Scheerenberger (1984, p.12).

De Egipto también procede la *mano artificial más antigua conocida*, fechada en el 2.000 a.C.

De igual forma, parece ser que la *malformación* goza de cierta consideración entre los egipcios hasta el punto de que Bardeau habla de *veneración*, pues «divinizaban a los malformados, identificándolos con monstruos, para que conjuraran las desgracias futuras» (10). En todo caso, puede hablarse de cierta *relevancia social* por parte de algunos discapacitados físicos. No parece que la necesidad de una *muleta* o *bastón* obstaculice la representación del discapacitado con posibles secuelas de *poliomielitis* en su condición de *príncipe*, como aparece en el bajorrelieve mencionado líneas más arriba. Tampoco su *condrodisplasia metafisiaria* impide a Seneb ser el *director de los telares* durante la VI dinastía (sobre el 2.300 a.C.). En este sentido, los egipcios inauguran una tradición que volvemos a encontrar en otras épocas. Nos referimos a la presencia de los *enanos* en las cortes, en la que desempeñan funciones variadas, desde *bufones* a *consejeros*: en concreto, son *consejeros* de los faraones y vuelven a serlo del presidente Nasser en el siglo XX (11).

De otro lado, no hay evidencia de infanticidio ni de malos tratos infligidos a niños. Incluso Scheerenberger habla de *sensibilidad* en el trato a los niños y describe la costumbre según la cual los padres que daban muerte a su hijo eran condenados a acunar en sus brazos la criatura muerta. Se ha sugerido que esta aparente protección pueda ser debida al culto a Osiris, que, asesinado y descuartizado por su hermano Seth, fue resucitado por su mujer Isis.

Mención especial merecen algunos *papiros* en los que aparecen observaciones de interés para nuestro tema. Así, el **Papiro quirúrgico de Edwin Smith** contiene indicaciones sobre *diagnóstico*, *tratamiento* y *pronóstico* de diversos tipos de heridas, algunas de ellas referidas a parálisis y a traumatismos craneales o espinales (12). En relación con estos últimos, en este interesante papiro figura la probablemente primera definición de la lesión medular, «una dolencia

(10) Bardeau (1978, p.62).

(11) Enderle, Meyerhöfer y Unverfehrt (1994) amplían el *papel social* de los *enanos* en ésta época.

(12) El **Papiro quirúrgico de Edwin Smith**, egiptólogo americano que lo consigue en 1862; redactado probablemente en el tercer milenio y copiado en torno a 1600 a.C., se trata en consecuencia del texto de carácter médico más antiguo conocido (López Piñero, 1969, ps.7-8).

que no puede ser tratada», concepción negativista que ha persistido hasta hace no mucho (13). De igual forma, en el **Papiro de Ebers**, frecuentemente citado en las historias de la deficiencia mental, sobre la que contiene referencias «oblicuas», se recogen, también, antiguas recetas sobre «ayudas para el parto, el aborto y la lactancia» y sobre «tumores benignos y malignos» (14). Por último, el **Papiro de Ramenseun**, compuesto hacia el 1900 a.C., trata de *relajación de los miembros rígidos*.

* * *

En **Palestina**, los *israelitas* no practican ni el infanticidio ni el aborto, aunque los niños pueden *venderse como esclavos*. El **Pentateuco**, que presenta particular sensibilidad hacia los pobres y disminuidos, no hace mención de la eliminación del deficiente, más bien, recomienda ayuda al ciego y al sordo. En el mismo **Pentateuco** se describen abluciones, baños, baños de sol y vendajes ortopédicos. De otro lado, Zilboorg y Henry (1968), al hablar de Palestina, consideran que en la **Biblia** hay una correcta descripción de algunas enfermedades mentales aunque dentro de la *ideología demonológica*. En efecto, el **Deuteronomio** amenaza con severos castigos divinos entre los que incluye la *locura (delirio)*, la *ceguera* y la *pérdida de los sentidos*; en el **Levítico** se anuncia *muerte por lapidación* a los adivinos. El rey *Saúl* cree poseer un *espíritu malo proveniente de Yahvéh*. Por último, Pajón (1991a) enfatiza el carácter de *presagio de desorden o de muerte* que encierran los personajes ciegos en la literatura bíblica. Es decir, enfermedad y/o discapacidad como castigo de dios, tradición demonológica, en suma, como puede apreciarse en las citas textuales del libro sagrado (15):

(13) «El papiro ... contiene una descripción clara de los síntomas cardinales de una lesión completa de la médula cervical, por luxación o fractura de la columna vertebral ... Hablando del pronóstico y de la terapia de estos pacientes ... el comentario del autor desconocido resulta tan breve como significativo: *“una dolencia que no puede ser tratada”*. No se sabe si este autor antiguo generalizó su actitud derrotista a las lesiones medulares de cualquier nivel, pero no se puede negar que los sentimientos expresados de tal modo, con respecto a las víctimas de lesiones medulares graves, han prevalecido durante miles de años entre la mayoría de los miembros de la profesión médica de todos los países» (Guttmann, 1981, p.1).

(14) El **Papiro de Ebers**, egiptólogo alemán que lo adquiere en 1872, probablemente el famoso **Papiro de Tebas**, fue compilado hacia el 1.500 a.C. (Scheerenberger, 1984, p.15).

(15) En estas citas bíblicas seguimos la edición castellana de 1967 de la **Biblia de Jerusalén**.

«Yahvéh te herirá de delirio, de ceguera y de pérdida de sentidos, hasta el punto que andarás a tientas en pleno mediodía como el ciego anda a tientas en la oscuridad, y tus pasos no llegarán a término» (**Deuteronomio**, 28:28).

«El hombre o la mujer en que haya espíritu de nigromante o adivino, morirá sin remedio: los lapidarán. Caerá su sangre sobre ellos» (**Levítico**, 20:27).

«El espíritu de Yahvéh se había apartado de Saúl y un espíritu malo que venía de Yahvéh, le perturbaba. Dijéronle pues los servidores de Saúl: "Mira, un espíritu malo de Dios te aterroriza; permítenos, señor, que tus siervos te busquen un hombre que sepa tocar la cítara, y cuando te asalte el espíritu malo de Dios tocará y te hará bien" ... Cuando el espíritu de Dios asaltaba a Saúl, tomaba David la cítara, la tocaba, Saúl encontraba calma y bienestar y el espíritu malo se apartaba de él» (**Libro Primero de Samuel**, 16:14-23).

* * *

*Como síntesis de la antigüedad (cuadro 2) y salvando la diversidad de la práctica de la **medicina pretécnica**, pueden destacarse algunas notas en todas estas culturas: prosigue la confrontación entre los **enfoques pasivos** (consideración de la enfermedad como castigo de los dioses por un pecado de quien la padece e, incluso, manifestación de los espíritus del mal, por tanto asentamiento de la **demonología**, en especial en la religión persa, posesión de los espíritus del mal, y en la **Biblia**, un espíritu malo proveniente de Yahvéh) y los **activos** (aplicación de remedios a las discapacidades físicas, con particular importancia en Egipto). Por lo demás, cabe aceptar la ya mencionada tesis de Scheerenberger sobre la mortandad infantil de los casos graves, la integración de los leves y el recurso a sacerdotes y hechiceros por parte de los afortunados.*

2.3. ANTIGÜEDAD CLASICA

*Salvando las distancias entre **Grecia** y **Roma**, varias son sus aportaciones, pero tres puntos pueden ser destacados como anticipo por su particular relevancia para nuestros objetivos (cuadro 3): los trastornos mentales, y por tanto la deficiencia mental, son considerados por primera vez **fenómenos naturales**; el **infanticidio**, los **malos tratos**, la **venta de niños como esclavos**, e, incluso, la **mutilación para mendicidad**, son prác-*

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
------------------------	-----	------------------------

ANTIGÜEDAD CLASICA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — <i>Infanticidio</i>, malos tratos, <i>venta</i> de niños como esclavos, <i>mutilación para mendigar</i> — <i>Escaso interés hacia la discapacidad física</i> | <ul style="list-style-type: none"> — Los trastornos mentales y la deficiencia mental son considerados <i>fenómenos naturales</i> |
|---|---|

G R E C I A

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — <i>Infanticidio</i> no sólo de deformes, sino de neonatos con apariencia inusual; bien visto por Platón y Aristóteles — Esparta, eugenesia e <i>infanticidio</i>: exposición del recién nacido ante consejo que si aprecia tara lo despena por el monte Taigeto — Atenas, <i>infanticidio</i> de débiles y deformes: se les deja a la puerta de un templo por si alguien los adopta | <ul style="list-style-type: none"> — Primacía del <i>enfoque naturalista</i> de la enfermedad mental — Hipócrates: atribuye enfermedad y deficiencia mentales a causas naturales: ya se habla de <i>enfermedad</i> — Fracturas y articulaciones: <i>banco de extensión</i> para tracciones vertebrales — Templos de Esculapio, <i>casas de salud</i>, con baños, paseos, procesiones |
|---|---|

R O M A

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — Ley de Rómulo: abandono de hijo inválido si cinco vecinos lo aprueban; incumplimiento, confiscación de la mitad de los bienes — República: <i>infanticidio</i> de deformes — Imperio: <i>infanticidio</i> para <i>mutilaciones</i> de niños y jóvenes para <i>mendigar</i> — S.II d.C.: compra de discapacitados para <i>diversión</i> — Roca Tarpeia y columna Lactaria — Séneca, <i>aversión natural</i> hacia los deficientes — Clandio, ridiculizado por su apariencia física y dificultades de habla — Celso: defiende <i>hipótesis del miedo</i>: castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes | <ul style="list-style-type: none"> — Cicerón, responsabilidad del enfermo mental — <i>Vena filantrópica</i> de gobernantes: Augusto, Vespasiano, Trajano — Asclepiades de Prusa: tratamiento humano a enfermos y deficientes — Celso, De medicina: <i>imbecillis</i>: astenia general; <i>scamnum</i>, <i>banco de extensión</i> hipocrático — Galeno: rastreo vías nerviosas y lesiones cereb.; Ejercicios con la pelotita, <i>mecanoterapia</i> — Sorano de Efeso: <i>hospital</i> de enfermos mentales y probablemente retrasados — Influencias del <i>cristianismo primitivo</i> — <i>Concilios</i>: hospedajes y <i>asilos</i> — San Basilio, <i>ciudad-hospital</i> de Cesárea |
|---|---|

<p>Cuadro 3.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad clásica.</p>

ticas frecuentes; finalmente, en la antigüedad clásica queda patente un escaso interés hacia la discapacidad física.

La Grecia clásica, que ha dejado influencias en prácticamente todos los campos (16), marca el inicio de la *medicina técnica* en la que

(16) La ocasión parece oportuna para citar los ensayos sobre *literatura y ceguera* de Pajón Meclay (1992a, b), centrados en Tiresias, el *ciego adivino*, y en la *doble ceguera* de Edipo.

la idea de *physis* o *naturaleza* es principio clave, fundamento y punto de partida, y, como derivación de tal principio y principal aportación a nuestro tema, presenta la novedad de considerar los trastornos mentales, incluida la deficiencia mental, como *fenómenos naturales*. Esta *consideración naturalista* es enmarcada por Roccatagliata (1986) dentro de las corrientes *biológica* y *clínica* de la *psiquiatría antigua* en contraposición con la corriente *psicodinámica*. Tal *tradición naturalista* cuenta con Hipócrates como la figura más destacada, influyente e innovadora de la época clásica griega (siglo V a.C. - siglo II d.C.).

En todo caso, en este enfrentamiento entre distintas corrientes de la medicina y de la psiquiatría griegas, *tradición naturalista* versus *psicodinámica*, emerge un principio innovador, el abordaje de la enfermedad mental desde una *consideración naturalista*. En este contexto de enfrentamiento, Ullman y Krasner (1975) consideran que esta innovación es debida, no a una concepción generalizada, sino a un grupo de unos cuantos autores, notables pero con escasa influencia en la sociedad. Sea como fuere, lo cierto es que hay varias tendencias que tienen repercusiones a lo largo de la historia, que los griegos poseen la primacía en el abordaje de la enfermedad mental desde una consideración naturalista y que en la Grecia clásica están ya presentes las figuras psicopatológicas vigentes en la actualidad.

Dentro de la medicina griega, suelen citarse los *templos de culto al dios de la curación*, Esculapio, como el de Epidauro, del siglo V a.C., como auténticas *casas de salud* anexas a un templo, con baños, paseos, procesiones, etc. (17).

En cuanto a los personajes, como ya hemos avanzado, la figura pionera corresponde a Hipócrates (460-377 a.C.), *padre de la medicina*, integrante ya de la *medicina técnica*, de espaldas a la magia y en favor de la técnica, *padre de la psiquiatría clínica* (18), autor que describe prácticamente todos los cuadros clínicos relevantes hoy, que propone una *etiología biológica* con sus *tratamientos* correspondientes y que quita el carácter sagrado de la *epilepsia* al incluirla en su *teoría de los humores* y relacionarla con la flema y recalcar su *origen*

(17) No obstante, para Hernández Conesa (1979) estos centros no son más que *casas de peregrinos*, pues la institución hospitalaria fue creada por el cristianismo.

(18) Roccatagliata (1986).

biofísico. En consonancia con tal concepción, recomienda para esta enfermedad *tratamientos naturales*, ejercicio, masaje, baños, dieta y preparados médicos (19).

Las aportaciones de Hipócrates al campo de las deficiencias también son relevantes. Por un lado, como ya hemos dicho, la enfermedad mental y, en ocasiones, la deficiencia mental, son atribuidas al estancamiento de la *bilis negra*, por tanto a causas y procesos naturales, con lo que se habla de *enfermedad* y no de castigo de los dioses ni de posesión por los espíritus del mal. Por otro lado, algunos de sus **Aforismos**, que reflejan humanismo y filantropía, se refieren a epilepsia y a niños *débiles* y, entre otras, a *microcefalia* y *craneostenosis*. Igualmente, Hipócrates describe diversas discapacidades físicas, como *gibosidades* por alteraciones del raquis, pie equino y *paraplejia*. Respecto a ésta última, ofrece una descripción bastante precisa de la enfermedad, de sus complicaciones y de alguno de sus remedios, en especial los relativos a ingesta de líquidos y dieta apropiada. Por último, en **Fracturas y articulaciones** (20), origen de las actuales tracciones vertebrales, introduce varios métodos de *reducción por tracción* de deformidades, fracturas y luxaciones de la columna. Es más, su *banco de extensión* ha sido ampliamente utilizado con diferentes modificaciones a lo largo de la historia para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales (21).

* * *

Hasta aquí, las aportaciones griegas desde lo que venimos denominando *enfoque activo* de la deficiencias. Pero también hay manifestaciones del *enfoque pasivo*. En la Grecia clásica, donde se perpetúa el culto a la salud y a la belleza físicas, no es de extrañar que se practique el *infanticidio*, no sólo de los deformes sino, probablemente, también de los neonatos con apariencia inusual, y que se lleve a cabo tanto en Esparta como en Atenas, ciudades ambas que «proporcionan la evidencia más antigua de *eugenesia*

(19) Scheerenberger (1984).

(20) **Fracturas y articulaciones**, así como **Heridas en la cabeza**, son escritos comprendidos en el **Corpus Hippocraticum**.

(21) El *banco de extensión* hipocrático, más conocido como *scammun* a partir del trabajo de Celso (primera centuria d.C.), ha sido descrito por Oribasio (324-400) y por Pablo de Egina (625-690), modificado por Avicena (980-1037), descartado por Rolando de Parma (hacia el 1200), vuelto a modificar por Ambroise Paré (1510-1590) y utilizado hasta la centuria presente (Guttman, 1981).

negativa» (22). Y no se trata, tan sólo, de una práctica usual, sino que es recomendado por los «intelectuales»: así, Platón (428-347 a.C.) considera necesario eliminar a los débiles y a los deficientes, de igual forma que Aristóteles (384-322 a.C.), en la **Política**, lo deja bien claro, como puede comprobarse en la cita textual que encabeza este segundo capítulo y que reproducimos para comodidad del lector:

«Sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado» (23).

En cuanto a Esparta, que lleva el culto a la fuerza física y a la agresividad al extremo, practica la *eugenesia* y el *infanticidio*. Es de sobra conocida la exposición del recién nacido ante un consejo de ciudadanos que lo examina y, en caso de apreciar algún tipo de tara, lo despeña por el monte Taigeto. Por otra parte, las condiciones de vida extremadamente duras y rígidas deben provocar una elevada tasa de mortalidad. En lo que atañe a Atenas, en sus orígenes y primera época, reserva el infanticidio para los niños débiles y deformes, a los que se coloca en una vasija grande de arcilla y se les deja a la puerta de algún templo por si alguien los adopta. Posteriormente el infanticidio se convierte en una práctica más generalizada.

Como consideración global sobre Grecia, las dos tendencias, pasiva y activa, subsisten; prima la consideración pasiva, el rechazo, el infanticidio, pero se introduce un germen activo, la consideración de la deficiencia mental como enfermedad biológica y natural, que abre un camino que, con el tiempo, posibilita un tratamiento adecuado. O lo que es lo mismo, mientras no se le considere un fenómeno natural no se puede hacer nada. Y los griegos son los primeros que ofrecen tal consideración biológica y natural.

* * *

Respecto a **Roma**, hay suficiente material histórico como para concluir que los deficientes están expuestos a tratamientos y circunstancias de vida sumamente variables. En efecto, desde la fundación de Roma (800 a.C.) hasta la caída del Imperio (476 d.C.) se

(22) Nuffield (1988, p.40).

(23) Aristóteles (**Política**, libro 7º, capítulo XVI, versículo 1335, p.282).

produce una gran cantidad de cambios y contrastes que han de repercutir en el tratamiento que los discapacitados reciben. Así, pronto se abandona el cumplimiento de una vieja ley, atribuida a Rómulo, por la que se establece que los padres pueden abandonar a un hijo inválido o monstruoso siempre que lo muestren a cinco vecinos que lo aprueban; el incumplimiento de esta norma está sancionado con la confiscación de la mitad de los bienes. Sin embargo, en la *república*, se continúan las tradiciones griegas del *infanticidio* de niños deformes, aunque sólo durante los ocho primeros días de vida. La roca Tarpeia, según escribe Tito Livio, cumple funciones similares a las del monte Taigeto. Posteriormente, a partir del siglo I d.C., el *infanticidio* es una práctica completamente generalizada, e, incluso, se descubre por primera vez la práctica de *mutilar niños y jóvenes para mendigar*, crueldad que se infringe tanto a niños no deseados como a nacidos con malformaciones o bajo un mal augurio. Sobre el particular, Nuffield (24) afirma que «los niños no deseados eran situados en la base de la columna Lactaria, donde muchos eran mutilados para incrementar su valor como mendigos». En suma, pues, la roca Tarpeia, en unos casos, y la columna Lactaria, en otros, están asociadas a prácticas de extrema brutalidad, brutalidad que «siguió vigente durante siglos» (25).

Pero, la crueldad también tiene otras manifestaciones. Así, en la época de la *degeneración*, a partir del siglo II, es frecuente la *compra* de «hombres cojos, mancos, con tres ojos, gigantes, enanos o hermafroditas» para *diversión* (26). Finalmente, a partir del siglo IV empieza a hacerse sensible la influencia del cristianismo y se llega a prohibir tanto el infanticidio como la venta de niños como esclavos.

Esta situación tan variada, nos puede llevar a hablar de variaciones dependientes de factores culturales, linaje, clase social. Es decir, en general, a los recién nacidos con deformidades les cabe o la muerte, o el abandono o trabajos como bufones, esclavos o mendigos; es probable que muchos casos leves de familias pobres deben pasar inadvertidos bajo trabajos manuales y miseria y que los casos leves de familias ricas deben recibir algún tipo de cuidado médico y ser considerados parte de la familia. O lo que es lo mismo, la

(24) Nuffield (1988, p.40).

(25) Scheerenberger (1984, p.26).

(26) Scheerenberger (1984, p.30).

mayoría debe ser sometida a prácticas crueles, pero es probable que algunos casos encuentren algún papel social que cumplir (27).

Estos contrastes son también visibles en las aportaciones de algunos *intelectuales*, como Cicerón y Séneca, y en la obra de algunos *gobernantes*. Marco Tulio Cicerón (106-43 a.C.) puede ser incluido en las *voces de la moderación*, por cuanto es de los pocos, quizás uno de los primeros, que se preocupa de la *responsabilidad* del enfermo mental (28). Sin embargo, Lucio Anneo Séneca (4 a.C. - 65 d.C.), el filósofo español estoico, muestra *aversión natural* hacia los deficientes, como queda patente en su **Carta a Lucilio**:

«Sabrás que Herpaste, la idiota propiedad de mi mujer, me fue cedida como carga hereditaria, puesto que tengo una aversión natural frente a esos monstruos ... Esta idiota perdió bruscamente la vista. La historia que te relato es asombrosa pero cierta. No tiene conciencia de estar ciega, por lo que constantemente insta a su custodio a que la saque, alegando que mi casa está a oscuras» (29).

En cuanto a los gobernantes, Scheerenberger habla de la *vena filantrópica* de algunos de ellos. Augusto (63 a.C. - 14 d.C.) fomenta la ayuda estatal a los necesitados; en un determinado momento de su reinado, el 50% de la población recibe alguna ayuda, alimenticia en general. Vespasiano (9-79 d.C.) es un caso aislado en la Roma imperial, dado que establece lo que probablemente sea el primer sistema de educación estatal en la antigüedad clásica; también abre escuelas de medicina y fomenta el desarrollo de los hospitales. Nerva (30-98 d.C.) intenta eliminar los malos tratos y el infanticidio mediante la fundación de colonias para pobres y ayudas para padres indigentes. Durante el gobierno de Trajano (53-117 d.C.), en el año 100 d.C., el estado mantiene cerca de 5.000 niños. Por último, Adriano (76-138 d.C.) destierra a un padre que ha matado a su hijo. Finalmente, hay que hacer alusión del emperador Claudio (10 a.C. - 54 d.C.), sobre quien escribe la prestigiosa **Enciclopedia Británica**:

«De mala salud, apariencia poco atractiva, torpeza de modales y tosquedad de gusto ... la familia imperial parece haberle consi-

(27) Seguimos la ya mencionada *tesis* de Scheerenberger (1984) de la *mortalidad infantil* de los casos graves y la *integración* de los leves.

(28) Ullman y Krasner (1975).

(29) Séneca, **Carta a Lucilio**, citado por Scheerenberger (1984, p.26).

derado un estorbo y haberle dejado a sus estudios y diversiones privadas ... sus errores son atribuidos a su debilidad de carácter» (30).

Claudio, en consecuencia, es considerado un *discapacitado* y tratado como tal, entre otros, por Séneca, quien ridiculiza su apariencia física y sus dificultades de habla.

En cuanto a los *médicos*, Asclepiades de Prusa (124-40 a.C.) destaca por su tratamiento sensible y humano hacia los enfermos mentales, entre los que probablemente se deben incluir *deficientes* y *epilépticos*. También se opone a la *aplicación de sangrías* a estos enfermos con cierto humor:

«Por mucho que las sangrías tuviesen éxito en Atenas, tenían todas las probabilidades de ser perjudiciales en Roma, estando como estaban sus ciudadanos extenuados por la corrupción» (31).

Aurelio Cornelio Celso (primera centuria d.C.), considerado el mejor escritor médico romano, en su *De medicina* emplea el término *imbecillis* para hacer referencia a una astenia general o cualquier forma de debilidad, es decir, un grado moderado de deficiencia mental. Sin embargo, en sus tratamientos defiende la «*hipótesis del miedo*», que de una forma u otra seguiría aplicándose hasta bien entrado el siglo XX»: castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes, etc. Asimismo, parece ser que Celso recomienda la castración de los *epilépticos* (32). Desde otra perspectiva y como ya vimos, contribuye a la difusión del *scamnum*, *banco de extensión* hipocrático adecuado para la *reducción por tracción* de deformidades, fracturas y luxaciones vertebrales (33).

Galeno (129-199 d.C.), médico griego, considerado por muchos el *padre de la neurología y de la fisiología experimentales*, provoca lesiones espinales (34) y cerebrales con la finalidad de rastrear las vías

{30} Goetz (1987: *The New Encyclopædia Britannica: Micropædia: Volume III*, Voz *Claudius*, ps. 359-360).

{31} Asclepiades de Prusa, citado por Scheerenberger (1984, p.29).

{32} Kanner (1964, p.5); Scheerenberger (1984, p.29).

{33} Guttman (1981).

{34} Galeno experimenta con *incisiones longitudinales y transversales* en la médula, descubriendo que aquella no presentan efectos funcionales demostrables, mientras que éstas producen parálisis del cuerpo por debajo del nivel de la lesión (Guttman, 1981).

nerviosas, describe los huesos craneales, identifica una causa de la afasia y descubre que una lesión en un lado del cerebro determina trastornos corporales en el lado contrario del cuerpo; relaciona la agudeza de la mente con la cantidad y calidad, finura, de la sustancia cerebral. En su escrito dedicado a **Ejercicios con la pelotita**, puede considerarse el precursor de la *mecanoterapia* (35).

Finalmente, Sorano de Efeso (segunda centuria d.C.), médico griego asentado en Roma, *padre de la ginecología y la pediatría*, en su propio hospital atiende enfermos mentales y deficientes, probablemente. Sus tratamientos incluyen *reposo, lectura y participación en representaciones teatrales*.

Hasta aquí, las tendencias contrapuestas en la historia de Roma. Como hemos tratado de exponer, existen toda una serie de prácticas crueles, infanticidio y, en especial, las mutilaciones con fines de mendicidad, enmarcadas en un contexto social en el que la vida de los no acomodados vale bien poco. Estas prácticas y esta actitud de rechazo y desprecio es aceptada por la mayoría, intelectuales como Séneca incluidos. Por contra, otros intelectuales, como Cicerón, algunos gobernantes y varios médicos, en general griegos asentados en Roma, mantienen otras actitudes e introducen otro tipo de prácticas, que, consideradas de forma global, son innovadoras pero no acaban de prender.

* * *

Esta situación va a ser modificada como consecuencia de la influencia del **cristianismo primitivo**, aunque tampoco se va a producir una erradicación de la brutalidad y la crueldad. Más bien al contrario, se abre el camino a la edad media en la que a lo anterior se añade la demonología, pero vayamos por partes y dejemos esta cuestión para un poco más adelante.

El *cristianismo primitivo* influye positivamente en las actitudes hacia los niños, los disminuidos y los enfermos, que están más cerca de Dios. Recuérdese el mensaje de Jesucristo de que todos los hombres son iguales ante Dios, las bienaventuranzas (**Lucas**, 6:20-21), las consideraciones sobre el juicio final (**Mateo**, 25:34-40), la respuesta de Jesús a la pregunta de «¿quién ha pecado para que este hombre esté ciego, él o sus padres? Ni él ni sus padres» (**Juan**, 9:1-

(35) Parreño (1978).

3), los principios de amor, misericordia, entrega y sensibilidad hacia los niños, las curaciones de sordos, ciegos, epilépticos, paráliticos, lerdos, la exorcización de las influencias demoníacas y el «*principio de los humildes*» (Lucas, 9:46-48), citado frecuentemente en relación con los deficientes mentales. Parece oportuno reflejar textualmente algunas de estas *citas evangélicas* (36):

«Bienaventurados los pobres, porque vuestro es el reino de Dios. Bienaventurados los que tenéis hambre ahora, porque seréis saciados. Bienaventurados los que lloráis ahora, porque reiréis» (Lucas, 6:20-21).

«Entonces dirá el Rey a los de su derecha: "Venid, benditos de mi Padre, recibid la herencia del Reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; era forastero y me acogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a visitarme" ... "En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis"» (Mateo, 25:34-40).

«Vio, al pasar, a un ciego de nacimiento. Y le preguntaron sus discípulos: "Rabbi, ¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego?" Respondió Jesús: "Ni él pecó, ni sus padres; es para que se manifiesten en él las obras de Dios"» (Juan, 9:1-3).

«Se suscitó una discusión entre ellos sobre quién de ellos sería el mayor. Conociendo Jesús lo que pensaban, tomó a un niño, lo puso a su lado, y les dijo: "El que reciba a este niño en mi nombre a mí me recibe; y el que me reciba a mí, recibe al que me envió; pues el más pequeño de entre todos vosotros, ése es el mayor"», (Lucas, 9:46-48).

Por todas estas influencias, Jesús merece ser incluido entre las *voces de la moderación*. Ahora bien, Scheerenberger (1984) habla de su *influencia en dos direcciones, dulzura-amor frente a posesión demoníaca*, y escribe al respecto:

«Cada una de estas dos tendencias surtiría su propio efecto sobre el tratamiento prodigado a los retrasados mentales y demás personas disminuidas» (p.33).

(36) En estas citas evangélicas seguimos la edición castellana de 1967 de la *Biblia de Jerusalén*.

Por nuestra parte, tendremos ocasión, páginas más adelante, de valorar la influencia de Jesucristo y ahondar en estas *dos direcciones*.

Igualmente, hay que destacar las aportaciones de los *padres de la iglesia* y de algunos *Concilios* que tienen lugar antes de la caída del imperio romano. En cuanto a los primeros, los *padres de la iglesia* denuncian el infanticidio y el aborto y consideran que hasta los no nacidos tienen alma. Por lo que respecta a los segundos, el Concilio de Ancira (314) prohíbe de por vida la entrada en el templo a la mujer que haya dado muerte a su hijo; el de Nicea (325) decreta el hospedaje en cada comunidad de enfermos, pobres y vagabundos, hospedajes que, en algunos casos, se convierten en asilos para niños; el de Vaison (442) dispone refugio en el templo durante diez días para todo niño abandonado. Finalmente, en estos últimos años del imperio romano y bajo la influencia del *cristianismo*, se sitúa la creación del primer hospital del que se tiene noticias, la *ciudad-hospital* fundada en Cesárea de Capadocia por el obispo San Basilio, enfermo crónico, hacia el año 370 (37).

* * *

Como conclusión valorativa sobre la antigüedad clásica (cuadro 3), estamos de acuerdo con Scheerenberger (1984) en que los deficientes reciben un variabilísimo trato. También en que la mayor parte de las prácticas que se les aplican han de persistir a lo largo de los siglos. Pero, por nuestra parte, quisiéramos recalcar el contraste entre unas prácticas cargadas de brutalidad, infanticidio, malos tratos, esclavitud, mutilación para mendicidad, y unos pioneros que van introduciendo innovaciones, consideración de la enfermedad y la deficiencia mental como fenómeno natural, que abren paso a nuevas y desconocidas posibilidades, aunque a la postre, habrá que esperar bastantes siglos para recoger sus frutos.

Recorrido ya el camino desde la prehistoria hasta la antigüedad clásica, vamos a abordar el último de los subperíodos en que dividimos el extenso lapso anterior a la primera revolución en salud mental, edad media, primer renacimiento y reforma, período en el que

(37) El régimen espiritual de esta *ciudad-hospital* lleva a Laín (1961, p.66) a hablar de una doble influencia del cristianismo sobre la práctica del tratamiento médico: «el médico asoció a su arte la caridad, y el enfermo fue educado en la resignación frente al dolor inevitable».

analizaremos el imperio bizantino, el mundo árabe, la Europa occidental, el primer renacimiento y la reforma.

2.4. DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA

*La característica más sobresaliente de la **edad media** (cuadro 4) gira en torno a la eclosión de la **tradición demonológica**, que en la **Europa occidental** tendrá su máxima expresión en la **posesión diabólica** y en la **inquisición**, contra las que se enfrentan algunos «**vale-rosos disidentes**» (38). También como anticipo, se puede afirmar que durante el medievo se producen **avances**, concretamente se introducen las primeras brechas al principio de **inmutabilidad** de la deficiencia, aunque la mayoría de los deficientes estará sometida a una vida dura y cruel.*

La caída de Roma (476 d.C.) desplaza el centro de gravedad a Constantinopla, al **imperio bizantino**, donde continúa la tradición romana pero con las influencias del cristianismo. Por lo que interesa a nuestros objetivos, el emperador Justiniano (483-565), en su compilación del *código legislativo romano*, establece que los deficientes mentales no deben sufrir las mismas penas que los demás y que necesitan *custodios*. Paralelamente, el *humanitarismo cristiano* alcanza uno de los momentos de mayor esplendor. En efecto, se socorre a los menos afortunados y se fundan *orfanatos* y *hospitales (nosocomios)*. En este contexto, resulta interesante la descripción que efectúa Scheerenberger (1984, p.36) del más famoso de estos centros:

«Se sabe de un complejo constituido por hospicio militar, orfanato y asilo para ciegos que contaba con 7.000 camas. Las inclusas y los asilos para ancianos proliferaron por todo el mundo bizantino».

* * *

En cuanto al *mundo árabe*, Mahoma (569-622), también *voz de la moderación*, prohíbe el infanticidio y recomienda ayuda y trato humanitario a los débiles de entendimiento, al considerar que los deficientes y los enfermos mentales son los inocentes del Señor. Pero también cabe hablar de *influencia en dos direcciones*, dado que al amparo y en cumplimiento de los mandatos de Mahoma coexisten prácticas de brutalidad, como las *mutilaciones por robo*.

(38) Como les llama Sarason (1977, p.19).

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
— Posesión diabólica e inquisición		— Valerosos disidentes y avances
IMPERIO BIZANTINO		
		— Justiniano: distintas penas para deficientes — Proliferación de <i>hospitales, orfanatos, asilos</i> , etc.
MUNDO ARABE		
— Mutilaciones por robo — Limitaciones religiosas a la práctica médica		— Continuación del <i>naturalismo griego</i> , — <i>Humanitarismo</i> en los <i>sanatorios mentales</i> — Maimónides : precursor de la <i>educación especial</i> : <i>progresos a través de la instrucción</i>
EUROPA OCCIDENTAL		
— Carlomagno: niño abandonado, esclavo del que lo encuentre: <i>tráfico para esclavos/mendigo</i> — 1324, <i>King's Act</i> , Eduardo II: las propiedades de idiotas, a la Corona: la <i>idiotia</i> , congénita, permanente y con <i>reconocimiento legal</i> — <i>Posesión diabólica e inquisición</i> — Auge de la <i>demonología</i> : 1487, <i>Malleus Maleficarum</i> , de Sprenger y Kraemer		— <i>Asilos y orfanatos</i> : recogen a muchos deficientes — Milán, primer <i>asilo</i> niños abandonados — Hospital de Saint-Gall, hacia el 850 — 1212: <i>cofradía de ciegos</i> tras las Navas de Tolosa — 1247, <i>Bethlem Royal Hospital</i> , Londres — 1260: Luis IX, centro para <i>soldados ciegos</i> — Desarrollo de la <i>técnica protésica</i> : prótesis manual de hierro de 1400
PRIMER RENACIMIENTO Y REFORMA		
— Cierre de instituciones benéficas de la Iglesia — Reforma: continúa la <i>posesión diabólica</i> — Lutero y Calvino denunciaban a los deficientes como <i>habitados por Satanás</i>		— Interés por el cuerpo y por <i>anatomía</i> , desarrollo de <i>cirugía y medicina</i> — Primeras <i>brechas a la inmutabilidad</i> de enfermedad y deficiencia mentales
Cuadro 4.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la edad media, el primer renacimiento y la reforma.		

Ahora bien, la tradición naturalista de Hipócrates y Galeno es conservada y continuada por los árabes y luego pasa a Europa a través de España, *cabeza de puente*. Sin embargo, los médicos árabes se encuentran con parecidas limitaciones que los cristianos debido a su libro sagrado, el **Corán**, por lo que sus aportaciones fueron escasas, salvo *excepciones de notables*. No obstante, en psiquiatría, libros de la demonología europeo-cristiana, pueden hacer observaciones clínicas bien definidas sobre la enfermedad mental (39). Eso

(39) Zilboorg y Henry (1968).

sí, el humanitarismo está presente en los *sanatorios mentales* de Fez (s. VII), Metz (1100), Bagdad (1173) y el *Hospital Mansur* de El Cairo (s. XIII). Estos centros son hospitales dirigidos por médicos, con tratamientos humanitarios a base de música, danza, espectáculos, lecturas de relatos, prácticas de masajes y baños para múltiples enfermedades. En suma, centros precursores de las instituciones manicomiales españolas del período siguiente.

En lo que concierne a las *excepciones de notables*, es obligado destacar a los médicos árabes, concretamente Avicena y los hispanos Avenzoar, Averroes y Maimónides. Avicena (980-1037), médico y filósofo persa, el *príncipe de la medicina*, en su famoso e influyente **Canon de medicina** propone tratamientos para enfermedades infantiles, entre otras, la meningitis y la hidrocefalia. Para la reducción de las dislocaciones vertebrales introduce modificaciones en el *banco de extensión* de Hipócrates (40). De igual forma, parece ser que sabe que la memoria y el habla pueden verse afectadas por lesiones cerebrales, y que reconoce y define distintos niveles de lo que hoy entendemos por funcionamiento intelectual (41). Avenzoar (1090-1162), médico sevillano, y su más conocido discípulo Averroes (1126-1198), médico y filósofo cordobés, autor de la **Enciclopedia médica**, recomiendan *ejercicios* que pueden ser considerados como similares a los de rehabilitación física (42).

Mención especial merece Maimónides (1135-1204), también médico y filósofo cordobés de ascendencia judía, quien relaciona la teoría de los humores con el funcionamiento intelectual. Así, el cerebro del hombre flemático, demasiado húmedo, genera deficiencia mental. Pero, y aquí estriba lo interesante e innovador, los flemáticos, *con instrucción, pueden hacer progresos*. Esta es la primera ocasión en que alguien, curiosamente un médico cordobés, Maimónides, habla de *algún tipo de progreso, instrucción mediante, en la deficiencia mental*. Parece que la piel de toro es propicia para el *optimismo precursor de la educación especial*.

* * *

Por lo que respecta a la **Europa occidental medieval**, la Iglesia Católica se convierte en la única institución benéfica, donde se

(40) Guttman (1981).

(41) Scheerenberger (1984).

(42) Ruano (1992).

practica la *medicina monástica* y se da acogida tanto a perturbados como a deficientes mentales. En medicina, desaparece el naturalismo griego y la farmacología árabe sustituye a la griega, «*el monje reemplaza al médico*» y en el afrontamiento de las enfermedades y los trastornos mentales la *demonología, posesión diabólica*, se establece «con todo su vigor» (43).

Siguiendo la ya mencionada tesis de Scheerenberger, a lo largo de este extenso y oscuro período, las prácticas relacionadas con los deficientes varían con el país y según la actitud social vigente. Es decir, como siempre, el tratamiento recibido por los deficientes está en función del contexto social. Así, durante la alta edad media, la economía agrícola junto con la elevada tasa de mortalidad y la acusada necesidad de mano de obra, determinan que no se practique el infanticidio y, más bien, se recomiende dejar en las iglesias a los hijos no deseados. En este contexto, Carlomagno (742-814) decreta que los niños abandonados sean esclavos de quien los encuentre. Como consecuencia, se crea un tráfico de niños para esclavos y/o mendigos. De igual forma, surgen *asilos y orfanatos*, a los que van a parar muchos deficientes, considerados inocentes e hijos del Señor. El primer asilo para niños abandonados es fundado en el año 787 por Datheus, arzobispo de Milán.

En la *baja edad media*, se producen dos cambios substanciales que suponen la culminación de lo que venimos denominando *tradición demonológica* (44); por un lado, los deficientes, como los locos, son considerados *hijos del pecado y del demonio*, y, por otro lado, se instaura la *inquisición*.

En lo que atañe a lo primero, el concepto de *pecado* y la idea de *posesión diabólica* quedan institucionalizados y constituyen la ideología dominante. Así ocurre en el *decreto* de Graciano, de 1150, sobre el que Scheerenberger (1984, p.45) escribe:

«Aceptado extraoficialmente por la Iglesia declaraba que "todo ser humano concebido por el concubinato de un hombre con una mujer nace con el pecado original, es reo de impiedad y muerte y, por lo mismo, hijo de la ira" ... esta doctrina fomentó en muchos cristianos medievales un profundo sentimiento de impu-

(43) Zilboorg y Henry (1968, ps.111-112).

(44) Cuyo auge sitúa Foucault (1979) hacia *finales del medioevo y principios del renacimiento*.

reza innata, depravación y culpa. A lo largo de siglos, este concepto, reforzado nuevamente durante la reforma, suscitó una indecible agonía en los padres de niños disminuidos».

En esta misma dirección, en el **Malleus Maleficarum**, «*enciclopedia cruel sobre brujería*» (45), escrito por los monjes dominicos alemanes Sprenger y Kraemer en 1487 y que supone la máxima expresión de la *tradición demonológica*, se establece:

«Cuando el paciente no encuentra alivio en los medicamentos, antes bien, empeora con ellos, la enfermedad es producto del demonio». Está fuera de duda que incontables hombres, mujeres y niños inocentes, aquejados de retraso mental o epilepsia, sufrieron este sino» (Scheerenberger, 1984, p.45).

Por lo que concierne a la *inquisición*, esta institución se convierte en el desafortunado destino de algunos deficientes, probablemente aquellos que presentaban lo que conocemos en la actualidad como *problemas de conducta*. Sobre el particular, el mismo Scheerenberger (1984, p.45) afirma:

«Ninguna persona mentalmente diferente de la norma se escapaba de la acusación de brujería».

En este mismo sentido, Pérez Alvarez (1988) habla de la *demonología* y la *inquisición* como los rasgos definitorios de la edad media en el tratamiento de la *locura*. Tales rasgos nos parecen plenamente extensibles a los sujetos afectados de deficiencia mental, en general, pero en especial a los *no controlables* fácilmente. Evidentemente, al deficiente y también al loco no alborotadores se les permite vagar en libertad. En este contexto, existe la *buena* y la *mala* locura medievales. La idea clave es la de *posesión*, que puede ser buena o mala, y la persecución inquisitorial de la mala posesión, considerada como brujería o hechicería. En definitiva, se trata de *personajes sociales a sanar o segregar*. Al respecto, Pérez Alvarez (1988, p.22) añade:

(45) «El martillo de las brujas ... es una enciclopedia cruel sobre brujería, sobre la forma de aprehender a las brujas y los procedimientos para examinarlas por medio de torturas ... Identificaba brujería con herejía y desde nuestro punto de vista identificaba brujería con enfermedad mental, muchos de cuyos síntomas la obra describe cuidadosamente. Durante 300 años, en 19 ediciones, este malévolo compendio fue la autoridad y guía de la inquisición en su búsqueda de herejías y posesiones diabólicas entre la gente» (Boring, 1978, p.716-717).

«Era conveniente para el mantenimiento de la autoridad religiosa la existencia de víctimas propiciatorias en torno a las que estrechar el poder. Estas serían los judíos, las brujas (mujeres) y otros herejes. El médico y el sacerdote tendrían la tarea de "diagnosticar diferencialmente" si un comportamiento extraño era un proceso natural o uno diabólico, donde el peritaje médico estaba atendido a la misma lógica teológica».

En este momento histórico, pero desde otro tipo de actitudes, también hay que situar el nacimiento de los primeros hospitales. El más antiguo conocido es el de Saint-Gall, construido aproximadamente hacia el año 850, muestra ideal de la *arquitectura hospitalaria benedictina*, cuyo plano dispone de *casa de las sangrías, casa de los médicos, estancia para enfermos graves, farmacia y jardín de plantas medicinales* (46). En 1247 se funda el famoso *Bethlem Royal Hospital* de Londres, considerado el hospital más antiguo de Europa entre los existentes en la actualidad; en 1377 recibe los primeros enfermos mentales y 1547 se transforma en manicomio, *asilo para lunáticos* (47). Es adecuado citar también el *régimen familiar* implantado por la ciudad belga de Gheel, que supone, junto con el *Hospital Mansur* de El Cairo, un auténtico sistema excepcional de atención a enfermos y deficientes. Asimismo, en Inglaterra, en 1324, Eduardo II refrenda una ley de Eduardo I, la *King's Act*, por la que las propiedades de los *idiotas de nacimiento* pasan a la Corona. La idiocia, en consecuencia, es considerada *congénita y permanente* y dispone, ya, de *reconocimiento legal*.

También en el medioevo van a tener lugar algunos acontecimientos que tendrán como beneficiarios a los *discapacitados físicos y sensoriales*. En cuanto a los sensoriales, en 1260 se produce la creación, atribuida a Luis IX de Francia (1214-1270), del *primer centro para ciegos* destinado a los 300 soldados que regresan con problemas visuales de las cruzadas. Un poco antes, tras la batalla de las Navas de Tolosa (1212), los excombatientes que quedan *ciegos* forman una *cofradía* en Toledo, a la que el rey castellano Alfonso VIII protege con exenciones y privilegios (48). En el año 685, Juan de Beverley (fallecido en 721) publica un ensayo teórico aislado sobre *educación de sordomudos* y en la centuria del mil cuatrocientos Rodolfo Agrícola (1433-1485) expone el caso de un *sordomudo instruido* (49).

(46) Hernández Conesa (1979).

(47) Rumbaut (1972).

(48) Montoro (1991).

(49) Osorio (1973).

En relación con los físicos, debido a las grandes epidemias y a las frecuentes guerras, invasiones, *cruzadas*, etc., aumenta considerablemente el número de *discapacitados* de todo tipo, lo cual trae consigo algunas consecuencias también ambivalentes. Por un lado, la *mendicidad* y el *asilo* de la iglesia se convierten en prácticamente sus únicas posibilidades de subsistencia. En cualquier caso, las *legiones de mendigos* llegan a constituir una amenaza social y sobre ellos se descargan las acusaciones de brujería y de posesión de artes diabólicas.

Por otro lado, el incremento de discapacitados físicos, en especial los amputados como consecuencia de heridas de guerra, provoca el desarrollo de la *técnica protésica*. Las primeras manifestaciones de esta técnica datan de finales de la edad media y principios de la moderna. Así, se suele datar hacia 1400 una *prótesis manual de hierro* con pulgar rígido y flexión de los restantes dedos. Por aquél entonces aparecen algunos casos famosos, como el general hugonote *mano de hierro* y el pirata *Barbarroja*, con su prótesis de mano (50). Asimismo, Hernández Gómez (1977) menciona otra *mano artificial* del siglo XV, más admirable por su funcionalidad, que, a través de un pequeño engranaje y una polea accionados por la flexión y extensión del codo, permite la flexión y el bloqueo de los dedos. Finalmente, a principios del mil quinientos, concretamente en 1509, se fabrica la mano de hierro del caballero Gotz von Berlinghingen, construida por un herrero y conservada en el museo de Nuremberg. De tal caballero se cuenta que, ante la sorpresa de un cortesano por saludarle con su mano izquierda, contesta:

«La mano derecha es para guerrear y la izquierda para el afecto» (51).

* * *

El **renacimiento** supone el debilitamiento del feudalismo y del Papado, el auge de los nacionalismos, de la burguesía ciudadana y

(50) *Barbarroja* (1473-1518), Arug o Aruy, en el ataque a Bugía resulta gravemente herido en un brazo que es preciso amputarle. Amin Maalouf, en su novela *León el Africano* (1994, p.232), ofrece la siguiente descripción que por su grafismo reproducimos: «Aruy el corsario, llamado Barbarroja ... Tenía efectivamente la barba muy roja por naturaleza, pero también gracias a la alheña, ya que tenía cincuenta años cumplidos y daba la impresión de que sólo lo mantenía en pie el empeño de vencer. Tenía la cojera muy acentuada y la mano derecha de plata. Había perdido el brazo en esa misma ciudad de Bugía, durante un asedio anterior' ...».

(51) Parreño (1978, p.425).

la creación del estado moderno. Por lo que concierne a nuestros intereses, aporta el humanismo y el culto a la belleza y atrae el interés por el cuerpo y por su anatomía, lo que provoca el desarrollo de la *cirugía*, en general, y de la *cirugía ortopédica*, en particular, a la vez que mejora la medicina. Persisten la mayoría de las ideas y prácticas medievales, pero se introducen las primeras brechas a la *inmutabilidad* de la enfermedad y deficiencia mentales y de otras discapacidades: no todos se presentan en el mismo estado, algunos pueden mejorar.

Al disminuir la autoridad del clero con la *reforma*, se cierran muchas instituciones benéficas y el estado se hace cargo de competencias hasta entonces en manos de la Iglesia. Así, la reina Isabel de Inglaterra toma medidas para prestar asistencia a los necesitados mediante la *ley de pobres*, publicada en 1601.

La *reforma* no supone un alivio para los deficientes. El propio Lutero (1483-1546) es sumamente duro con los retrasados y tanto Lutero como Calvino (1509-1564) los denuncian como *habitados por Satanás* (52). Como señala Scheerenberger (1984), a los deficientes se les encierra, en Hamburgo en una torre, *la jaula de los idiotas*; se les vigila en Frankfurt y más adelante por los puritanos fundadores de los Estados Unidos de América. En el campo efectúan trabajos y si son apacibles se les asigna el *papel social* de «el tonto del pueblo». En las ciudades, las opciones son la reclusión en casa o en internados, la mendicidad o algún trabajo, como el de *bufón*. A este respecto, recuérdese la amplia tradición de los *enanos* en las cortes, como en Egipto o en el *siglo de oro* español, en las que ocupan funciones de lo más variado, desde *bufones* a *consejeros*.

Finalmente, ya vimos que en Inglaterra, en 1324, Eduardo II refrenda la *King's Act* por la que las propiedades de los *idiotas de nacimiento* pasan a la Corona, por lo que la *idiotia* es considerada *congénita y permanente*. Este *reconocimiento legal de la deficiencia mental* hace necesario algún sistema de diagnóstico. En 1534, Sir Anthony Fitzherbert (1470-1538), en su *New Natura Brevium*, esboza un *primitivo test de inteligencia*, en el que se establece:

«Y se dirá que es tonto o idiota de nacimiento, aquel individuo que sea incapaz de contar o numerar veinte peniques, de

(52) Ollendick y Hersen (1986b).

decir quién es su padre o su madre, como de saber su propia edad, de modo tal que aparente no poseer entendimiento o razón, ni para su beneficio ni en su detrimento. Pero si su entendimiento es tal que conoce y entiende las letras, y lee gracias a las enseñanzas o la formación de otro hombre, entonces no puede decirse que sea tonto o idiota natural» ... Posteriormente se añadirían otras «pruebas como medir un metro de tejido y nombrar los días de la semana» (53).

* * *

*Como síntesis, este último subperíodo analizado, **edad media, primer renacimiento y reforma (cuadro 4)**, presenta la peculiaridad de acentuar las corrientes pesimistas y negativo-pasivas, en especial mediante el asentamiento de la **demonología** y la **posesión diabólica**, y de propiciar unas condiciones de vida sumamente duras para los deficientes. Es probable, quizás cierto, que muchos pasen desapercibidos, incluso encuentren algún lugar o papel social que desempeñar. Pero la mayoría es objeto de prácticas brutales. En pugna con lo anterior, aparecen, por un lado, el **humanitarismo cristiano**, con sus hospitales, asilos y orfanatos, y, por otro, ciertas aportaciones innovadoras, como las de Maimónides, la **instrucción puede conseguir algún progreso en la deficiencia mental**, los **sanatorios mentales**, precursores de las instituciones manicomiales del período siguiente, algunas primicias anticipo del tratamiento a sordomudos, el desarrollo de la técnica protésica, las primeras brechas en la consideración de la enfermedad y deficiencia mentales como **inmutables e inamovibles**, etc.. En suma, terreno abonado para la **primera revolución en salud mental**, que abordamos de inmediato.*

* * *

Nos queda por tratar una cuestión que páginas más atrás dejamos pendiente: la valoración de la influencia de Jesucristo y del *cristianismo* en la historia de las deficiencias. Sobre el particular, Hernández Conesa (1979) mantiene la tesis de que el humanitarismo cristiano medieval *dulcifica* las condiciones de vida de los deficientes y que los hospitales católicos, la *medicina monástica*, son los introductores y creadores de la *rehabilitación*.

Por nuestra parte, no estamos de acuerdo con tal tesis. Por el contrario, coincidimos con Scheerenberger (1984) y preferimos

(53) Scheerenberger (1984, p.52).

hablar de la influencia de Jesucristo en *dos direcciones*. La *dulzura-amor*, efectivamente, propicia el tratamiento humanitario. Ahora bien, tal humanitarismo ni es exclusivo del cristianismo, los sanatorios árabes dan buen testimonio de ello, ni suponen una concepción plenamente activa. Es decir, sin olvidar sus aspectos positivos, tienen mucho de *caridad y paternalismo*. Y éstos, siempre, tienden a perpetuar la situación de partida, dado que no potencian al sujeto, sino que lo siguen considerando *inferior*. Dicho de forma más directa, *la caridad paternalista da limosna, no rehabilita*.

Pero, junto con el humanitarismo, también se aplican prácticas crueles, siendo la *posesión demontaca* la más brutal de todas ellas. La misma iglesia que potencia los hospitales y asilos trae, o como mínimo tolera y acepta, las hogueras de la inquisición. *Bajo la sombra de la cruz* crece la *arquitectura hospitalaria benedictina* y la *medicina monástica*, pero también los monjes que escriben el **Malleus Maleficarum**.

En consecuencia, el cristianismo desempeña en la historia de las deficiencias un *papel dual tan conflictivo y contradictorio* como el de tantas otras corrientes e instituciones. En algunos temas constituye un factor innovador, pero en otros adopta una postura regresiva y contraria a cualquier cambio y/o progreso. Por tanto, *la herencia de Jesucristo también se ve inmersa en y protagoniza la confrontación entre los enfoques y actitudes pasivo-negativos y los activo-optimistas*.

3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

3.1. INTRODUCCION.....	71
3.2. UNA PRIMERA ESTIMACION: APORTACIONES Y FRACASOS.	72
3.3. LA ESPAÑA PIONERA DEL SIGLO DE ORO	76
3.3.1. LAS INSTITUCIONES MANICOMIALES	80
3.3.2. EL TEMA DE LA POBREZA	86
3.3.3. LA SORDOMUDISTICA Y OTROS FLECOS	93
3.4. EL XVII Y EL XVIII, EL GRAN ENCIERRO	107
3.5. EL XIX, LA ERA DEL PROGRESO	116

3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

Tuve discípulos, que eran sordos y mudos a nativitate ... a quienes mostré hablar, y leer, y escribir, y contar, y a rezar ... é algunos latín, é algunos latín y griego, y entender la lengua italiana ... é sobre todo, usaron de la doctrina, política y disciplina de que los privó Aristóteles.
Pedro Ponce de León (1).

3.1. INTRODUCCION

*La primera revolución en salud mental en el mundo occidental tiene lugar a finales del siglo XVI y principios del XVII dentro de un proceso más amplio de **laicización** del individuo y protagonizada por la **corriente humanista** emergente en el **renacimiento**. El período que abarca desde el inicio de la primera revolución hasta la segunda, a finales del **XLX**, viene caracterizado por la creación en Europa, comenzando por España, de las **instituciones manicomiales** y por la constitución del concepto de **locura** y de **neurosis**. En lo que respecta a la deficiencia y a los trastornos mentales, esta primera revolución se traduce en un cambio importante: el paso de una concepción **demonológica** a otra de corte **naturalista**, de un **modelo demonológico** a un **modelo organicista y biologicista**, de la idea de **pecado** a la de **enfermedad**.*

*Para su análisis, vamos a subdividir este período en cuatro apartados. En primer lugar y bajo el rótulo de **una primera aproximación: aportaciones y fracasos**, iniciaremos la descripción y valoración de esta primera revolución en salud mental. En segundo lugar, abordaremos toda la serie de aportaciones e iniciativas innovadoras, y hasta revolucionarias,*

(1) Escritura otorgada por Ponce de León y recogida por Feijoo en sus **Cartas eruditas** (1753, edición de 1944, *Clásicos Castellanos*, ps.150-151).

que surgen en la España pionera del siglo de oro, apartado que, a su vez, será desglosado en tres subapartados, la creación de las instituciones manicomiales, el tema de la pobreza y, por último, la sordomudística. En tercer lugar, vamos a emprender el recorrido por los siglos XVII y XVIII, el gran encierro, para, finalmente y en cuarto lugar, completar el capítulo con el XIX, la era del progreso.

3.2. UNA PRIMERA ESTIMACION: APORTACIONES Y FRACASOS

Como acabamos de avanzar, la *primera revolución en salud mental* supone un cambio radical tanto en la *concepción* del trastorno y de la deficiencia mentales, la psicopatología se desmarca de la demonología y del clero, como en el *tratamiento* de los afectados, que ya son pacientes y no endemoniados, cambio que viene sintetizado en el **cuadro 5** y sobre el que Pelechano (2) escribe:

«Rescató la psicopatología de la demonología y la convirtió en un fenómeno susceptible de ser analizado utilizando la lógica del pensar propia de un acercamiento naturalista en general y biologicista en particular ... acercamiento que pervive en nuestros días en las escuelas psicopatológicas de corte biologicista y psicofisiológico».

En cuanto a los *protagonistas* (3), Cornelius Agrippa (1486-1535), Jean Wier o Weyer (1515-1588) y Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592) son hitos pioneros de esta nueva concepción humanista y psiquiátrica. Desde España, y más concretamente desde Valencia, Juan Gilaberto Jofré (1350-1417) y Juan Luis Vives (1493-1540) son también pioneros y figuras estelares de este giro copernicano. Wier, *padre de la primera revolución psiquiátrica*, es uno de los primeros que trata de *explicar racionalmente la conducta irracional*, distingue entre *posesión diabólica*, susceptible de eliminación por exorcismo, y *alteración mental, enfermedad*, y afirma que la enfermedad mental es una *dolencia natural*. Montaigne, a su vez, retorna a la concepción naturalista del trastorno mental. Por su parte, Jofré es el impulsor de la creación de los hospitales psiquiátricos españoles del siglo XV, mientras que Vives recomienda el ingreso de los

(2) Pelechano (1986a, p.491).

(3) Zilboorg et al. (1968); Sarason (1977); Boring (1978); Pelechano (1986a); Postel y Quétel (1987).

desequilibrados en el hospital y que se efectúe diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, Félix Plater (1536-1614) y Gazoni, a finales del XVI, Vicente de Paúl (1581-1660), Philippe Pinel (1745-1826), William Tuke (1732-1822) y Dorothea Linde Dix (1802-1877), más adelante, son algunos de los principales defensores de la puesta en práctica de las nuevas medidas.

El producto más representativo de esta primera revolución en salud mental lo constituyen las *instituciones manicomiales* en las que se ponen en práctica toda una serie de tratamientos que Pelechano (1986a) considera *rudimentos de psicoterapia y laborterapia* y que tienen como finalidad la *reinserción*, la *recuperación social*. Sobre el particular, el autor escribe:

«El nacimiento de las instituciones manicomiales es un hecho a partir de este momento. La idea matriz era la de ofrecer un ambiente en el que las personas que sufrían alteraciones psicopatológicas pudiesen ser tratadas del mejor modo posible con el fin de facilitar su reinserción en el contexto familiar, laboral y social» (p.489).

Paralelamente, en este mismo período, aunque más adelante, se sitúa la constitución del concepto de *neurosis*: en efecto, a partir de 1769 el término *neurosis* queda registrado por William Cullen (1710-1790), con lo que se acepta un tipo de enfermedad de origen nervioso.

Volviendo a la aportación más genuina de esta revolución, las *instituciones manicomiales*, se trata inicialmente de centros pequeños, bien públicos para pobres, bien sufragados por donaciones o recursos acumulados, como el *Bethlem Royal Hospital*, o bien privados para

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> — <i>Instituciones manicomiales: hacinamiento, sustitución de tareas terapéuticas por las de custodia/administración; nuevas formas de control; disminución de altas y acumulación de crónicos; encierro permanente y definitivo</i> 		<ul style="list-style-type: none"> — <i>Concepción naturalista, organicista y biologicista del trastorno y de la deficiencia mentales</i> — <i>Tratamiento como pacientes: rudimentos de psicoterapia y laborterapia para reinserción social</i> — <i>Constitución de concepto de locura y neurosis</i>

Cuadro 5.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la primera revolución en salud mental.

puedientes, como el *Retreat* de York fundado por William Tuke (1732-1822). Sus variados tratamientos incluyen tranquilizantes, estimulantes, vendajes, dietas, baños, ejercicios y sangrías. Asimismo, *tratamiento moral*, trato benevolente, humano y sensible, descanso, supresión de abusos físicos, ocupaciones y tareas con vistas a la reinserción, entrenamiento con libros, conversaciones y música, empleo agrícola, etc.. Con el tiempo se vuelven a introducir los aparatos mecánicos como camisas de fuerza, correas, cadenas, etc.

La *historiografía psiquiátrica convencional* considera las aportaciones de la primera revolución en salud mental y, en especial, las instituciones manicomiales como un *curso de avances* tanto en la concepción como en el tratamiento, de tal forma que éste se va convirtiendo progresivamente en más humanizado, naturalista y científico, y aquélla va superando etapas, demonología, laicización, liberación de cadenas, especialización. Por el contrario, la *historiografía crítica de la psiquiatría* encuentra en la época clásica, del siglo XVII al XIX, la *consolidación del concepto de locura*, en su acepción peyorativa y segregadora, encubierta en nuevas concepciones y prácticas. Desde esta perspectiva, Szasz (1975) considera que la enfermedad mental es un *mito equiparable a la brujería medieval*, con los rasgos coincidentes de victimación propiciatoria, persecución y segregación social, y que, en consecuencia, los avances psiquiátricos son versiones de la demonología y de la inquisición. En la misma línea crítica, para Foucault (1979) los manicomios suponen el apartamiento, el «*gran encierro*», de los «sin razón», los insensatos, los irracionales, respecto a la razón social del dominante. En este sentido, escribe:

«En su funcionamiento, o en su objeto, el Hôpital Général no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y burgués que se organiza en Francia en esta misma época» (Foucault, 1979, tomo I, p.82).

Como valoración global, esta primera revolución es un *paso necesario pero insuficiente y, también, contradictorio y dual*. En efecto, la concepción naturalista, la consideración del trastorno y de la deficiencia mentales como *enfermedades* y no como posesión diabólica, da paso a su tratamiento. Y los perturbados y deficientes son tratados como pacientes y no como endemoniados. Pero, a la vez, en el internamiento se engarzan las concepciones negativas, pasivas y pesimistas. Se abandona la demonología, ciertamente, pero se «fabrica» la locura. La repulsión, el rechazo y la ignorancia, el aparta-

miento y la segregación se asientan en los manicomios, en especial cuando se produce el *hacinamiento* y las tareas terapéuticas son reemplazadas por las de *custodia* y de *administración* y se consolidan nuevas formas de control y «las primitivas cadenas son sustituidas por correas», como escribe Pelechano. En consecuencia, siguiendo a este último autor, ha de hablarse de *progresos y logros* de la primera revolución en salud mental, pero también de *fracaso como proyecto*. En efecto, «original y programáticamente prometedora ... desgraciadamente esta primera revolución no cumplió sus objetivos». Inicialmente pensadas como instituciones pequeñas destinadas al cuidado de pocas personas, pasan a tener una ocupación masiva e, incluso, hasta el *hacinamiento*, debido, entre otros factores, al crecimiento de la población y de la miseria en las ciudades (4).

Amén de estos factores externos, incremento de la población y de la miseria, nuestro autor enumera otras causas de este fracaso. En primer lugar, *factores coyunturales* propios de la época, como el escaso conocimiento de la psicopatología, la conversión de la institución manicomial en centro de custodia y la indecisión en la orientación básica, o higienizadora-organizacional o psicoterapéutica. En segundo lugar, *factores estructurales* propios del manicomio, como el estigma-etiquetado social y el internamiento y sus secuelas, desclasamiento, generación de un nuevo código social interno, diferente del de la sociedad, y separación del entorno psicosocial de procedencia.

Como correlato de estos factores causales (la sustitución de los cuidados y de los *rudimentos de psicoterapia y laborterapia* por tareas prioritarias de *custodia* y de *administración*) se produce la *disminución del número de altas* y la *acumulación de pacientes crónicos*. Todo lo cual repercute negativamente en la consecución de los objetivos iniciales de las instituciones manicomiales. Esta situación lleva a Pelechano (1979a) a las siguientes afirmaciones:

«Resulta difícil justificar su existencia como centros que promuevan la integración social de los internos ... más bien al contrario ... han promovido la existencia y consolidación de nuevos sistemas sociales y subcomunidades que funcionan con un código social distinto ... la separación de las personas de su grupo social primario no ha favorecido los procesos de integración social» (p.22).

* * *

(4) Pelechano, (1986a, p.489).

Finalmente y como conclusión (cuadro 5), esta primera revolución en salud mental aporta toda una serie de logros y progresos, pero, en definitiva, se vuelve contra sus teóricos beneficiarios. Se abandona la demonología, se aplican rudimentos de psicoterapia y laborterapia, pero se olvida la reinserción. Y el manicomio se convierte en encierro. Y el encierro se torna en permanente y definitivo. Y llegará la época del gran encierro, los siglos XVII y XVIII. Y habrán de pasar muchos años para que los manicomios sean centros de salud. Y habrán de realizarse tremendos esfuerzos para que los deficientes sean tratados moralmente. En suma, la segunda y tercera revoluciones serán necesarias.

Por el momento, hemos efectuado ya la descripción y valoración generales de la primera revolución en salud mental, es decir, los logros y las limitaciones del primero de los apartados en que hemos dividido el período que estamos abordando. A continuación, vamos a iniciar el segundo de tales apartados, lo acontecido en la España pionera del siglo de oro, con los anunciados subapartados de la creación de las instituciones manicomiales, el tema de la pobreza y la sordomudística.

3.3. LA ESPAÑA PIONERA DEL SIGLO DE ORO

A diferencia notable de otros momentos históricos en los que España queda al margen de Europa y, como mucho, se limita a copiar, incluso tarde y mal, lo que en otros lugares se desarrolla, en esta época, que genéricamente suele ser conocida como el siglo de oro, en nuestro país se inventa, se innova y hasta se exporta. Cuestión distinta es el destino que tales innovaciones corren en el lugar donde se gestan.

Pero vayamos por partes. Las aportaciones innovadoras surgidas en la piel de toro abarcan varios campos, prácticamente todos los relativos al objeto de este trabajo. Se crean las primeras instituciones manicomiales de Europa, a la que luego pasan, instituciones en las que van a ser acogidos muchos deficientes mentales. Se escribe, se polemiza y se legisla sobre la pobreza, tema que afecta a pobres, evidentemente, pero también a cojos, tullidos, ciegos, sordos, es decir, a discapacitados físicos y sensoriales y a algunos deficientes mentales. Finalmente, se rompen los moldes establecidos, y aceptados sin discusión desde Hipócrates y Aristóteles, cuando a un monje benedictino, Pedro Ponce de León, en un remoto lugar de Burgos, el Monasterio de San Salvador de Oña, se le ocurre enseñar a hablar a un mudo-sordo,

con lo que se pone en práctica por primera vez en la historia la *educación especial* a través de un método revolucionario, la *sordomudística*.

Respecto a la delimitación temporal del *siglo de oro*, es menester precisar que empleamos tal denominativo en un sentido amplio e incluimos en él todo el extenso lapso temporal en que España está a la cabeza de Europa, no sólo en *literatura*, sino en otros campos del saber y, lo que es más importante para nuestros objetivos, en lo relativo a las deficiencias. Por tanto, con tal expresión nos referimos a lo acontecido en los siglos XVI y XVII y, también en algunas cuestiones, a sus antecedentes del XV y a sus derivaciones en el XVIII.

* * *

Amén de las tres aportaciones estelares de nuestro *siglo de oro* que avanzamos párrafos más atrás, no puede pasarse por alto algunas otras referencias de la misma época, también relacionadas con la discapacidad.

En primer lugar, la figura de Juan Huarte de San Juan (nacido entre 1530-5 y fallecido hacia 1592), referencia obligada dado su carácter de precursor de la *psicología diferencial* y de la *evaluación psicológica*, autor del conocido **Examen de los ingenios para las ciencias**, escrito en 1575.

Más destacable para nuestros objetivos es la figura del valenciano Juan Luis Vives (1493-1540) (5), erasmista que marcha de España a los diecisiete años para prevenir la posible intervención de la inquisición (6), el primer humanista preocupado por los asuntos sociales y culturales de la época, «un humanista que piensa en social» (7), cuyo *humanismo* es «particularmente el más agresivo en

(5) Sobre la fecha de nacimiento de Vives, 1492 ó 1493, seguimos las recomendaciones de Casado en la «Introducción» a la edición castellana de 1992 de **De subventione pauperum**. De acuerdo con el mismo criterio, el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* celebra una *sesión científica*, el 6 de marzo de 1993, en conmemoración del *V Centenario* de Vives. En dicha *sesión científica*, Puig de la Bellacasa (1993) presenta su trabajo **La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par**.

(6) Goetz (1987: **The New Encyclopædia Britannica: Micropædia: Volume XII, Voz Vives**, p.409).

(7) Matheussen (1993, p.45).

sensibilidad social» (8), «no sólo el padre de la psicología empírica moderna, sino el verdadero antecesor de la psicología dinámica del siglo XX» (9), pionero de la primera revolución en salud mental y partidario decidido del trato humanitario, que, como ya vimos, recomienda que los desequilibrados ingresen en el hospital y se determine «antes que todo si su enfermedad es congénita o proviene de alguna desgracia, si hay esperanza de que se recupere o no ... es de la mayor importancia que el tratamiento sea tal que la locura no se fomente ni aumente» (10). Finalmente, en Vives se encuentran «antecedentes firmes de importantes cuestiones psicológicas actuales»: interés práctico, proyección clínica y educativa (11). Inevitablemente volveremos a hablar de las sugerencias pioneras de Vives más adelante.

En este contexto de aportaciones españolas, son también dignos de mención algunos otros personajes relevantes en relación con las discapacidades físicas. Como Jaén Cristóbal Méndez, autor del **Libro del ejercicio corporal y de sus provechos por el cual cada uno podrá entender qué ejercicio le sea necesario para conservar su salud**, publicado en 1553, el primer ensayo sistematizado sobre *educación física y reeducación motriz y funcional* (12). El también español Luis de Mercado (1520-1606), catedrático de Valladolid en 1572, gran conocedor de técnicas manipulativas vertebrales, el primer universitario dedicado a estos menesteres, que ilustra a curanderos (*algebristas*) sobre *técnicas manuales e instrumental* (13). Finalmente, el *médico militar*, es decir, que sirve como médico en *galeras*, Cristóbal Pérez de Herrera (nacido en 1558 y cuya fecha de defunción se desconoce, aunque parece que muere muy anciano), discípulo de Miguel de Giginta, autores ambos sobre los que volveremos en relación al tema de la pobreza, Herrera, decimos, se preocupa de los *inválidos de guerra*, por los que también se interesa Jerónimo de Ceballos (14).

En este punto de nuestro recorrido histórico por el *siglo de oro* español y dado que acabamos de hablar de *inválidos de guerra*, hay

(8) Carasa (1992, p.11).

(9) Zilboorg y Henry (1968, p.190).

(10) Zilboorg y Henry (1968, p.183).

(11) Pérez Alvarez (1991, p.51).

(12) Barnosell (1975).

(13) Parreño (1978).

(14) Pascual del Riquelme (1975b).

que hacer referencia a un discapacitado famosísimo, excombatiente mutilado, Miguel de Cervantes Saavedra (1547-1616), *príncipe de los ingenios*, quien en la batalla de Lepanto (1571) pierde la funcionalidad del brazo izquierdo a resultas de una herida de arcabuz, discapacidad que le acarrea el sobrenombre de *el manco de Lepanto*, pero que no le impide escribir su inmortal obra, **El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha** (15).

Otros deficientes desempeñan distintos papeles sociales (16), e incluso algunos discapacitados físicos, como los *enanos*, gozan de popularidad y hasta de cierta ternura, como puede apreciarse en el cuadro de Velázquez, «*El niño de Vallecas*». Curiosamente, no es la primera vez que los *enanos* gozan de cierto prestigio y llegan a ocupar puestos de *consejeros*, como ya se ha dicho. No obstante, durante esta época la discapacidad también es objeto de *mofas* y *escarnios*, o recibe calificativos tan expresivos como el que Carreño de Miranda dedica a «*La monstrua*». De igual forma, es representada con realismo descarnado, como «*El patizambo*» o «*El niño cojo*» de José de Ribera (17).

También la literatura del *siglo de oro* recoge otros personajes discapacitados, como el *ciego ruin* que castiga con crueldad las travesuras del pícaro Lázaro en la obra anónima **Vida de Lazarillo de Tormes y de sus fortunas y adversidades** (18). Finalmente, los defectos físicos no escapan del humor sarcástico y mordaz de Fran-

(15) Las dos partes del **Quijote** se publican en 1605 y 1615 (García López, 1972).

(16) Ignacio Francia (1974, 1993) recoge una tradición sobre el origen de la *tuna universitaria* en relación con el «*tonto*» o «*bobo*» protegido por los alumnos de la Universidad de Salamanca residentes en el Colegio Mayor de San Bartolomé, fundado en 1401 por Alonso de Anaya:

«Aunque hay quien señala que el origen de la *tuna* se encuentra en el *bobo* que mantenían los colegiales del San Bartolomé: al ver a otros estudiantes que por medio de gracias y tañer de instrumentos se aliviaban las hambres, pusieron a imitar al «*bobo*» del San Bartolomé, en rondas a gentes principales y sobre todo a damas. Se les llamó *tunos* a estos sujetos y *tuna* a la agrupación» (1993, p. 73).

(17) Diego de Acedo, Eugenia Martínez Vallejo (*La monstrua*), Francisco Lezcano (*El niño de Vallecas*), Magdalena Ruiz, María Barbola, Nicolás Pertusato, Sebastián de Mora, Soplillo, etc., son personas de *baja estatura* que adquieren cierto relieve artístico y/o social. En Enderle, Meyerhöfer y Unverfehrt (1994) pueden encontrarse amplias referencias sobre el *papel social* y la presencia en el arte de los *enanos* en ésta y en otras épocas y culturas.

(18) Las 3 primeras ediciones conocidas del **Lazarillo** están datadas en 1554 (García López, 1972).

cisco de Quevedo y Villegas (1580-1645). Así, sus «desaforadas comparaciones» en el célebre *soneto A una nariz*, su cruel caricatura de la apariencia física del *Dómine Cabra*, en la *Historia del Buscón don Pablos, ejemplo de vagabundos y espejo de tacaños*, sus sátiras despiadadas «contra el aspecto físico del contrahecho Alarcón» (19).

* * *

En suma, la discapacidad tiene cierta relevancia en la España del siglo de oro, algunos discapacitados gozan de prestigio, otros desempeñan papeles sociales no tan marginales, y en general sus problemas preocupan y son objeto de interesantes iniciativas como las que vamos a desglosar a continuación.

3.3.1. LAS INSTITUCIONES MANICOMIALES

Como ya se ha adelantado, la *tradición naturalista griega*, conservada durante la edad media por los árabes, vuelve a Europa en la *primera revolución en salud mental*. Este reencuentro se produce precisamente a través de España, *punto de transmisión de la cultura árabe*, y, más concretamente, a través de las *instituciones manicomiales* que en esta época se van a crear en nuestra patria siguiendo la tradición de los *sanatorios mentales* de Fez, Metz, Bagdad y el *Hospital Mansur* de El Cairo. En tales instituciones españolas van a ser internados tanto *trastornados como deficientes mentales* y se van a poner en práctica toda una serie de *tratamientos* con vistas a la *reinserción social* de los ya considerados como *pacientes*, como también se ha dicho (20).

(19) Juan Ruiz de Alarcón (1581-1639), abogado y autor teatral. Su «desgraciado aspecto físico, era de pequeña estatura y jorobado de pecho y espalda ...», es decir, sus posibles *cifosis* y *lordosis* le hacen merecedor de las crueles burlas no sólo de Quevedo, sino también de Lope de Vega, Góngora y muchos otros. Entre los calificativos que recibe figuran «*camello enano*», «*mona*», «*don Talegas*», «*bail poeta*», etc. (García López, 1972, ps.294-295 y 320).

(20) Los *sanatorios mentales árabes*, como señalamos páginas más atrás, son hospitales dirigidos por médicos con tratamientos humanitarios para diversas enfermedades, incluidas las mentales. Ahora bien, estamos con Ullersperger (1954, original de 1871) y con Rumbaut (1972) a la hora de hablar de los españoles como los *primeros hospitales psiquiátricos* fundados en Europa (precisamente el trabajo de Rumbaut lleva por título *El primer hospital psiquiátrico del mundo occidental*). Estamos también con Bassoe (1945) cuando considera a España como la «*cuna de la psiquiatría*», expresivo título de su trabajo. En todo caso, nadie quiere restar méritos ni notoriedad

El primer hospital psiquiátrico de Europa, el *Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes*, lo funda en 1409 en Valencia el mercedario padre Jofré (1350-1417), a cuyo impulso se debe la creación de los psiquiátricos españoles del siglo XV (21). En concreto (cuadro 6), se crean los de Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Palma (1456), Barcelona (1481), Toledo (1483) y Valladolid (1489). Poco después, se funda el primero de América, el *Hospital de San Hipólito* de México (1565). Es decir, en poco menos de cien años (concretamente en ochenta, los que transcurren entre 1409 y 1489), se instauran en España siete centros especializados en el tratamiento de *inocentes, orates, débiles de juicio o discreción, ignoscentes, alienados, insanos o dementes*, con vistas a su *reinserción social*.

* * *

Resulta sumamente curiosa la figura del impulsor de estas instituciones, Juan Gilaberto Jofré, nacido en Valencia en 1350 y fallecido en 1417. A los veinticinco años ingresa en la orden de los *Hermanos de la Merced*. En el ejercicio de las funciones de dicha orden, el rescate de prisioneros de guerra y esclavos, es probable que conociera los métodos curativos dispensados a los *alienados* en los países del *Islam*. De vuelta a Valencia, presencia el linchamiento callejero de un *insano*, contra lo que encabeza un amplio movimiento de solidaridad que cuenta con el apoyo del rey de Aragón, Martín I el *Humano* (22). A resultas de tal movimiento, en 1409 se abre el *Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes* de Valencia, conocido como *Hospital de Inocentes*.

Dado su interés, parece oportuno ampliar el relato del acontecimiento. Por aquella época, Valencia cuenta con muchas instituciones benéficas de diverso tipo. Tan sólo los *lunáticos* carecen de asilo

a los *sanatorios mentales árabes*, ni tampoco negarles su condición de *centros precursores* de las instituciones manicomiales españolas. Tan sólo pretendemos recalcar lo que de primicia tienen los psiquiátricos hispanos.

(21) Morel (1987, p.673); a su vez, Rumbaut (1972, p.1308) habla de *la tradición de Jofré* y afirma que «creó una tradición que iba a ser seguida en la península ibérica durante siglos e inició una cadena de fundaciones de hospitales con la misma filosofía y tratamiento ... Siguiendo los pasos de Jofré vino Bernardino Alvarez, el pionero de los psiquiátricos del nuevo mundo. Alvarez fundó una cadena de hospitales en México, Guatemala y Cuba en el siglo XVI».

(22) Bassoe (1945, ps.731-732) Ullersperger (1954, p.56), López Piñero (1969, ps.92-93), Rumbaut (1972, p.1307) y Morel (1987, p.673), fuentes que seguimos en la ampliación del relato.

adecuado. En tales circunstancias, una mañana, el primer domingo de cuaresma, 24 de febrero de 1409, el padre Juan Gilaberto Jofré, que a la sazón cuenta ya con cincuenta y ocho años, va a predicar a la iglesia de *Nuestra Señora de los Desamparados*. En su camino se encuentra con una turba enfebrecida gritando «el loco, el loco», mientras ridiculiza, veja y golpea a su víctima indefensa, quien cae rendido y agotado al suelo. En esta situación interviene el padre Juan, dispersa al populacho y toma al pobre enfermo bajo su protección. Esta escena es recogida por Joaquín Sorolla en un famoso cuadro que figura en la Diputación de Valencia. A continuación, el padre Jofré hace del incidente el tema central de su sermón, exhortando a sus feligreses a la fundación de una casa donde fueran acogidos los *insanos*. Sus ardientes palabras tienen efectos rápidos y eficaces. Al acabar el sermón, uno de sus oyentes, Lorenzo Salom, aborda al fraile y se compromete a ayudarle a llevar a cabo tan humanitaria labor. Con tales fines, Salom contacta con otros comerciantes, creando una *cofradía* para la promoción del centro. Las obras comienzan en mayo de 1409 con la autorización del rey Martín I el *Humano*, quien sanciona los estatutos de la *cofradía* en marzo de 1410. Finalmente, en mayo de 1410, el Papa Benedicto XIII otorga una bula que aprueba la construcción del *Hospital de los Santos Mártires Inocentes*. El siguiente fragmento del *real privilegio* de constitución, otorgado por Martín I, puede servir de muestra del animado afán de estos pioneros:

AÑO	SUCESO	OBSERVACIONES
1409	— <i>Hospital de los Santos Mártires Inocentes</i> de Valencia	— El primero de Europa, fundado por Jofré — Se retiran las cadenas de los internos
1425	— <i>Hospital Real y Gral. de Nuestra Señora de Gracia</i> de Zaragoza	— Fundado por Alfonso V de Aragón; Pinel alaba su régimen abierto y de trabajo ocupacional rural
1436	— <i>Hospital de los Inocentes</i> de Sevilla	— Fundación atribuida a Sánchez de Contreras
1456	— <i>Hospital Psiquiátrico</i> de Palma	— Fundado a impulsos de Jofré
1481	— <i>Hospital Psiquiátrico</i> , Barcelona	— Fundado a impulsos de Jofré
1483	— <i>Hospital de Inocentes</i> , Toledo	— Fundado por el Nuncio Francisco Ortiz
1489	— <i>Casa de Orates</i> de Valladolid	— Fundado por Sancho Velázquez de Cuéllar
1565	— <i>Hospital de San Hipólito</i> , México	— El primer hospital psiquiátrico de América

Cuadro 6.—Síntesis de las instituciones manicomiales españolas.

«Por ser obra de misericordia y muy pía atender a los que tienen de ello necesidad, no solamente corporal, por atrofía, de-

bilidad, falta de miembros o enfermedad, y más aún si es mental, por debilidad del juicio o discreción, por ignoscencia, locura u oradura, ya que estos seres ni pueden ni saben subvenir a su vida aunque sean robustos y fuertes en su cuerpo, pues están constituidos en tal ignoscencia, locura u oradura, su libre trato con las gentes origina daños, peligros y otros inconvenientes, pensando en esto, diez ciudadanos de Valencia ... de acuerdo los diez en atender su necesidad, quieren construir una casa en la mencionada ciudad con tal fin ... dicha obra debe ser totalmente laica y de hombres llanos en lo tocante a categoría, jurisdicción y toda clase de actos ... Asimismo, que cada uno de los diez que actualmente entienden y quieren construir dicha casa y Beneficencia, y cada uno de los que a la muerte de alguno de los cofrades les subrogue y sea admitido, tenga a bien dar y de hecho dé, en su recepción, 500 sueldos reales de Valencia, o menos si así se convino, y no pueda ser antes recibido. Mas si de hecho lo hubiese sido ya, sea como no admitido aún mientras no haya entregado dicha cantidad al contado, cuyas monedas serán libradas al Mayordomo de la casa y servirán para los usos y necesidades de los ignoscentes, locos y orates del hospital solamente y no para otros fines» (23).

En el seno de la *cofradía* se constituye un comité de diez comerciantes para la administración del hospital, turnándose cada uno de ellos por un año en el cargo de la dirección. Paralelamente, se cuenta con siete médicos desde su fundación, de los que tan sólo nos ha quedado el nombre de Guillén Pedrera.

En cuanto al hospital (24), construido en las afueras de Valencia, dispone de un edificio rectangular con un patio central, habitaciones individuales y otras dependencias, como cocina y lavandería. De igual forma, cuenta con terrenos para tareas agrícolas y de jardinería. En dicho centro, «se emplean medicaciones, pero sólo como complemento del trato amable y del trabajo diario, que son los pilares fundamentales del programa». En concreto, los varones internos se dedican al trabajo agrícola, aprenden algún oficio, incluso el manejo de dinero, mientras que las mujeres se ocupan de tareas como tejer, coser y reparar la ropa y de la lavandería. En general, los pacientes disponen de libertad de movimientos. Al parecer, en agosto de 1442, con una población de 60 pacientes hospitalizados, tan sólo dos hombres están encerrados en sus habitaciones. Finalmente, no hay constancia de fugas ni de suicidios entre

(23) López Piñero (1969, ps.92-93).

(24) Para los datos sobre el hospital seguimos a Rumbaut (1972, ps.1307-1308).

1409 y 1512. Es decir, el *tratamiento moral* y la *terapia ocupacional* están ya presentes en este primer hospital psiquiátrico valenciano. Por todo ello no es de extrañar que el *Hospital de Inocentes* fuera bien considerado por los valencianos. Tampoco resulta sorprendente que sus procedimientos clínicos y sus métodos de administración le convirtieran en uno de los más famosos de Europa.

* * *

En cuanto al de **Zaragoza**, el *Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de la Ciudad de Zaragoza*, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, instaura un *régimen abierto y de trabajo ocupacional rural*, que tiene como finalidad *canalizar las energías de los pacientes* y que siglos más tarde es alabado por Pinel.

Como cuestión anecdótica, pero indicadora del *eco popular* de que estas instituciones gozan, Lope de Vega sitúa alguna de sus comedias en estos marcos hospitalarios, concretamente, *Los locos de Valencia* y *El loco por fuerza*, ésta última en el de Zaragoza. También como anécdota, el *Hospital de Inocentes* de Toledo, conocido popularmente como *el Nuncio*, por su fundador, Francisco Ortiz, que lo instaura en sus «propias» casas en 1483, estaba situado en el casco antiguo de la ciudad imperial y ha sido trasladado en 1977, a Azucaica, en las cercanías de Toledo. En la entrada figura una placa alusiva a tal fundación:

**EL MUI REVERENDO SEÑOR PROTONOTARIO
FRANCISCO ORTIZ, NUNCIO APOSTOLICO I CANONICO
DE ESTA SANTA IGLESIA PRIMADA FUNDO EN SUS
PROPRIAS CASAS EL HOSPITAL DE INOCENTES AÑO
DE 1483 I NOMBRO POR PATRONO AL ILUSTRISIMO
CABILDO DE LA MISMA SANTA IGLESIA EN EL DE 1508**

Anécdotas al margen, aunque sin olvidar el *eco popular* de que gozan, resulta de todo punto necesario recalcar el carácter innovador, pionero y revolucionario de la puesta en marcha de estos hospitales psiquiátricos y de sus tratamientos. La creación de estas instituciones manicomiales españolas es relevante no sólo por el hecho de su fundación, ya de por sí importante, sino por otras razones. En primer lugar, por el contexto socio-histórico en que se producen: a principios del siglo XV (el psiquiátrico de Valencia data

de 1409) no está el ambiente preparado para estas innovaciones. Por un lado, chocan frontalmente con las concepciones dominantes que giran en torno a la *demonología*, que está en todo su auge, e, incluso, todavía no se ha escrito el *Malleus Maleficarum*, máxima expresión de la *posesión diabólica*, que será publicado mucho después, en 1487. Por otro lado, aún no ha nacido el pionero español de la *primera revolución en salud mental*, Luis Vives (1493-1540), cuyas aportaciones teóricas tardarán unos años, ni tampoco se ha implantado el *humanismo* ni el proceso de *laicización* del individuo que, como vimos, enmarcan esta primera revolución. Y ésta se produce a finales del XVI. En consecuencia, puede hablarse de un *adelanto temporal de casi dos siglos*. En segundo lugar, aportan toda una serie de innovaciones concretas realmente pioneras y revolucionarias. Así, en el psiquiátrico de Valencia, «de concepción liberal» (25), se *retiran las cadenas a los enfermos* mucho antes de que lo hiciera Pinel y se crea el *primer departamento para niños* (26). En este mismo sentido, Carpintero y del Barrio (27) señalan que es sorprendente encontrar, en el documento de fundación de esta institución manicomial valenciana, una *coherente y consistente comprensión* de la enfermedad mental con especificación de variedades e indicaciones sobre criterios diagnósticos, como falta de integración social e incapacidad de vida independiente. Finalmente, no puede olvidarse el *tratamiento moral* y la *terapia ocupacional rural* instaurados en Valencia y Zaragoza. Por tanto, es menester insistir en el carácter de primicia e innovación respecto a la época y en especial en relación con el concepto y con las técnicas de tratamiento realmente revolucionarias. Y todo ello llevado a cabo por primera vez en la historia de forma sistemática, elaborada y documentada (28).

* * *

(25) Morel (1987, p.673).

(26) Alexander y Salesnick (1966).

(27) Carpintero y del Barrio (1979, p.338).

(28) Al respecto, Rumbaut (1972, p.1308) escribe: «Se suele atribuir el comienzo de la retirada de cadenas al insano, así como el tratamiento moral y el trato hospitalario amable a los pacientes mentales, a Philippe Pinel ... Nadie quiere negar el extraordinario papel de Pinel en este contexto ni el poderoso impulso que dio a la hora de cambiar el destino de los pacientes psiquiátricos. Pero Pinel mismo reconoció con toda justicia que supo de la existencia del Hospital de Zaragoza y del admirable trabajo que allí se había hecho. Elogió tal institución como un modelo a seguir ... Jofré creó el Hospital de Inocentes en Valencia; Valencia inspiró Zaragoza; Zaragoza inspiró a Pinel en París. Aunque parezca mentira, esta es una secuencia de acontecimientos raramente mencionados en la historia de la psiquiatría hospitalaria».

En consecuencia, se trata de un **anticipo temporal de casi dos siglos de la primera revolución en salud mental**. En un contexto en el que dominan las **concepciones negativo-pasivas de la demología**, se instauran unas instituciones y unas prácticas plenamente **activo-optimistas**. Luego, corren idéntica suerte que las europeas, **masificación, hacinamiento y pérdida de eficacia**. Es decir, en este conflicto triunfan las corrientes pesimistas. Incluso, más adelante, a pesar de tan pionera y revolucionaria aportación, la **psiquiatría española se convierte en mera importación de la psiquiatría europea, en especial alemana y francesa**. Esta línea evolutiva, **innovación original, olvido y copia de lo europeo**, vuelve a aparecer, como comprobaremos páginas más adelante. Pero la innovación ahí está.

3.3.2. EL TEMA DE LA POBREZA

La segunda gran aportación española al campo de las deficiencias está relacionada con la solución de un problema que debe ser grave y acuciante en aquella época, la *pobreza*, tema cuyo afrontamiento en la España del *siglo de oro* resulta sumamente curioso y en el que seguimos unos interesantes y pormenorizados trabajos (Pascual del Riquelme, 1975a,b; SIIS, 1991), sin los cuales, nobleza obliga, este apartado no podía haberse redactado. El tema en cuestión, cuyo resumen aparece en el **cuadro 7**, constituye una de las preocupaciones de la Europa de los inicios del renacimiento y uno de los muchos instrumentos de la constitución del *estado moderno*. En efecto, los *estados europeos centralizados* sientan las bases de una asistencia organizada cuando comienzan a participar en la beneficencia, relevando progresivamente a las instituciones privadas y, en especial, a la Iglesia. Recuérdense, al respecto, las ya mencionadas *leyes isabelinas inglesas de pobres* de 1601. Ahora bien, la originalidad española no estriba en la preocupación por el tema, sino en su planteamiento y en las medidas y propuestas que origina. En efecto, la *pobreza* es objeto de publicaciones, polémicas, medidas legislativas, etc., en suma, un problema social realmente preocupante por aquel entonces que afecta a no pocos y que moviliza a muchos. Y, lo que resulta más interesante para nuestros objetivos, que genera toda una panoplia de *soluciones*, algunas de las cuales ni se llevan a cabo, es cierto, pero que suponen, también, un *anticipo temporal* de algunas medidas que se han de poner en práctica en el siglo XX.

Bien, el problema de la *pobreza*, abordado bajo términos variados, como *pobreza*, *mendicidad*, *limosna*, *pobres verdaderos* y *fingidos*, etc., afecta a todas aquellas personas incapaces de procurarse la subsistencia por causas diversas, entre otras, enfermedad e incapacidad para el trabajo. Evidentemente, los *discapacitados físicos* y *sensoriales* y *algunos deficientes mentales* encajan aquí. Por otra parte, no hay referencias directas a deficientes, pero sí menciones esporádicas de *cojos*, *ciegos*, *mancos*, *lisiados*, *tullidos*, *tontos*, *lerdos*, etc.

* * *

AÑO	SUCESO	OBSERVACIONES
1329	— <i>Asociación de mendigos de Valencia</i>	— Distribuye puestos para mendigar; <i>cuota</i> para fondos para enfermedad
1537	— <i>Cofradía de ciegos de Zaragoza</i>	— Monopolio de recitar oraciones por las casas en favor de <i>ciegos previamente reconocidos por el médico</i> ; <i>sustituciones</i> en casos de enfermedad
1518 y 1523	— <i>Reglamentaciones de la limosna</i>	— Las Cortes de Valladolid regulan la mendicidad
1526	— <i>De subventione pauperum</i> , de Juan Luis Vives	— Propone suprimir la mendicidad; <i>educación y trabajo adecuado</i> , principios de la <i>regeneración de pobres</i> ; pionero de la rehabilitación
1540	— <i>Disposición para la asistencia a los pobres</i>	— <i>Consejo Real</i> : <i> criterios de pobreza verdadera: dependencia social y minusvalía física y psíquica</i>
1545	— <i>Deliberación en la causa de los pobres</i> , de Domingo de Soto	— Protesta ante la regulación de la mendicidad y aboga por la libertad de la mendicidad
1545	— <i>De la orden que en algunos pueblos.</i> , de Juan de Medina	— Recomienda no prohibir sino hacer innecesaria la mendicidad
1555	— <i>Petición de «padre de pobres»</i>	— Petición del ejercicio de la <i>policía de mendigos</i>
1562	— <i>Regulación de la célula</i>	— <i>Enfermos y ciegos</i> pueden mendigar sin célula
1565	— <i>Orden de socorro de los pobres verdaderos</i>	— Ciegos, lisiados y ancianos han de ser provistos de célula
1567	— <i>Nueva recopilación sobre pobres</i>	— Menciona a ciegos y enfermos
1579	— <i>Remedio de pobres</i> , de Miguel de Giginta	— Propone <i>Casas de Misericordia</i> : asilo, regeneración y trabajo
1598	— <i>Discurso del amparo de los legítimos pobres</i> , de Herrera	— <i>Albergues</i> de los que han de salir a pedir limosna

Cuadro 7.—Síntesis del tema de la **pobreza** en el *siglo de oro* español.

Dentro de este tipo de preocupaciones, hay que hacer mención de un tema paralelo, los sistemas de *previsión social* que protagonizan

los *Gremios, Cofradías, Hermandades y Montepíos*, presentes ya en la edad media. Antecedentes remotos e interesantes de nuestra seguridad social, tales instituciones prestan auxilio en caso de enfermedad y muerte e, incluso, ayudas específicas para vejez e invalidez (29). Algo similar al *auxilio de invalidez* viene ya regulado en los estatutos de la *cofradía de curtidores* de Valencia, de 1392, y en las ordenanzas de la *cofradía de mareantes* de Deva, de 1448. A su vez, en 1329 se constituye en Valencia una *asociación de mendigos* que se encarga de determinar los puestos en que cada asociado ha de pedir limosna, cobrándoles una cuota para disponer de un fondo con el que atender a sus miembros en caso de enfermedad (30). Como tendremos oportunidad de comprobar en otras muchas ocasiones, la preocupación por los *inválidos* y por los *accidentados laborales*, junto con los *excombatientes mutilados*, sin olvidar la importancia decisiva del *asociacionismo*, han potenciado siempre el movimiento rehabilitador.

En este contexto de los sistemas paralelos de *previsión social*, es de destacar la tradición del *asociacionismo de los ciegos*, sobre el que Montoro (1991) ofrece abundantes testimonios. Entre ellos cabe resaltar algunos, como la ya aludida *cofradía* que forman en Toledo los *excombatientes ciegos* a resultas de la batalla de las Navas de Tolosa (1212); la que se crea en Madrid poco después; la que se funda en Valencia, en 1314, la *cofradía de los ciegos oracioneros*, encargados de dirigir el rezo del rosario; por último, la *cofradía de los ciegos trovadores*, creada en 1329 en Barcelona, que agrupa a invidentes músicos y poetas. Finalmente, es de sumo interés la *cofradía de ciegos* de Zaragoza, creada en 1537. Se trata de un *auténtico monopolio* (¡curioso antecedente de la actual ONCE y de su «cupón!»), en favor de los ciegos, previamente reconocidos por el médico, de ir por las casas recitando o cantando oraciones acompañados de guitarra. Incluso están previstas sustituciones en casos de enfermedad (31).

* * *

Por lo que concierne directamente al tema de la *pobreza*, objeto de polémicas y medidas variadas, como ya se dijo, hay una autén-

(29) Aznar (1977); Pascual (1975a).

(30) Montoro (1991).

(31) Pascual (1975a).

tica preocupación por *erradicar* la mendicidad, pero también un cuidadoso celo por *permitir y regular* dicho único medio de subsistencia para los que no disponen de otra posibilidad, es decir, por delimitar los *pobres verdaderos* de los *fingidos*. E, incluso, la *limosna* queda autorizada como *f fuente de ingresos* del Hospital General de Zaragoza cuando en 1501 Fernando el *Católico* expide licencia a la cofradía de dicho hospital para disponer de colectores de limosnas en todos los lugares, pueblos y ciudades del reino.

Siguiendo los documentados trabajos antes aludidos, en 1518 y en 1523 las Cortes de Valladolid *prohiben la mendicidad* para que no anden pobres por el reino, determinando que cada uno pida limosna en el lugar de su naturaleza. A continuación, las Cortes de Toledo, en 1525, establecen la prohibición de mendigar salvo a los que dispongan de *célula*. Las cortes de Valladolid (1528) y de Madrid (1534) vuelven a reiterar la *obligatoriedad de la célula*. Esta preocupación por el control de los pobres fingidos lleva a las Cortes de Valladolid, en 1555, a solicitar la creación de la figura del *padre de pobres* para el ejercicio de la *policía de mendigos*. En 1540, el *Consejo Real*, con vistas a erradicar la mendicidad y a atender a los *verdaderos pobres*, regula tal asistencia, pero estableciendo criterios de legitimación de la pobreza («que ninguno demande por Dios sin que sea examinado si es pobre»). Tales criterios se fijan en la *dependencia social* y la *minusvalía física y psíquica*; en cualquier otra situación los mendigos eran considerados *fingidos*. Dicha orden, que genera bastante polémica, tiene antecedentes en otra disposición de Juan II publicada en 1388 en Briviesca. Esta legislación está en consonancia con **De subventione pauperum**, de Vives.

* * *

Juan Luis Vives (1493-1540), primer humanista preocupado por los asuntos sociales, plantea la pobreza y la limosna en términos sociales, no místicos (32). Sensible ante las miserias sociales, enfoca la pobreza en un sentido *rehabilitativo* y *no represivo* (33). En **De subventione pauperum**, publicada en 1526 en Brujas y dedicada a los *burgomaestres* y al *senado* de esta ciudad, propone un método ingenioso para suprimir la mendicidad. En primer lugar, una *investigación cuidadosa* que averigüe el número de pobres, mendigos y

(32) Zilboorg y Henry (1968).

(33) Matheussen (1993, p.38).

vergonzantes. En segundo lugar y como consecuencia de tal investigación, enviar a los sanos a sus respectivos lugares de procedencia y enseñar a trabajar a los útiles, por un lado, y, por el otro lado, socorrer convenientemente a los ciegos, ancianos y enfermos vergonzantes y mendigos. En este contexto, Vives considera pobres no sólo a los que carecen de dinero, sino también a los *menesterosos de ayuda*, a los privados de fuerzas, de ingenio o de juicio y a los que presentan alguna *insuficiencia humana*. Textualmente, Vives escribe sobre el particular:

«En conclusión: todo el que es menesteroso de ayuda ajena es pobre y ha de menester misericordia, que en griego equivale a limosna, la cual no consiste exclusivamente en la sola distribución de dinero, como piensa el vulgo, sino en toda obra con que se alivia la insuficiencia humana» (34).

«Fuera de que no solamente son pobres los que carecen de dinero, sino cualesquiera que estén privados de fuerzas, de salud, de ingenio, de juicio» (35).

Los recursos para tan costoso procedimiento pueden proceder de limosnas voluntarias, rentas e ingresos de instituciones de caridad, presupuesto para fiestas y regocijos públicos, rentas de Abades y superiores eclesiásticos, etc.. **De subventione pauperum** (1526) fue incluido en el **Index Librorum Prohibitorum**. Sin comentarios.

Amén de lo anteriormente expuesto, en esta obra podemos encontrar una definición sumamente interesante que no difiere mucho de lo que más adelante, en nuestro siglo, se ha de entender por **rehabilitación profesional**:

«Se les ha de preguntar si saben algún oficio. Los que no saben ninguno, si tuvieren edad proporcionada, se les ha de instruir en aquél para el cual sintieren mayor propensión, siempre que sea posible, y si no, en algún otro análogo; por manera que el que no supiese coser vestidos, cosa polainas, botines y calzas. Pero si fuese ya algo alcanzado de días o de ingenio demasiado tardo, enséñesele algún oficio más fácil y, en último término, el que cualquiera puede aprender en pocos días, como cavar, sacar

(34) Juan Luis Vives, *Del socorro de los pobres / De subventione pauperum*, edición castellana de 1992, p.52.

(35) *Ibidem*, p.198.

agua, llevar algo a cuestras, hacer portes con un pequeño carro, acompañar al magistrado, traer mensajes, recados, cartas, gobernar caballos de alquiler» (36).

Una última muestra de lo que Vives concibe como **rehabilitación**:

«La pereza y la holgazanería, y no el defecto físico, es lo que les hace decir que no pueden hacer nada ... Ninguno hay tan inválido a quien le falten las fuerzas en absoluto para hacer algo» (37).

En definitiva, en Luis Vives están presentes *ideas plenamente actuales, educación, capacitación, trabajo adecuado a las condiciones, terapia ocupacional, rentabilidad social del inválido, trabajo protegido, integración laboral* (38).

* * *

Uno de los que reacciona vivamente a las propuestas de Vives es Domingo de Soto (1494-1560), escolástico y miembro de una orden mendicante, catedrático de Teología en Salamanca y Prior del convento de Santistevan de la orden de *Predicadores* o *Dominicos*. En la **Deliberación en la causa de los pobres**, publicada en 1545, protesta contra la regulación de la mendicidad por considerar que conculca la libertad de los pobres y desvirtúa la caridad cristiana y aboga por la libertad de mendicidad y en contra de la intervención de los poderes públicos. La polémica continúa. En 1545 el benedictino fray Juan de Robles o de Medina (1490-1546) publica **De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna para remedio de los verdaderos pobres**. Desde una perspectiva pragmática y en línea con Vives, Medina recomienda no prohibir la mendicidad pero sí hacerla innecesaria, y se muestra partidario de la intervención secular en beneficencia. Durante el reinado de Felipe II prosigue la polémica y la tarea de regular la mendicidad haciendo hincapié en la delimitación de los pobres verdaderos de los fingidos. Para nuestros propósitos, hay que destacar que *se autoriza a los ciegos a mendigar sin célula* (1562, 1567) o

(36) *Ibidem*, p.157.

(37) *Ibidem*, p.163.

(38) Osorio (1972); Pascual (1975a); Hernández Conesa (1979); Carasa (1992); Casado (1992, 1994); Puig de la Bellacasa (1993); Matheussen (1993).

se determina que *se les conceda por derecho* (1565). Igualmente, se potencian unas instituciones novedosas (*Casas de Misericordia, Albergues, Hospicios*) en las que se acoge a toda clase de indigentes, niños, ancianos, inválidos, etc.

Estas instituciones para pobres son fruto de las propuestas que van haciendo los continuadores de la polémica. Como el escritor Miguel de Giginta, discípulo de Vives y canónigo de Elna, quien publica en 1579 su **Tratado de remedio de pobres**, en el que mantiene una postura conciliadora respecto a Vives y Soto y propone *recogerlos pero sin cortar su libertad*. A tal efecto, recomienda la fundación de *Casas de Misericordia*, en las que los pobres recobren sus buenas costumbres y hábitos de trabajo mediante tareas como labrar esparto, seda, lana, etc.. Todos tienen la obligación de trabajar, incluidos ciegos, mancos, cojos, tontos, viejos y niños; a los holgazanes se les rebaja la ración. En consonancia con estas propuestas, Giginta funda el *Hospital de Mendigos* de Toledo. Un discípulo suyo, Cristóbal Pérez de Herrera, médico militar de galeras de quien ya hemos hecho mención, en **Discursos del amparo de los legítimos pobres** (1598) también propone la creación de *Albergues* para los pobres verdaderos y crea una *Casa-Albergue* de mendigos en Madrid. La diferencia entre Giginta y Herrera estriba en que de los *Albergues* de éste último salen los pobres cada mañana, «después de oír misa», a pedir limosna, mientras que en las *Casas de Misericordia* de Giginta, el oficio de limosna queda suprimido y los acogidos deben mantenerse mediante su trabajo, con lo cual tenemos un antecedente de la *reinserción laboral de minusválidos: labores adecuadas a su condición física*.

* * *

*En conclusión, el tema de la pobreza en la España del siglo de oro constituye un grave problema social que afecta a muchas personas, discapacitadas la mayoría, y provoca polémicas y medidas legislativas. Para los objetivos de estas páginas, en todos estos acontecimientos, amén de la pugna entre los enfoques activos, **regeneración de pobres**, y pasivos, **libertad de mendicidad**, han de ser destacadas dos cuestiones relevantes. Por un lado, la creación, en ocasiones sólo propuesta, de ciertas instituciones, **Casas de Misericordia, Albergues, Hospicios**, para que los sin fortuna se regeneren. Por otro lado, **educación, enseñar a trabajar, trabajo adecuado a las condiciones físicas, terapia ocupacional, rentabilidad social del inválido, trabajo protegido, etc.***

Ambas cuestiones son ideas plenamente actuales. Lo interesante es que aparecen en el siglo de oro español. Lo lamentable es que habrán de pasar varios siglos, habrá que esperar hasta el XX, habrá que aguardar a que las retomen otros, para que tales propuestas y medidas vuelvan a ser planteadas, también con polémica, ¡no faltaba más!, y llevadas a la práctica. Es decir, de nuevo se ha producido la innovación original, el olvido y la copia de lo de otros. Y no será la última vez.

Analizadas ya dos de las aportaciones innovadoras de España, vayamos con la tercera, aún si cabe más novedosa y menos aprovechada entre nosotros.

3.3.3. LA SORDOMUDISTICA Y OTROS FLECOS

Osorio (1973), en su extenso y excelentemente documentado **Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los sordomudos**, trabajo que seguimos para todo lo relativo a los aspectos históricos de esta deficiencia de la comunicación, afirma que desde la antigüedad «la falta de lenguaje articulado por defecto total o parcial de la audición» llama la atención de forma particular a escritores, filósofos, teólogos y científicos que consideran a los sordomudos como «afectos de importantes taras que les impiden su desarrollo normal y útil para la sociedad» (p.72). Parece, pues, que las concepciones de corte *pesimista* no son exclusivas de la deficiencia mental, como tampoco lo es su efecto negativo en el concepto y en el tratamiento social asignado durante siglos, situación que comienza a cambiar con los primeros intentos de instrucción de estos discapacitados. Concretamente con la *sordomudística española*, auténtica aportación pionera que tiene influencias más allá de nuestras fronteras, en especial Francia, y más allá del campo de los sordomudos, concretamente ciegos y deficientes mentales (39) y que, en última instancia, constituye el nacimiento de la *educación especial* (40). El **cuadro 8** sintetiza las principales aportaciones de la *sordomudística española*.

Esta *concepción pesimista* se basa en el dogma aristotélico e hipocrático de que los que han nacido mudos nunca podrán hablar. Concepción pesimista que también es compartida por la iglesia:

(39) Carpintero y del Barrio (1979).

(40) Goetz (1987).

AÑO	PERSONAJE / SUCESO	OBSERVACIONES
1520-1584	— Pedro Ponce de León	— Primer educador de la historia
15??	Doctrina para los mudos-sordos	— Método práctico de instrucción, técnicas de aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación
	— Licenciado Lasso	— Primeras noticias sobre Ponce
1550	Tratado legal de los mudos	
1579-1633	— Juan Pablo Bonet	— Continuator del método de Ponce
1620	Reducción de las letras y arte de enseñar a ablar a los mudos	— Primera obra metódica conocida sobre el tema: alfabeto manual, observación oral
1584-1650	— M. Ramírez de Carrión	— Continuator del método de Ponce
1629	Maravillas de la naturaleza	
	— D. Ramírez de Carrión	— Continuator del método de Ponce
	— Juan Miguel de Alastuey	— Continuator del método de Ponce
1???-1663	— Pedro de Castro	— Difunde el método en Italia
1676-1764	— Benito Jerónimo Feijoo	— Entre las glorias de España incluye a Ponce. Interesará a Pereira
1726	Teatro crítico universal	
1715-1780	— J. Rodríguez Pereira	— Difunde en Francia el método: añade el aprendizaje por tacto
S. XVIII	— EUROPA: Continuación y desarrollo de la sordomudística y expansión a otros campos:	— Arnoldi, Heineke, Rosser, Ernaud, Yanin
	— Ciegos	— L'Épée: París: 1760: <i>Institution Nationale des Sourds-Muets</i>
	— Educación Especial	— Haüy: París: 1784: <i>Institution Nationale des Jeunes Aveugles</i>
	— Educación Normal	— Pereira influye en Itard y Seguin
1735-1809	— L. Hervás y P.: Escuela española de sordomudos	— Emplea por 1ª vez el término <i>sordomudo</i>
1795	— Carlos IV y Godoy	— Atrae la atención de poderes públicos
1795	— Real Sociedad Económica	— Escuela Real para sordomudos
1802	— Matritense de Amigos del País	— Colegio Nacional de Sordomudos: enseñanza y adiestramiento profesional

Cuadro 8.—Síntesis de la sordomudística española.

«San Pablo y San Agustín negaron, en la esfera religiosa, toda posibilidad de salvación para el sordomudo, en cuanto que “la fe en los Divinos Misterios revelados no se logra sin oídos” y “la falta de oído desde el nacimiento impide la entrada de la fe”» (41).

Todo lo cual no obsta para que, o más bien a causa de ello, existiese durante muchas épocas la piadosa costumbre de llevar a

(41) Osorio (1973, p.98).

los sordomudos en peregrinación a «venerandos santuarios», ofrecerlos a determinados santos, ponerles hábito o *escapulario*, «colocarlos» en monasterios, etc.. Lo del «hábito» al sordomudo ha perdurado hasta no ha mucho en Castilla La Mancha. En la monografía de Gutiérrez de Tovar (1988) pueden encontrarse restos de similares prácticas y usos piadosos con invidentes.

Retomando el tema del desconocimiento general de la *sordomudez* y de su tratamiento, Osorio (1973) trae a colación varios testimonios de nuestro *siglo de oro*, «jalones hispanos fundamentales, aunque muy olvidados» (42), que no suelen aparecer en los manuales al uso y que consideramos de interés. Así, la **Carta del Abate Don Juan Andrés sobre el origen y las vicisitudes del arte de enseñar a hablar a los mudos sordos**, publicada en 1794, en la que se escribe sobre este desconocimiento antiguo:

«Ello no debe extrañar a nuestra mentalidad de hoy pues los antiguos no tuvieron noticia alguna de un arte de enseñar a hablar a los mudos sordos» (43).

El mismo Abate (1740-1817) critica la concepción de Aristóteles, que piensa que los sordos de nacimiento pueden emitir sonidos, alguna voz, gritos o aullidos, pero jamás articular palabra alguna, «concepto que, por extensión, se ha traducido como una negativa de la racionalidad de los sordomudos» (44).

A su vez, el licenciado Lasso, personaje desconocido incluso para algunos historiadores expertos en sordomudística, publica en 1550 «el más completo tratado legal en favor de la capacidad civil de los sordomudos», su **Tratado legal de los mudos**, texto casi ignorado pero de alto interés entre otras razones porque es redactado en un período en que Lasso coincide en el Monasterio de San Salvador de Oña, Burgos, con Ponce de León, de quien este referido texto proporciona las primeras noticias que conservamos. En este tratado, Lasso escribe sobre los «filósofos antiguos» que *«tubieron por imposible e sobrenatural el caso de que los mudos a natura ablen»* y sintetiza el pensar general sobre la imposibilidad de que los sordos hablasen cuando afirma (45):

(42) Carpintero et al. (1979, p.339).

(43) Abate Juan Andrés, citado por Osorio (1973, p.72).

(44) Osorio (1973, p.98).

(45) Licenciado Lasso, citado por Osorio (1973, p.98).

«Arrimados aquesta oppinion y parescer pasaron y pasan con ella todos los Doctores y aun legisladores juristas y aun cronistas».

Contra esta opinión generalizada también se levantan otros personajes, que Osorio menciona como *antecedentes*. Se trata de dos «interesantes ensayos teóricos aislados»: uno del 685, de Juan de Beverley, teólogo y prelado inglés que nace hacia la segunda mitad del siglo VII; otro, de Rodolfo Agrícola (1433-1485), que habla de la «educación intelectual de los sordomudos» y de la «aptitud que tienen los sordomudos para aprender a hablar» y muestra el caso de un «sordomudo instruido». También cita nuestro autor el caso de un arzobispo de York que acoge a un sordomudo en su palacio y le hace adquirir algunos conocimientos.

* * *

En este contexto histórico y, más concretamente, a mediados del siglo XVI, emerge la figura de Pedro Ponce de León (1520-1584), monje benedictino sobre cuyo origen, leonés o vallisoletano, no existe unanimidad, unanimidad que sí se produce al reconocérsele la paternidad del «arte de enseñar a los sordomudos», cuyo desaparecido tratado, **Doctrina para los mudos-sordos**, refleja su novedosa y revolucionaria idea, la *educabilidad* de tales discapacitados, y su *método práctico y efectivo de instrucción* a través de técnicas de *aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación*, que progresivamente fue mejorando.

Ponce de León, «primer educador de la historia» (46), tendrá claras repercusiones posteriores tanto en el estudio sobre la deficiencia mental como en los métodos pedagógicos impartidos a escolares normales y retrasados, a pesar de que Ponce de León no fuera conocido más que por los que toman contacto directo con él, como el licenciado Lasso, Ambrosio de Morales, Francisco de Vallés, fray Juan de Cañizares, a través de los que fue dado a conocer a otros eruditos de la época, entre los que causa impacto y admiración. De estos eruditos el método pasa a ser conocido, practicado y mejorado por los continuadores, Juan Pablo Bonet (1579-1633), Manuel Ramírez (1584-1650), Juan Miguel de Alastuey y Pedro de Castro (muerto en 1663), a través de quien el método pasa a Italia. Más adelante, Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780), que lo conoce a

(46) Licenciado Lasso, citado por Osorio (1973, p.98).

través de Feijoo (1676-1764), lo practica y lo difunde en Francia. Es más, en la **Enciclopedia Británica** (47) hace coincidir el nacimiento de la educación especial con estos pioneros:

«Aunque poco antes de la era cristiana se proporcionó algún tipo de cuidado y protección a los minusválidos, la educación especial no comienza realmente en la sociedad occidental hasta el siglo XVI. Pedro Ponce de León (1520-1584) enseñó con éxito a algunos alumnos sordos en España a hablar, leer y escribir; se da por sentado que sus métodos fueron seguidos por Juan Pablo Bonet, quien, en 1620, publicó el primer libro sobre esta materia. Esto provocó un considerable interés en la educación del sordo en Europa».

Sobre la figura de Ponce de León, Ambrosio de Morales (1513-1591), continuador de la **Crónica General de España** y autor de **Las antigüedades de las provincias de España**, aparecida en 1575, escribe en ésta última:

«Otro insigne Español de ingenio peregrino, y de industria increíble, sino le hubiéremos visto, es el que ha enseñado a hablar los mudos con arte perfecto que él ha inventado, y es el padre fray Pedro Ponce, monje del Orden de San Benito, que ha mostrado hablar a dos hermanos y una hermana del Condestable, mudos, y ahora muestra a un hijo del Justicia de Aragón. Y para que la maravilla sea mayor, quédanse con la sordedad profundísima que les causa el no hablar; así se les habla por señas o se les escribe y ellos responden luego de palabra, y también escriben muy concertadamente una carta y cualesquiera cosa» (48).

A su vez, el licenciado Lasso, en el **Tratado legal de los mudos** (1550), reconoce que acude a Oña precisamente para conocer a Ponce y queda asombrado tanto de su método como de los resultados obtenidos:

«Una de las causas más principales que con toda boluntad me movio a facer mudança de la corte para venir a este monasterio de oña ... fué poder testificar de bista una nobedad tan grande ... El Reberendo padre frai pedro ponce De León monge observante

(47) Goetz (1987: **The New Encyclopædia Britannica: Macropædia: Volume XVIII, Voz Special Education**, ps.111-114).

(48) Ambrosio de Morales, citado por Feijoo en **Teatro crítico universal** (1726, edición de 1924, *Clásicos Castellanos*, tomo II, p.292).

y profeso en la horden de Señor Sant benito en el Monasterio de Señor Sant Salvador situado en la billa de Oña ... con quien yo muchas veces e comunicado y ablado sobre nobedad tan nueba y miraculosa jamas asta oi día vista ni leida ... Decir que hombres mudos a natura ... ablen lean y escriban y se confiesen E que no les falte ninguna cosa de aquellas de que natura nos Doto orga- niço y perfecciono salbo tan solamente el oir» (49).

Por su parte, el médico Francisco de Vallés, en su *De Sacra Philosophia*, de 1587, describe el método de Ponce de León (50):

«No es natural que primeramente se aprenda a hablar y después a escribir; se practica así, porque es más fácil; pero que se pueda hacer lo contrario, lo ha demostrado Pedro Ponce monge benedictino y amigo mio, que —cosa admirable!— enseñaba a hablar a los mudos no con otro arte sino instruyéndoles primera- mente a escribir, indicándoles con el dedo las cosas que corres- pondían a la escritura; después enseñaba los movimientos que en la lengua correspondían a las letras, y como con los que oyen se empieza por el habla, así con los mudos se empieza bien por la escritura ... los que no tienen oído pueden usar de la escritura en lugar de habla, y ellos por la vista, como otros por el oído logran la noticia de las cosas sagradas; y de esto soy testigo en los discí- pulos de mi amigo nombrado».

En sus *Cartas eruditas* (1753), Feijoo hace mención de una escritura otorgada por el propio Ponce de León, que reproducimos literalmente (51):

«Lo segundo, noticia de una escritura, otorgada en el Monas- terio de Oña, a 24 de agosto de 1578, en testimonio de Juan de Palacios, escribano real de la villa de Oña, en que se enuncia que el padre fray Pedro Ponce, hace, con las licencias necesarias, fun- dación de una capellanía, con ciertas misas, debajo de tales con- diciones, y relacionando los motivos, dice lo siguiente: "Los qua- les dichos maravedis yo el dicho fray Pedro Ponce, monje de esta casa de Oña, he adquirido cortando y cercenando de mis gastos, é por mercedes de señores, de quienes he sido testamentario, é bienes de discípulos que he tenido, a los cuales con la industria que Dios fue servido de me dar en esta santa casa, por mérito del

(49) Licenciado Lasso, citado por Osorio (1973, ps. 98 y 100).

(50) Francisco de Vallés, citado por Osorio (1973, ps. 98).

(51) Feijoo, *Cartas eruditas* (1753, edición de 1944, *Clásicos Castellanos*, ps.150-151).

Señor San Juan Bautista y de nuestro padre San Iñigo, tuve discípulos, que eran sordos y mudos *a nativitate*, hijos de grandes señores é de personas principales, a quienes mostré hablar, y leer, y escribir, y contar, y a rezar, y ayudar á misa, y saber la doctrina cristiana y saberse por palabra confesar, é algunos latín, é algunos latín y griego, y entender la lengua italiana, y éste vino a ser ordenado é tener oficio y beneficio por la Iglesia y rezar las horas canónicas, y ansi éste y algunos vinieron á saber y entender la filosofía natural y astrología, y otro que sucedía en un mayorazgo é marquesado, y había de seguir la milicia, allende de lo que sabía, según es dicho, fué instruido en jugar de todas armas, é muy especial hombre de á caballo de todas sillas. Sin todo esto, fueron grandes historiadores de historias españolas y extranjeras, é sobre todo, usaron de la doctrina, política y disciplina de que los privó Aristóteles».

Juan Pablo Bonet, Manuel Ramírez y Pedro de Castro son continuadores de Ponce. Es probable y verosímil que conociesen el método de Ponce a través de algún discípulo sordomudo o de algún otro coetáneo, en cualquier caso, «la noticia de este método debió bastarles para ponerlo en práctica» (52).

* * *

El aragonés Juan Pablo Bonet Barletserbant (1579-1633) publica en 1620 **Reduction de las letras y arte de enseñar a ablar a los mudos**, orientada hacia el método oral propugnado por Ponce de León, «la primera obra metódica conocida en el mundo sobre la enseñanza de sordomudos, clásica para los autores que posteriormente escriben sobre esta materia» (53). Bonet estructura su obra, pormenorizada y detallada, en dos libros a los que añade un tratado de las cifras, otro de lengua griega y unas advertencias a los extranjeros que intenten conocer y poner en práctica su método. Estudia las letras del alfabeto, su invención y las variaciones sufridas. Explica cómo y con qué movimientos de labios, lengua y otros órganos de la voz se ha de pronunciar cada letra. Aborda las causas de la mudez, con particular atención y detenimiento en la proveniente de sordera. Rechaza algunos remedios que considera inútiles y, obviamente propone su método de señales con la mano, el *alfabeto manual*. Una vez conocidas las letras, enseña a pronunciarlas mediante *aprendizaje por observación* de los movimientos de la boca.

(52) Osorio (1973, p.72).

(53) Osorio (1973, ps.72-73).

Otro de los seguidores de Ponce de León, Manuel Ramírez de Carrión (1584-1650), publica en 1629 *Maravillas de la naturaleza*, obra de la que gran parte está dedicada a la sordomudística. Su hijo, Diego Ramírez de Carrión, tiene algunos discípulos de alta alcurnia, por lo que cobra pensión del estado en 1709. También continuador de Ponce de León es el médico de cámara del duque de Mantua, Pedro de Castro (fallecido en Venecia en 1663), que entre sus discípulos sordomudos cuenta con el Príncipe de Saboya, a través de quien se extienden a Italia los métodos españoles.

Esta aportación pionera, que se concreta en la *lectura labial* y la *pronunciación*, métodos actuales, queda frenada en este momento. El ya citado Juan Andrés, en su *Carta*, lamenta esta situación cuando afirma (54):

«¡Cómo son descuidados y omisos los hombres en retener los inventos útiles! En pocos años no sólo fue abandonado aquel arte, sino que se perdió enteramente su memoria».

Mientras tanto, la herencia de Ponce de León, que pasa a Italia a través de Pedro de Castro, se mantiene en Europa gracias a algunos sordomudistas como Van Helmont, Wallis y Amman. Al respecto, Feijoo escribe unos párrafos que merece la pena reproducir literalmente (55).

«Aquí ocurre motivo para lamentarnos de la común fatalidad de los españoles, de dos siglos a esta parte, que las riquezas de su país, sin exceptuar aquellas que son producción del ingenio, las hayan de gozar más los extranjeros que ellos. Nació en España el arte que enseña a hablar los mudos, y pienso que no hay ni hubo mucho tiempo ha en España quien quisiese cultivarla y aprovecharse de ella, al paso que los extranjeros se han utilizado y utilizan muy bien en esta invención.

Sic vos, non vobis, mellificatis apes.

De las *Memorias de Trevoux* del 1701, consta que místico Wallis, profesor de matemáticas en la Universidad de Oxford, y monsieur Amman, médico holandés, ejercieron felizmente este arte en beneficio de muchos mudos, a los fines del siglo pasado y princi-

(54) Abate Juan Andrés, citado por Osorio (1973, p.100).

(55) Feijoo, *Teatro crítico universal* (1726, ed. de 1924, *Clásicos Castellanos*, tomo II, ps.294-295).

pios del presente. Uno y otro dieron a luz el método de enseñar-los, primero el inglés, después el holandés. Y lo que se debe extrañar en dichas memorias es que le den el nombre de *nuevo método*, ¡como si alguno de ellos, o entrambos, fuesen los inventores, habiendo ciento y cincuenta años antes discurrido y ejercitado el mismo método nuestro benedictino español!

Sic vos, non vobis, vellera fertis oves» (56).

* * *

Tiene que transcurrir un siglo hasta que otro monje benedictino, Benito Jerónimo Feijoo y Montenegro (1676-1764), interesado en el «*arte de dar loquela a los mudos*» (57), publica en 1726 su **Teatro crítico universal**, en el que escribe sobre las *glorias de España*, entre las que recoge la innovación pionera de Ponce de León (58). La lectura de esta obra aviva el interés de Pereira (59), quien retoma la tradición sordomudística española y la difunde en Francia.

Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780), natural de Berlanga, Badajoz, hijo de padre judío, por tanto judío extremeño de origen portugués (60), enseña a hablar a su propia hermana, sorda de nacimiento. Tiene que refugiarse en Francia por cuestiones religiosas (61) o por falta de recursos económicos (62), en donde se especializa en la educación de sordomudos. Inicialmente se establece en Burdeos y, a partir de 1746 en La Rochelle, donde emprende la

(56) *Sic vos, non vobis, mellificatis apes: como abejas hacéis la miel vosotros, pero no para vosotros; sic vos, non vobis, vellera fertis oves: como ovejas lleváis la lana vosotros, pero no para vosotros.*

(57) Carpintero y del Barrio (1979, p.339).

(58) «De intento he reservado para el fin, por cerrar con llave de oro este discurso y todo el libro, la más noble invención española y que con gran derecho puede pretender la preferencia sobre las más ilustres de todo el resto del mundo. Este es el arte de hacer hablar los mudos que lo son por sordera nativa. La gloria que resulta a España de este gran descubrimiento se la debe España a la Religión de San Benito, pues fué su autor nuestro amigo fray Pedro Ponce, hijo del Real monasterio de Sahagún» (Feijoo, **Teatro crítico universal**, 1726, edición de 1924, *Clásicos Castellanos*, tomo II, p.291).

(59) «Si hallándome en Cádiz, no hubiera por mera casualidad leído el IV tomo del *Teatro Crítico*» (Rodríguez Pereira, citado por Osorio, 1973, p.100).

(60) Kanner (1964); Osorio (1973). No obstante Scheerenberger (1984, p.71) lo califica como «judío portugués de ascendencia española».

(61) Kanner, (1964, p.10); Scheerenberger (1984, p.71).

(62) Osorio (1973, p.73).

instrucción del sordomudo *Azi d'Etavigny*. En 1747 presenta su revolucionario método de educación de sordomudos en la *Real Academia de Bellas Artes de Caen*. En 1749 expone los resultados de su trabajo en la *Real Academia de Ciencias de París*. La cuestión llega a oídos del rey Luis XV, quien llama a Pereira para demostrar en la corte los progresos de *Azi* y, sorprendido e interesado, concede una pensión anual de 800 francos al innovador español. También causa la admiración de Rousseau por su capacidad de hacer hablar a los mudos, influye en los trabajos de Itard con *Victor, el niño salvaje de Aveyron*, y es objeto de un libro de Seguin.

El método de Rodríguez Pereira, en línea con las innovaciones de Ponce de León y Bonet, lectura labial y pronunciación, hace uso del alfabeto manual, aunque reducido por simplicidad y redenido como *dactilología*, y procede a través de los siguientes pasos: aprendizaje de la articulación mediante la vista, el tacto y la memoria de los movimientos dactilográficos; aprendizaje de la voz mediante la percepción visual y táctil de las vibraciones sonoras; aprendizaje de la entonación por el gesto y el acento. El método de Pereira aporta la novedad de la enseñanza a través de la *imitación* y con el apoyo de la visión para orientar los movimientos de la boca y, por primera vez en la historia, mediante el *tacto*. Pérez Alvarez considera a Pereira *fundador de la logopedia* y escribe sobre sus méritos:

«Sin olvidar a Ponce de León, Ramírez de Carrión y Juan Pablo Bonet, hay que señalar que es Jacobo Rodríguez Pereira (1715-1780) **quien ha desarrollado** un avanzado método de educación del lenguaje en sordomudos, **fundando la logopedia**. Eduardo Seguin ha escrito en 1847 un **libro reivindicativo del mérito de Pereira**, en el que hace un análisis razonado de su método (ya que su autor no lo ha dejado escrito), **cuya exposición se seguirá**» (63).

De igual forma, y siguiendo el *«libro reivindicativo»* de Seguin, Pérez Alvarez (1991) añade algunas otras consideraciones:

«El trabajo de Pereira tiene una alta densidad psicológica, dada por la construcción de un ámbito de relaciones funcionales consistentes en el moldeamiento de la conducta verbal y su mante-

(63) Pérez Alvarez (1991, p.53). El **destacado** es nuestro.

nimiento por medio de la interfuncionalidad comportamental» (p.53).

«Se está en presencia de un procedimiento terapéutico en un problema concreto que se puede describir en términos de moldeamiento de la conducta verbal, incluyendo la imitación y la sustitución sensorial y en el que son decisivas la acción práctica del sujeto y una particular disposición de las condiciones estimulares» (p.54).

Estamos de acuerdo, en principio, con la valoración global que Pérez Alvarez (64) efectúa del innovador extremeño afincado en Francia:

«La contribución de Pereira alcanza aún más relevancia si se tiene en cuenta, por un lado, el dogma establecido por Aristóteles e Hipócrates, y sostenido por Huarte, relativo a que los mudos nunca hablarían, y, por otro, que en la misma época la "imbecilidad" se trataba con aguas termales, purgaciones, baños e inoculación de la sarna».

Sin embargo, quisiéramos matizar que estos elogios por tales innovaciones no deberían ser exclusivamente dirigidos a Pereira, cuestión en la que Pérez Alvarez no es el único [al respecto, Kanner y Scheerenberger dedican sus alabanzas por la sordomudística a Pereira e ignoran a Ponce de León]. Bien es cierto que Pereira los perfecciona. También, que los difunde, razón por la que, dicho sea de paso, se lleva la fama. Es decir, tiene la *suerte* de ser conocido en Francia y la fortuna de ser alabado por Seguin [¡curioso sistema que requiere ser conocido por un foráneo para ser reconocido en casa!]. También tiene la *picardía* de silenciar la procedencia de sus conocimientos (65). Pero el pionero es Ponce de León (1520-1584), dos siglos antes que Pereira (1715-1780). A éste le cabe el mérito, que nadie quiere discutir, de completar el método, en especial con su introducción del aprendizaje mediante el tacto. Pero lo innovador, lo original, lo atípico para su época, lo que rompe y choca contra la corriente dominante, proviene de Ponce de León.

* * *

(64) Pérez Alvarez (1991, p.54).

(65) Scheerenberger habla del «secreto que guardaba Pereira en torno a sus métodos» (1984, p.71).

En todo caso y por desgracia, a ambos les cupo la misma suerte en su patria: ser ignorados y no ejercer ningún tipo de influencia. Como afirma Osorio (66), «esta efímera aparición ... en la historia de la sordomudística española» no representó prácticamente nada para los sordomudos españoles, que durante el siglo XVIII vuelven a ser tratados como antes, tanto en los métodos de enseñanza como en «la cortedad en el planteamiento del problema humano y social». Sin embargo, otros europeos continúan la evolución y los progresos: L'Épée, Arnoldi, Heineke, Rosser, Deschamps, Ernaud, Vanin, Sicard (67).

Progresos que se *institucionalizan*. En 1760, abre sus puertas una escuela para sordomudos, la primera escuela para disminuidos, la **Institution Nationale des Sourds-Muets** de París, fundada por Charles Michel, el abate de L'Épée (1712-1789) y en la que se impulsa la comunicación manual.

Progresos que se amplían a los otros deficientes sensoriales, los *invidentes*. Bajo los auspicios de la *Société Philantropique*, Valentín Haüy (1745-1822) crea en París, en 1784, la primera escuela europea para ciegos, la **Institution Nationale des Jeunes Aveugles**. Haüy adopta la *escritura en relieve* y previamente, en 1651, Harsdorffer ha creado una *tablilla de cera* para que escribiesen los ciegos. Posteriormente, Louis Braille (1809-1852), que se forma en la recién mencionada **Institution**, inventa el sistema de lectura táctil que lleva su nombre y que ha facilitado el acceso de los invidentes a la cultura.

Línea de progreso que se extiende aún más. Durante el siglo XVIII, la sordomudística española constituye la base de la tradición de los estudios sobre *retraso mental* (68). De igual forma, los reformadores pedagógicos de la sordomudística y los avances en la educación de sordos y ciegos que se consiguen en las escuelas a ellos destinadas, hacen cambiar la educación impartida a escolares *normales* y *retrasados*.

* * *

(66) Osorio (1973, p.73).

(67) Osorio (1973); Cecilia Tejedor (1990).

(68) Carpintero y del Barrio (1979).

Curiosamente y como en muchas otras ocasiones, las aportaciones españolas se olvidan en casa, pero, eso sí, los avances europeos tienen cierto eco en España a finales del XVIII. En 1795, el jesuita Lorenzo Hervás y Panduro (1735-1809) publica **Escuela española de sordomudos o Arte para enseñarles a escribir y hablar el idioma español**, obra en la que emplea por primera vez el término *sordomudo* (69) y que parece marcar el comienzo de una nueva era, ya que atrae la atención de los poderes públicos: en el mismo año de 1795, Carlos IV, a instancias de Manuel Godoy, crea la primera institución pública para sordomudos, la *Escuela Real* ubicada en el *Colegio de las Escuelas Pías del Avapiés*, bajo la dirección del padre José Fernández Navarrete, y pocos años después se crea otra en Barcelona bajo la tutela del también sacerdote Juan Abert. Posteriormente, la *Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País* presenta en 1802 el proyecto, aprobado en el mismo año, de creación de un *Colegio Nacional de Sordomudos*, en el que se imparte enseñanza general y adiestramiento en un arte u oficio, el «último de los creados en Europa» (70). Desde entonces y bajo vicisitudes y oscilaciones de diverso tipo, la *Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País* se responsabiliza hasta poco antes de la guerra civil de dirigir, auspiciar e impulsar este primer centro educativo español, que va recibiendo diversos nombres, *Real Colegio de Sordomudos*, *Instituto Nacional de Sordomudos*, *Colegio Profesional de Sordos*.

Paralelamente, los progresos obtenidos en Francia en la educación de ciegos también influyen en España. La *Sociedad Económica Matritense* presenta en 1835 un proyecto de escuela de ciegos, que resulta aprobado pero no obtiene subvención. No obstante, se autoriza la enseñanza de ciegos en una sección del *Colegio Nacional de Sordomudos*, a la sazón *Colegio de Sordomudos*; en 1841 la enseñanza de los ciegos dispone de subvención pública. También en el XIX y también por influencia francesa, la legislación se hace cargo de estos temas: la *Ley de Instrucción Pública*, de 1857, contempla a ciegos y sordos; para entonces ya están fusionados los colegios de sordomudos y de ciegos.

* * *

Dijimos más arriba, en el comienzo del párrafo dedicado a la educación de los ciegos, «paralelamente» y no lo escribimos al azar.

(69) Cecilia Tejedor (1990).

(70) Osorio (1973, p.74).

En efecto, existe cierto paralelismo entre las aportaciones españolas en la sordomudística y en lo relativo a la ceguera, aunque en ésta no hubo tanta originalidad, pero sí una línea de actuación que si no se hubiera olvidado...

Como avanzamos en el apartado dedicado al tema de la pobreza, desde una *perspectiva teórica*, Luis Vives, en **De subventionem pauperum** (1526), sienta los principios en que debe basarse la regeneración de ciegos: educación y trabajo adecuado a sus condiciones. Desde la *solución práctica* de sus necesidades económicas, la también mencionada *cofradía de ciegos* de Zaragoza, creada en 1537, regula el ejercicio del monopolio de recitar o cantar oraciones y tiene previsto un sistema de sustituciones en caso de enfermedad, sin olvidar la sevillana *cofradía de los ciegos oracioneros*, fundada en 1314, ni la barcelonesa *cofradía de los ciegos trovadores*, de 1329. Desde el campo de la *educación*, existen otros antecedentes, debidos a iniciativa privada y con escasa trascendencia posterior: en 1666, en Sevilla, se produce la creación del *Hospital-Colegio Pozo Santo*, de las Terciarias de San Francisco, para acoger y educar a los ciegos. Sin embargo, estas iniciativas tampoco tienen continuidad y habrá que esperar al siglo XIX para «copiar» de Europa.

* * *

En suma, que para hablar de institucionalización de la enseñanza de sordomudos y de ciegos, algo que hemos creado los españoles, hay que esperar a que lo desarrollen los europeos (¡que inventen ellos!) para copiarlo y, así, tenemos que mencionar, como Aznar y Osuna (71), la *decimonónica creación*, copiada de Francia, de los *Reales Colegios de Sordomudos y de Ciegos*, los últimos de los creados en Europa. Sin duda, tenemos que recordar la «*común fatalidad de los españoles*» de que habla Feijoo y con el Abate Don Juan Andrés lamentarnos de lo «*descuidados y omisos*» que somos «*en retener los inventos útiles*».

En el marco de esta primera revolución en salud mental y una vez revisadas sus aportaciones, fracasos y principales protagonistas, así como las innovaciones planteadas desde la España del siglo de oro, vamos a analizar las secuelas y derivaciones de tal revolución más allá de nuestras fronteras en lo directamente relacionado con las deficiencias durante los siglos

(71) Aznar y Osuna (1983, p.13).

XVII y XVIII, la época del gran encierro, y XIX, la era del progreso.

3.4. EL XVII Y EL XVIII, EL GRAN ENCIERRO

Durante estas dos centurias, valoradas de modo global (cuadro 9), las concepciones dominantes están presididas por el pesimismo y el negativismo, las deficiencias siguen siendo consideradas permanentes, constantes e inmutables y se producen la segregación indiscriminada y el internamiento masificado, el gran encierro. Pero se van introduciendo, esta vez de una forma un tanto más clara y patente, las primeras brechas efectivas a esta concepción, entre las que las derivaciones de la sordomudística, como acabamos de ver, son las más destacables, sin olvidar el tratamiento moral.

En lo que atañe a la **concepción de la deficiencia mental**, se producen ciertos avances en su comprensión, avances atribuibles a algunos personajes concretos, como el médico suizo Paracelso (1493-1541), que observa que el *cretinismo* está asociado a la deficiencia mental. El también médico suizo Félix Plater (1536-1614), quien desde una concepción orgánica formula una primera *clasificación psicopatológica* aceptable en cuatro grandes grupos y es pionero en describir la deficiencia mental, *stultitia originalis*, en distintos niveles y en señalar la existencia del *cretinismo endémico*. Finalmente, Ambroise Paré (1510-1590), cirujano francés sobre el que volveremos más adelante, quien, a pesar de su adscripción demonológica, (72), establece varias causas de fenómenos como las *niñas bicéfalas*, los *niños-cabra* y el *hirsutismo femenino*. Las aportaciones de estas figuras llevan a Scheerenberger (1984, p.43) a afirmar:

«La obra de médicos como Paracelso, Plater y Paré ilustra que la deficiencia mental era correctamente identificada por los facultativos de la época, pero que se consideraba intratable por una serie de razones desde físicas hasta astrológicas. Y aunque se intuyó el papel de la herencia, no fue objeto de estudio».

* * *

(72) Paré cree que las brujas están poseídas por el demonio y, por tanto, no hay que considerarlas enfermas.

Siguiendo al mismo Scheerenberger (1984), el XVIII es protagonista de una serie de *avances en medicina* que revierten positivamente en la deficiencia mental, como la *circulación de la sangre*, la *vacuna contra la viruela*, los avances en el estudio del *sistema nervioso* y la expansión del conocimiento del *cerebro*, de la *epilepsia* y de la *hidrocefalia*. En cuanto a los protagonistas de estos progresos, Francis Glisson (1597-1677), profesor inglés de anatomía y estudioso del raquitismo, identifica el origen de la *hidrocefalia*. Robert Pemell (?-1653) publica un extenso texto sobre *enfermedades de la cabeza*, incluyendo la *epilepsia*, para la que propone cuarenta y cinco tratamientos posibles. Franciscus Sylvius, Silvio, (1614-1672), brillante anatomista cerebral, describe la *epilepsia* y atribuye la deficiencia mental a ella asociada a las convulsiones repetitivas (73).

Volviendo a los protagonistas de los avances del XVIII, Walter Harris (1647-1732) es uno de los primeros que llama la atención sobre la *herencia* y también sobre los riesgos del *consumo de bebidas alcohólicas por los niños*, que puede debilitar su inteligencia. Wolfgang Hoefler (1614-1681), médico vienés, proporciona la primera descripción extensa del *cretinismo*, que atribuye a la alimentación y a la educación. Phillippus Jacobus Duttel publica en 1702 la primera monografía científica sobre *defectos congénitos*. Robert Whytt (1714-1766) propone en 1768 la descripción más elaborada de la *hifroce-*

(73) Curiosa historia la de la *epilepsia*. Conocida desde la antigüedad y considerada la *enfermedad sagrada*, Hipócrates la quita tal carácter sagrado al incluirla en su teoría general de los humores y relacionarla con la *flema* y, por tanto, recalcar su *origen biofísico*. El cristianismo la juzga resultado de una *posesión diabólica*. Durante la edad media y el renacimiento, tales creencias conviven con concepciones más materialistas, como Paulus Bagellardus, que la atribuye a una *obstrucción de los ventrículos cerebrales*. No obstante, Metlinger la considera resultado de la *conducta inmoral de la madre*, sospechas sobre la vida de la progenitora que también se aplican frecuentemente en casos de deficiencia mental.

López Piñero (1969, p.74) recoge un fragmento de San Isidoro de Sevilla (570-636) sobre la *epilepsia* que reproducimos literalmente por su interés:

«La *epilepsia*, llamada así porque aprehende al cuerpo al mismo tiempo que a la mente. Los griegos designan con la palabra *epilepsian* a la acción de coger. Se forma siempre que existe una abundancia de humor melancólico contrario en el cerebro. Esta enfermedad se denomina también *caduca* porque el ataque por ella se cae al sufrir el espasmo. El vulgo llama a estos enfermos *lunáticos*, porque en ellos ve la acción de los demonios por medio del curso de la luna. Se denomina también *enfermedad comicial*, la mayor y la que dura más tiempo. Su virulencia es tan grande que un hombre fuerte cae al suelo echando las babas. Se dice comicial porque los gentiles abandonan los comicios cuando alguien era atacado por ella».

falia. Finalmente, Philippe Pinel (1745-1826), fundador de la psiquiatría en Francia, quien en 1801 publica su famoso **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**, texto sobre clasificación de las enfermedades mentales, basada más sobre los órganos lesionados que sobre los síntomas, obra en la que habla de *demencia* y de *idiocia*, que considera bastante afines, aunque sí distingue claramente entre formas congénitas y adquiridas e identifica diversos niveles de funcionamiento intelectual. Estos protagonistas, en consecuencia, hacen avanzar el estado de los conocimientos de la deficiencia mental a lo largo del período que nos ocupa, por lo que se puede hablar de cierto reconocimiento de la *deficiencia mental como entidad* que goza ya de una *comprensión más perspicaz aunque todavía limitada*, como afirma Scheerenberger (1984, p.57), quien además escribe:

«Se había expandido el conocimiento humano del cerebro, la epilepsia y la hidrocefalia. Con todo, la etiología y la patología de las dos últimas seguían siendo un misterio. Se había llamado la atención de la clase médica sobre la herencia y se había identificado otra forma clínica de deficiencia mental, el cretinismo. Acaso el mejor compendio de los conocimientos acumulados a finales del siglo XVIII en el campo de la deficiencia mental esté constituido por la obra de Pinel **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**, publicada en 1801».

* * *

En cuanto a las *discapacidades físicas*, el renacimiento, como ya se ha dicho, supone un gran avance para la *cirugía* en general y para la *ortopédica* en particular, especialidad que experimenta considerables progresos, por lo que puede hablarse de *inicio de la fase moderna de la cirugía ortopédica* (74). Varios son los protagonistas de estos avances en el tratamiento de las discapacidades físicas. El ya mencionado Ambroise Paré (1510-1590), cuya figura llena el siglo XVI, *padre de la cirugía moderna* (75), gran impulsor de la *cirugía ortopédica* y creador de varios artificios protésicos, muchos de ellos ingeniosos y originalísimos, como un *brazo artificial móvil* y la *primera mano*

(74) Parreño (1978).

(75) López Piñero (1969, ps.115-118) reproduce un fragmento del *Opus parimirum* (1530/31) en el que Paré describe su aprendizaje del *arte de la cirugía*, aprendizaje que tiene lugar acompañando a los ejércitos de Francisco I. Es decir, los progresos de la *cirugía* están ligados a la *medicina militar*, a los *mutilados e inválidos de guerra*, idea sobre la que volveremos.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> — Concepciones dominantes: <i>pesimismo</i> y <i>negativismo</i>; las deficiencias, consideradas permanentes, constantes e inmutables — Segregación indiscriminada e internamiento masificado, <i>el gran encierro</i> — Prácticas sociales: rechazo, ignorancia 	<ul style="list-style-type: none"> — Primeras brechas efectivas a la concepción estática; avances en comprensión de la deficiencia — Derivaciones de la <i>sordomudística</i> hacia <i>educación especial</i>; <i>terapia ocupacional</i> — <i>Tratamiento moral</i> — Avances en conocimiento médico 	

Cuadro 9.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia durante los siglos XVII y XVIII.

estética de cuero. Igualmente, Paré en su **Dix livres de chirurgie** (1564) introduce modificaciones en el empleo del *banco de extensión* hipocrático.

En este contexto de las *discapacidades físicas*, no se puede pasar por alto los también ya citados españoles Jaén Cristóbal Méndez, Luis de Mercado, Cristóbal Pérez de Herrera y Jerónimo de Ceballos. Tampoco al médico italiano y catedrático de medicina de la Universidad de Padua, Bernardino Ramazzini (1633-1714), quien más adelante, en 1700, publica **De morbis artificum diatriba**, el primer tratado sistemático de *medicina laboral* y la primera obra sobre *enfermedades profesionales* (76).

El XVIII supone mayores avances en la lucha contra la discapacidad física. Así, el cirujano francés Nicolás André (1704-1780) emplea por primera vez el término *ortopedia* en **L'Orthopedie ou l'art de prevenir et corriger dans les enfants defformités du corps**, publicada en 1741. Se trata de un manual sobre deformidades del cuerpo, de las extremidades, de la columna vertebral, es decir, sobre deformaciones del aparato locomotor, y sobre su tratamiento preventivo y curativo, que incluye técnicas fácilmente aplicables por los propios padres (77). De igual forma, es menester recordar a Jean Louis Petit (1674-1750), autor de **L'art de guérir**

(76) Curiosamente, Ramazzini redacta tal tratado sobre *enfermedades profesionales* tras observar los efectos cegadores del trabajo de limpieza de cloacas, como así viene descrito en un fragmento recogido por López Piñero (1969, ps.162-163). Como se verá más adelante, *mutilados de guerra* y *accidentados laborales* suponen el comienzo de una línea de evolución y de un **eje de progreso en la historia de las deficiencias**.

(77) Hernández Gómez (1977).

les maladies des os, publicada en 1705, y a Benjamín Rush (1745-1813), redactor de un clásico manual de medicina militar, **Directions for Preserving the Health of the Soldiers**. Finalmente, cabe mencionar otros hitos relevantes en lo relativo a los progresos en pro de las *discapacidades físicas*, como la fundación, en 1772, de un *hogar* en Pforzheim, Baden-Württemberg, Alemania, y la creación, en 1790, del *primer establecimiento para el tratamiento del aparato locomotor* en Orbe, Suiza.

* * *

Por lo que respecta a las *discapacidades sensoriales*, la *sordomudística española* rompe con la concepción de *inmutabilidad* y proporciona los primeros *tratamientos* que se expanden hacia *invidentes*, *educación especial* e, incluso, *educación normalizada*, como ya se dijo en el apartado correspondiente.

* * *

Pasando al apartado de las **prácticas sociales**, en general están presididas por la *repulsión*, el *rechazo* y la *ignorancia*, como en otras tantas ocasiones. Prosiguen la mayoría de las prácticas del pasado y se añaden algunas nuevas, o más bien se intensifican las ya conocidas. El *abandono* es más frecuente que el *infanticidio*. Persisten las *mutilaciones para mendicidad*, con el añadido de la *compra de niños en asilos y orfanatos* para tales fines. Son famosas las *subastas de niños a propietarios de hilaturas inglesas*, en las que las autoridades negociaban la presencia de un *idiota* por cada veinte niños empleados. En relación a esta práctica Scheerenberger refiere una anécdota sumamente curiosa:

«Esta práctica motivó uno de los grandes robos industriales de la época. John Astbury, haciéndose pasar por un idiota al servicio del taller de cerámica de los hermanos Elers, les robó el secreto para producir porcelana de calidad, produjo en masa los artículos y ganó una fortuna» (1984, p.61).

Y también subsisten las *concepciones y prácticas demonológicas*. Líneas más arriba hablamos de Ambroise Paré y de Metlinger. Pues bien, durante los años de la colonización norteamericana (1620-1799), se compatibiliza la tradición inglesa del *reconocimiento legal y práctico* de la deficiencia mental con la *atribución del nacimiento de un*

hijo deficiente a la ira de Dios o a la acción de Satán; entre los acusados en el proceso de Salem, verano de 1692, está comprobado que hay deficientes mentales (78).

Ya que hablamos de las *colonias inglesas* de Norteamérica, sigamos con algunos datos más. Durante la primera mitad del XVIII, como consecuencia del fuerte crecimiento de la inmigración, muchos deficientes mentales son vendidos como *esclavos*. También existe el *emplazamiento externo*, consistente en *indemnización* a quien tomara a su cargo un deficiente. Por otra parte, se aplican las *leyes isabelinas de pobres* que establecen la responsabilidad local para con los necesitados y también deficientes mentales. En aplicación de tal legislación, en 1662 se construye el *primer hospicio* norteamericano en Boston; en 1771, el *primer orfanato* y el *primer asilo de caridad*, en 1773, ambos en Filadelfia; en 1727, el *primer correccional* en Connética. Benjamín Franklin, en 1751, impulsa la creación del *primer hospital* que dispone de secciones separadas para deficientes y enfermos mentales. Finalmente, en 1773 se crea en Virginia el *primer hospital o institución exclusivamente dedicado a deficientes mentales*.

Como anécdota, en esta época se populariza como referente para los deficientes mentales el término **dunce**, *obstinado, torpe e incapaz de instruirse*, acuñado por los protestantes en referencia al teólogo escolástico Duns Escoto (1265-1308) por su torpe defensa del Papado (79).

* * *

A socaire del producto más representativo de la *primera revolución en salud mental*, las *instituciones manicomiales*, se va a producir el *internamiento masificado, el gran encierro* (80). Es de destacar que estas instituciones son destinadas tanto para *trastornados* como para *deficientes mentales* (81):

«Ya fuesen mentalmente trastornados o deficientes, se les consideraba víctimas de deficiencias intelectuales o de juicio; los dos tipos de afecciones siguieron confundándose en la mente del vulgo durante muchos años».

(78) Scheerenberger (1984).

(79) Kanner (1964); Scheerenberger (1984).

(80) *La marginación de la irracionalidad*, como prefiere Dörner (1974).

(81) Scheerenberger (1984, p.50).

En línea con la *historiografía crítica de la psiquiatría* (82), que ya vimos en su momento, García García (1988a, ps.62-63) escribe:

«Los siglos XVII y XVIII, período de la Razón de la Luces, son también de violencia y sombras ... Se produce la indiscriminada segregación e internamiento de todos aquellos que no siguen a la Razón imperante. Quien mostraba ausencia de razón en cualquiera de sus formas, razón lógica, política, moral, pragmática, era encerrado».

Por su parte, Scheerenberger (1984, p.48) describe el variado tipo de instituciones que sirven a estos menesteres:

«Monasterios, hospitales, centros de beneficencia, cárceles, asilos, refugios de apesados, correccionales, almacenes y otros edificios que, casi siempre, habían perdido su utilidad originaria ... muchos, si no todos, eran menos que aceptables».

Nuestro autor considera que en este tipo de instituciones, hospicios, orfanatos, prisiones, manicomios, se proporciona a los internos *peor vida que anteriormente*. Como confirmación, menciona algunos datos escalofriantes: de los 2.000 niños trasladados en 1670 al *Hospital para Niños Expósitos* de París, el 75% muere en los tres meses siguientes; de los 10.272 lactantes internados en el *Hospital para Expósitos* de Dublín, de 1775 a 1796, es decir, en 21 años, tan sólo sobreviven 45. Reclusión, hacinamiento, celdas oscuras, hambre, falta de asistencia, crueldad de trato, etc., sin olvidar cadenas, grilletes, celdas de castigo y otros aparatos especiales, como el *baúl enrejado* para pacientes violentos, la *cama de Aubanel*, etc., etc., en suma, todo tipo de violencias que aparecen por doquier, en especial en relatos sobre el *Bethlem Royal Hospital* de Londres o el *Hôtel Dieu* de París, los dos más famosos de la época, y que quisiéramos eludir para no dar la impresión de cargar las tintas. Pinel y Tuke son referencias sobradas. Scheerenberger menciona dos excepciones a este trato tan inhumano: el *Hospital Mansur* de El Cairo y el *régimen familiar* implantado por la ciudad belga de Gheel. Sin embargo, este régimen de asistencia familiar es ampliamente criticado, como por Esquirol, quien observa cadenas y argollas, o por otros que lo acusan por su incapacidad para impedir «*la comunicación entre los sexos*». Finalmente, Kanner (1964) y Scheerenberger (1984) descartan por

(82) Szasz (1975); Foucault (1979).

falta de pruebas la labor humanitaria, consistente en servicios residenciales para deficientes, frecuentemente citada, del obispo de Myra, San Nicolás Taumaturgo.

* * *

Este panorama, este trato tan inhumano y cruel, esta situación de *violencia y sombras*, es objeto de la labor de determinados personajes, Vicente de Paúl, Pinel, Tuke, también excepciones, que introducen algo revolucionario y chocante, el *tratamiento moral*.

San Vicente de Paúl (1581-1660) se destaca por sus servicios a necesitados, incluidos deficientes mentales. En el priorato de *Saint-Lazare*, antigua leprosería de París, posteriormente en *Bicêtre*, crea para los dementes una casa especial en la que también intenta instruir a deficientes mentales.

Philippe Pinel (1745-1826), considerado el *fundador de la psiquiatría* en Francia, introduce el *trato moral* y *rompe las cadenas* de los internos, primero a los pacientes varones de *Bicêtre* (1793) y luego a las mujeres de *La Salpêtrière* (1795). Sin embargo, parece que tales acciones no son originales de Pinel, pues previamente otros, como William Tuke en el *Retreat*, Joseph Daquin en Chambéry, Johann Reil, etc., introducen *reformas humanitarias*; de igual forma, Vincenzo Chiarugi en Florencia y Abraham Joly en Ginebra retiran las cadenas a sus pacientes dementes (83). También hay quien afirma, como ya se dijo, que mucho antes los médicos del psiquiátrico de Valencia, fundado en 1409, ya las retiran (84). En cualquier caso, Pinel, director médico de *Bicêtre* y de *La Salpêtrière* y autor del ya citado **Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale**, es considerado el *padre de la terapia vocacional* por su insistencia en la instrucción laboral. No quisiéramos ser reiterativos, pero ese tipo de terapia, *trabajo ocupacional rural*, ya se practica en el psiquiátrico de Zaragoza, fundado en 1425, que precisamente recibe las alabanzas del propio Pinel. Ahora bien, lo que no se discute son las aportaciones de Pinel a la *dirección y organización de un hospital mental* y su defensa de un *trato moral* en su dimensión institucional: descanso, supresión de abusos físicos, trato amable, con suavidad y huma-

(83) Dörner (1974); Scheerenberger (1984); Postel y Quétel (1987); Morel (1987).

(84) Alexander y Salesnick (1966).

nidad, entrenamiento con libros, conversaciones y música, empleo agrícola, etc., todo ello, «recurriendo a un diagnóstico positivo y técnicas psicoterapéuticas» (85). También, «demostró la importancia de las relaciones con el ambiente familiar, el medio, los otros enfermos, en el desencadenamiento, la persistencia, el agravamiento de la enfermedad mental» (86). En cuanto al *trato moral*, Scheerenberger recalca su carácter innovador y revolucionario para la época:

«Para una mente moderna, nada hay de nuevo o sorprendente en el concepto de trato moral de Pinel; sin embargo, supuso en su día un cambio de rumbo radical. Hasta entonces, la idea dominante en el trato concedido a los deficientes y enfermos mentales consistía en lograr ascendencia sobre el individuo. Los que trataban eran los amos, y los tratados debían mostrarse obedientes y sumisos por todos los medios. En cambio, el trato moral hacía hincapié en la amplia gama de servicios médicos, psicológicos y educativos que es capaz de ofrecer un entorno humano. Se estimulaban la actividad y la productividad; la firmeza se moderaba con la suavidad, y se perseguía llegar al control pero sin caer en los abusos. Llamaba a la participación del individuo en el programa terapéutico, en la esperanza de su curación y liberación» (1984, p.66).

Finalmente, William Tuke (1732-1822) crea el famoso *Retreat* (Retiro) de York, en el que acoge a deficientes y enfermos mentales, a los que proporciona un *trato benevolente y humano*, el trato o tratamiento moral.

A estos tres personajes hay que añadir la figura del polifacético Benjamín Rush (1745-1813), ya citado por su manual de medicina militar (*Directions for Preserving the Health of the Soldiers*), autor también de *Medical Inquiries and Observations Upon the Disease of the Mind*, sobre enfermedades mentales y sobre *fatuidad*. Rush es considerado *padre de la psiquiatría estadounidense*, defensor de la educación para pobres y mujeres, fundador del *primer dispensario gratuito para pobres*, primer médico que relaciona el tabaco con el cáncer y primer abogado mundial de los regímenes de vida sana. Hacia los deficientes y enfermos mentales propone métodos terapéuticos que presentan «una curiosa mezcla de progreso y tradición»: actitud humanitaria y tratamiento moral y sangrías. Ade-

(85) Pelechano (1986a, p.489).

(86) Morel (1987, p.722).

más, crea la *silla tranquilizante* para deficientes y enfermos mentales excitados o hiperactivos (87).

* * *

Como última manifestación de interés de estos dos siglos, hay que mencionar la *educación especial*. De siempre la educación es exclusiva para los hijos de acomodados. En el siglo XVIII, la educación impartida a escolares, normales y deficientes, cambia como consecuencia de los progresos en la educación de sordos y ciegos y de las aportaciones de ciertos *reformadores pedagógicos*. Entre estos reformadores, hay que destacar a Rousseau (1712-1778), Johann Pestalozzi (1746-1827) y Friedrich Fröbel (1782-1852), cuyos principios, de forma más directa los de estos dos últimos, orientan a los pioneros de la educación de los deficientes mentales (88).

* * *

Precisamente este incipiente germen de la educación especial junto con el tratamiento moral y la terapia ocupacional y sin olvidar los progresos en el conocimiento médico, constituyen los principales avances de los siglos XVII y XVIII que se desarrollan más ampliamente en el siguiente, el XIX, que abordamos de inmediato. De momento, recalcar que estos avances, graduales y lentos, surgen en un contexto con el que chocan frontalmente y en el que no siempre se mantienen, recuérdense al respecto los avatares de la sordomudística o el destino de las inicialmente prometedoras instituciones manicomiales. Es decir, a pesar de tales logros, la vida de los deficientes no es mejor que la de épocas pasadas.

3.5. EL XIX, LA ERA DEL PROGRESO

El siglo XIX constituye la era del progreso, el escenario de avances, reformas y tragedias (89), y protagoniza la llamada revolución

(87) Scheerenberger (1984, p.140).

(88) Pestalozzi, innovador pedagógico, defiende principios como el desarrollo armónico y al unísono de los tres aspectos de la conducta, intelectual, ético y práctico o constructivo. Fröbel, eventual colaborador de Pestalozzi, se interesa por la educación preescolar y propone la educación global, el desarrollo en etapas; finalmente propugna la *educación acompañante*.

(89) Scheerenberger (1984).

demosanitaria (90). En lo que atañe a nuestro tema, como anticipo global (cuadro 10), el XIX supone unos progresos en medicina que revierten directamente en las deficiencias; un creciente interés por el estudio de la deficiencia mental, que se traduce en cuantiosos e importantes avances en su comprensión, más en concreto, en descripción, clasificación e identificación de formas clínicas asociadas, con una diferenciación clara entre deficiencia y enfermedad mental; el reconocimiento incipiente de los problemas de los discapacitados físicos; la continuación de la escolarización de los sensoriales y perfeccionamiento de los tratamientos aportados por la sordomudística española; la preocupación por la asistencia física y pedagógica y la mejora de la calidad de los servicios residenciales para todos los deficientes, tema en el que los gobiernos asumen crecientes responsabilidades; y, finalmente, la creación y desarrollo de la educación especial.

Por lo que respecta a los progresos médicos, Pasteur y Koch desarrollan la teoría de los gérmenes que posibilita la inmunización y eliminación de epidemias y la asepsia de los hospitales; Addison descubre los trastornos de las glándulas suprarrenales; Virchow identifica la función celular; Mendel crea las bases de la genética; Roentgen aporta los rayos X; Ramón y Cajal y Gogi hacen avanzar la histología del sistema nervioso; Magendie, padre de la fisiología experimental, diferencia las porciones sensitivas y nerviosas de los nervios periféricos; Broca publica su atlas cerebral; finalmente, Freud, Charcot y Kraepelin impulsan el estudio de la enfermedad mental.

En este contexto, la psiquiatría consigue a finales del XIX su estatuto de ciencia y de especialidad médica, aunque el panorama está bastante confuso debido a la acumulación de clasificaciones nosológicas «de poca o ninguna autoridad» (91). La figura de Emil Kraepelin (1855-1926), la más relevante de esta época desde el modelo organicista, establece un sistema clasificatorio de los trastornos mentales en el que se diferencian los provenientes de condiciones externas, curables, y los causados por factores constitucionales innatos, incurables. Este sistema clasificatorio ejerce gran influencia posterior, aunque, «tanto desde el punto de vista de la terminología como del

(90) La población se multiplica como consecuencia del perfeccionamiento de la medicina y de los avances sanitarios, que producen un descenso de la tasa de mortalidad infantil y general y una elevación de las esperanzas de vida (Vicens Vives, 1974).

(91) Zilboorg y Henry (1968, p.456).

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> — Peores condiciones en zonas industriales — Identificación deficiente/lunático — Teoría de <i>imbécil moral</i>/antropología criminal: actitudes populares negativas hacia deficientes — Prácticas sociales crueles: abandono, esclavitud, subastas, ventas, mutilaciones para mendicidad, «traspaso», «emplazamiento externo». — Evolución de servicios residenciales: <i>hacinamiento</i> y trato brutal e inhumano 		<ul style="list-style-type: none"> — Progresos en <i>medicina</i>: revierten en deficiencias — Avances en comprensión de deficiencia mental: <i>diferenciación</i> deficiencia y enfermedad mental — Reconocimiento de los <i>problemas</i> de los físicos — Preocupación por asistencia física y pedagógica; — Mejora de la calidad de <i>servicios residenciales</i>; — Progresiva responsabilización de los gobiernos — Creación y desarrollo de la educación especial — Proliferación de <i>asociaciones profesionales</i>
<p>Cuadro 10.—Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia durante el siglo XIX.</i></p>		

de las descripciones, las innovaciones nosológicas de Kraepelin no son más que la culminación natural de una generación de esfuerzos en Francia y Alemania» (92). En suma, ambiente *preparado* para la *segunda revolución en salud mental*, que tiene lugar a finales del siglo XIX y que abordaremos en su momento.

* * *

En cuanto a la **concepción de la deficiencia mental**, el siglo XIX supone grandes avances en *descripción, clasificación e identificación de formas clínicas asociadas*, cuya máxima expresión estriba en la *diferenciación entre enfermedad y deficiencia mental*. De igual forma, aporta mejoras sensibles en el trato, siendo la *era del tratamiento moral*. Ahora bien, la comprensión de causas biológicas todavía está muy limitada y habrá que esperar a los descubrimientos del siglo siguiente. No obstante, se reconoce que el *cretinismo* es debido a una deficiencia del *tiroides* y se trata con extracto de tiroides.

Carpintero et al. (1979) señalan dos líneas en la comprensión de la deficiencia mental, *biologicista y social*, representadas por Itard y Seguin, ésta, y por la *frenología*, aquélla. Las corrientes *biologicistas*, alentadas por el *evolucionismo*, acentúan la heredabilidad, por tanto no modificabilidad, de la deficiencia mental. Su más extrema expresión viene representada por la *frenología*, «una de las más innova-

(92) *Ibidem*, p.456.

doras y provocativas teorías formuladas a principios del siglo XIX, cuyos efectos sobre el diagnóstico y tratamiento de la deficiencia mental tendrían gran alcance» (93), corriente sobre la que volveremos más adelante. Las orientaciones de corte *social*, por el contrario, «descubren» la contribución de factores socio-ambientales y la *modificabilidad* de la deficiencia mental. Como fruto de tales progresos, a mediados del XIX se va aceptando la idea de que los trastornos mentales tienen una base orgánica pero también ambiental y se ponen en marcha medidas específicas de *educación especial*. A finales de siglo, existen varias clasificaciones de la deficiencia mental basadas en *criterios anatómicos*, *categorías clínicas* e *influencias etiológicas*. Incluso, como mínimo son clasificados en dos niveles de funcionamiento intelectual. De igual forma, se van asentando varias ideas: la *educabilidad*, *modificabilidad*; se trata de un *fenómeno complejo*, no simple ni aislado, que requiere *varios tratamientos*.

En cuanto a la *frenología* o *craneología*, la más extrema de las corrientes *biologicistas*, se debe a Franz Joseph Gall (1758-1828), reputado anatomista del cerebro, que tiene una gran aceptación durante la primera mitad del XIX y, por desgracia, prolongaciones en las teorías del *imbécil moral* y en la *antropología criminal* de finales de siglo. Gall postula que las facultades mentales están localizadas en determinadas áreas del cerebro, cuyo tamaño se corresponde con la fuerza de esa facultad. Las *medidas del cráneo* permiten deducir determinadas características de los individuos, tanto morales como intelectuales y de personalidad. Las distintas facultades con sus correspondientes localizaciones cerebrales se pueden compensar entre sí para buscar la armonía. En consecuencia, la terapéutica ha de consistir en activar las facultades complementarias. Desde esta perspectiva; Samuel G. Howe (1801-1876), de quien se hablará más adelante, trata de modificar la deficiencia mental a través de una terapia de índole psicofisiológica y mediante comunicación no verbal.

Retomando los avances, se van produciendo progresivamente tanto en lo relativo a la *descripción* y *clasificación* como a la *identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental*. Los relativos a la *descripción* son protagonizados por algunos pioneros, entre los que cabe destacar a Esquirol, Seguin, Down, Ireland, Bourneville y Duncan y Millar.

(93) Scheerenberger (1984, p.78).

Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), reformador de las instituciones psiquiátricas, protagoniza «el primer cambio sustancial de concepto, aunque limitado» (94). En su obra **Enfermedades mentales: tratado de la locura** diferencia nítidamente la enfermedad mental (*demencia*) de la deficiencia mental (*amencia*), dentro de la que distingue dos niveles, *imbecilidad* e *idiocia*, con grados variables cada uno. El concepto de *imbecilidad* de Esquirol corresponde a nuestro actual deficiente mental leve, mientras que la *idiocia* a niveles inferiores. Finalmente, la aportación principal de Esquirol estriba en la *coherencia terminológica*, oportuna dado que existen infinidad de términos: salvaje, amencia, imbecillitas, fatuitas, morosis, demencia, etc.

Onésime Edouard Seguin (1812-1880), «la autoridad más versada» en deficiencia mental durante la primera mitad del XIX (95), «educador y médico, primer terapeuta de niños retrasados» (96), opinión frente a la que discrepamos, en especial si la referencia a «niños retrasados» es genérica, pues, como ya hemos reiterado fue Pedro Ponce de León el *primer educador de la historia* y el *creador de la educación especial*. En cuanto a la clasificación, establece cuatro grados distintos de *idiocia*, término genérico y, a la vez, primer grado empleado por Seguin para la deficiencia mental:

- **idiocia**: retraso mental moderado, grave y profundo;
- **imbecilidad**: retraso leve con defectos en el desarrollo moral (social);
- **debilidad mental**: retardo del desarrollo;
- **simpleza**: retraso superficial, desarrollo intelectual lento.

Finalmente, Seguin «era sumamente sensible a los niveles variables de conducta funcional» (97), aunque, por otra parte, no fue muy cuidadoso en la delimitación de la etiología y la patología, pues lo que realmente le preocupa es la *terapéutica*, aspecto sobre el que volveremos más adelante.

(94) Scheerenberger (1984, p.79).

(95) Scheerenberger (1984, p.81).

(96) Morel (1987, p.744).

(97) Scheerenberger (1984, p.82).

John Langdon Down (1826-1896), conocido especialmente por su descripción del síndrome que lleva su nombre, propone una clasificación **étnica** de la *idiotia congénita* (el término *imbécil* lo reserva para el enfermo mental). Clasifica la **idiotia** en tres grupos etiológicos:

- **congénita**: idiotas: origen hereditario;
- **accidental**: idiotas y débiles mentales: causas traumáticas, perinatales e infecciosas;
- **del desarrollo**: débiles mentales: causas ambientales.

A su vez, clasifica la **idiotia congénita** basándose en *similitudes étnicas*, no por prejuicios raciales, sino con la intención de indicar su carácter universal. A pesar de sus buenas intenciones, esta clasificación étnica no es admitida, aunque el término «*mongolismo*» sí hace fortuna pues subsiste al lado del «*síndrome de Down*». A parte de su interés por la clasificación, Down también se ocupa de la *prevención*, concretamente de la templanza en el consumo de alcohol, buena salud física y mental de los padres, asistencia prenatal, educación en el hogar y en la escuela. Finalmente, Down es partidario de impartir *educación especial* al deficiente mental, incluso *adiestramiento precoz*.

William Wetherspoon Ireland (1832-1909) publica, en 1887, **On Idiocy and Imbecility**, «el primer tratado verdaderamente exhaustivo sobre la deficiencia mental que comprende materias como definición, etiología, incidencia, educación y legislación» (98). Distingue entre *idiotia* (genéricamente aplicada a la deficiencia) y *demenia* (locura); asimismo, distingue *imbecilidad* (grado menor) e *idiotia* (grado mayor), dentro de la que aprecia diez tipos de idiotia. Es el primero en delimitar la circunferencia de la cabeza, inferior a 42 centímetros, para definir la *idiotia microcefálica*. También muestra su preocupación por las *causas perinatales* de la *idiotia traumática*, en especial las prácticas obstétricas vigentes entonces, como la abusiva utilización de fórceps; de igual forma, avanza que la herencia y los traumatismos cerebrales pueden sumarse para provocar deficiencia mental; por último, se preocupa de los *factores ambientales de la idiotia de privación*, lo que le lleva a revisar el caso de Kaspar Hauser. Finalmente, en lo relativo al *diagnóstico*, mientras que lo usual en

(98) Scheerenberger (1984, p.86).

aquella época es recurrir al *habla y lenguaje*, como hace Esquirol, p.e., Ireland es más sagaz y anticipa lo que, años más tarde, hace Binet: la necesidad de *comparación* de los deficientes con individuos no retrasados y de *diferentes grupos de edad*.

El neurólogo francés Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909) presenta una clasificación de la deficiencia mental basada en criterios anatómicos, que incluye ocho variedades de idiocia, siete de las cuales son debidas a malformaciones encefálicas, de las cuales el propio Bourneville describe una, la *esclerosis tuberosa*, conocida en la actualidad como *esclerosis tuberosa del encéfalo* o *síndrome de Bourneville-Pringle* (99). La nomenclatura de Bourneville es ampliamente aceptada en Europa y América. Además, en *Bicêtre*, crea un modelo de *Instituto medicopedagógico* en el que se imparte educación, adiestramiento y atención médica.

Finalmente, P.M. Duncan y W. Millar publican en 1866 **A Manual for the Classification, Training, and Education of the Feeble-minded, Imbecile, and Idiotic**. A diferencia de las anteriores clasificaciones de orientación médica, basan la suya en la *conducta*, incidiendo especialmente en la *potenciación de las capacidades* del deficiente mediante la debida asistencia médica y educación.

* * *

En cuanto a la *identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental*, el siglo XIX aporta numerosos avances (100), entre los

(99) Nuffield (1988); Braier (1982).

(100) 1863: **Enfermedad de Von Recklinghausen**: *neurofibromatosis*: afección congénita familiar por trastorno del desarrollo embrionario; afecta al ectodermo; presenta nódulos cutáneos múltiples, manchas color café con leche, posibles alteraciones esqueléticas y endocrinas y deficiencia mental. 1866: **Síndrome de Laurence-Moon**: afección genotípica heredofamiliar por mutación recesiva de dos genes de un mismo cromosoma; tríada típica: retinitis pigmentaria, hipogonadismo, polidactilia; asociada a deficiencia mental, alteraciones extrapiramidales, sordera. 1879: **Síndrome de Sturge-Weber**: encefalopatía desmielinizante congénita; angiomas unilaterales en área de rama oftálmica de trigémino, calcificaciones intracraneales y angiomatosis cerebral; convulsiones epilépticas, hemiplejía, glaucoma, deficiencia mental. 1880: **Enfermedad de Bourneville-Pringle**: *esclerosis tuberosa*: síndrome neurocutáneo caracterizado por formación de pequeños adenomas simétricos en cara y tumoraciones en retina y órganos internos, juntamente con crisis convulsivas, deficiencia mental y rarefacción ósea de falanges. 1881: **Enfermedad de Tay-Sa-**

que vale la pena destacar los relativos a la *parálisis cerebral* (PC). A mediados de siglo, William John Little (1810-1894), cirujano inglés, es el primero que describe el síndrome de **diplejia espástica**, razón por la que durante mucho tiempo se denomina indebidamente a este trastorno **enfermedad de Little** (101). Es también pionero en reconocer la etiología perinatal de la PC. De la descripción de Little se deduce equivocadamente que todos los niños con PC pertenecen al mismo tipo y que todos son deficientes mentales. Como tendremos ocasión de comprobar, la PC presenta varias formas y tipos y no siempre va acompañada de deficiencia mental. A finales del siglo XIX, el término *parálisis cerebral* aparece en los trabajos de Osler, y por las mismas fechas Freud hace referencia a la *parálisis cerebral infantil*.

Mención especial merecen, en este contexto, la proliferación de *asociaciones profesionales* en los Estados Unidos de América (EEUU) en la segunda mitad del siglo XIX. En 1876, a semejanza de la *Asociación de Superintendentes Médicos de las Instituciones para Alienados Mentales de Estados Unidos* (102), se crea la *Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales de Estados Unidos* (103), de la que Seguin es su primer presidente. Su publicación periódica inicialmente refleja las actas de las reuniones; en

chs: *idiotia amaurótica familiar infantil*: afección genética recesiva fatal; asociada con retraso en el desarrollo, demencia, atrofia bilateral de papila con ceguera total, etc.; aparece a los 3-6 meses de edad; muerte entre 2-4 años. 1882: **Enfermedad de Gaucher**: *lipoidosis cerebrósida*: afección genética autosómica recesiva por déficit de enzima beta-galactosidasa; forma infantil: parálisis pseudobulbar, dificultad de deglución, espasmo laríngeo, retraso en desarrollo, muerte entre 6-12 meses. 1885: **Síndrome de Pelizaeus-Merzbacher**: distrofia progresiva heredofamiliar; degeneración difusa de sustancia blanca del cerebro; temblor de cabeza, bradilalia, rigidez facial, contractura de extremidades, deficiencia mental. 1896: **Enfermedad de Marfan**: conjunto de malformaciones hereditarias por alteraciones congénitas de tejidos ectomesodérmicos; anomalías de esqueleto, ojos, corazón, aorta; posible no afectación intelectual. Finalmente, **Cretinismo**: Gurling (1860) y Fagge (1870) demuestran su relación con el *hipotiroidismo* y Murray (1891) pone a punto el primer *tratamiento tiroideo del cretinismo*. (Braier, 1982; Scheerenberger, 1984; Nuffield, 1988).

(101) García Fernández (1988).

(102) *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*, fundada en 1844.

(103) *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotics and Feeble-minded Persons*; en 1906 se redenomina *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales* (*American Association for the Study of the Feeble-minded*); en 1933, *American Association on Mental Deficiency* (AAMD); en 1987, *American Association on Mental Retardation* (AAMR).

1896 recibe el nombre de **Journal of Psycho-Asthenics**, y en 1940 el de **American Journal of Mental Deficiency**, que recientemente, 1988, ha pasado a ser **American Journal on Mental Retardation**.

Por lo que aquí nos interesa, la *American Association on Mental Retardation* se ocupa del tema de la *definición, clasificación y terminología*. Fruto de tal interés, en 1877 sanciona la *primera definición del deficiente mental*, en la que aparecen tres niveles o categorías, **idiotia, imbecilidad y debilidad mental**. En 1884 Kerlin añade una cuarta categoría, **imbecilidad moral**, concepto amplio en el que tienen cabida desde problemas de comportamiento leves a agresividad grave. Dado que hasta finales de siglo no se generaliza el término genérico **debilidad mental**, tal papel lo ocupa **idiotia**.

También en los Estados Unidos de América, en 1840, se promueve por primera vez una *estimación de la prevalencia* de la deficiencia mental, cálculo que se repite en 1850 y en décadas sucesivas.

* * *

Por lo que respecta a las *discapacidades físicas*, también son objeto de avances, aunque no tan llamativos como los anteriores. Parreño Rodríguez (1978) concede al siglo XIX la virtud de haber reconocido, aunque de forma incipiente, los problemas de los discapacitados físicos, por aquel entonces llamados *inválidos*. A finales de siglo tiene lugar el reconocimiento legal y una serie de medidas legislativas que abordaremos dentro de la segunda revolución en salud mental. Como cuestiones más puntuales, en 1818, Peter Beill idea la *primera prótesis de antebrazo movida por el tronco y el hombro*, que se fabrica en 1844 por un escultor holandés, Van Paterson.

En lo que concierne a la atención de estos discapacitados, es obligado reseñar la proliferación de centros de asistencia. Así, en 1812 se crea el *primer hospital dedicado a inválidos* en Würzburg, Prusia, en 1828 se funda en Montpellier un hospital que dispone de amplios espacios y jardines para ejercicios y actividades variadas, y posteriormente se instaura el *Orthopedic Hospital* de Birmingam y muchos otros más. Entre ellos, uno de los que alcanza mayor prestigio es el *Hospital for Special Surgery* de Nueva York, fundado en 1863 por la *New York Society for the Relief of the Ruptured and Crippled*, instituida en el mismo año bajo la dirección de James Knight. En

este contexto, merece destacarse también la creación, en 1822, del *Instituto Técnico Industrial* de Munich, cuyas funciones abarcan desde la atención médica y el cuidado de las limitaciones físicas hasta las necesidades de la vida diaria y la educación, con particular interés en la reeducación profesional, todo ello con la pretensión de que los discapacitados alcancen un suficiente desenvolvimiento económico. Finalmente, cabe mencionar a Heine, *padre de la ortopedia mecánica*, quien funda en 1816 el *Instituto ortopédico* en Würzburg. De igual forma, Heine idea determinados artilugios ortopédicos de acero para el tratamiento de parálisis y la primera cama articulada con sistema de extensión para tratar las contracturas articulares (104).

* * *

En lo que se refiere a las *discapacidades sensoriales*, durante el XIX continúa la *escolarización* y el perfeccionamiento de los tratamientos aportados por y desarrollados a partir de la sordomudística española. Así, en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1812 se abre la *primera escuela para deficientes*, una *escuela privada para niños sordos* en Baltimore. A su vez, Thomas Hopkins Gallaudet (1787-1851) funda en 1817, en Hartford, Connética, la *primera escuela pública para sordos*, el *Asilo americano para sordomudos*. También en los EEUU, Samuel Gridley Howe (1801-1876), pionero de la reforma institucional para *invidentes* y deficientes mentales, crea una escuela para ciegos, en la que pone en práctica la técnica de grabado en relieve de Valentín Haüy y que posteriormente pasa a ser conocida como *Instituto Perkins y Escuela Massachusetts para invidentes*, en la que se forma su célebre alumna ciega y sordomuda Laura Bridgeman (105).

* * *

Pasando al apartado de las **prácticas sociales**, como en otras épocas el trato concedido a los deficientes varía con las circunstancias. En general, prosigue lo anterior, quizás agravado en las zonas urbanas industriales; los deficientes continúan siendo asimilados en el trato a locos y lunáticos; sigue existiendo el tonto del lugar al que, si no es ofensivo, se le deja vagar a su aire, pero que si resulta

(104) Simón (1991); Ruano (1992).

(105) Laura Bridgeman (1829-1889) a los dos años como consecuencia de la *escarlatina* queda sordomuda y ciega. Aprende el alfabeto en el *Instituto Perkins para invidentes* bajo la enseñanza de Howe. Posteriormente colabora en tareas docentes en dicho centro.

molesto, es confinado en el asilo, hospicio o encerrado y/o atado en cualquier sitio (106); el trabajo, tanto en el campo como en la ciudad, es destino frecuente para los deficientes «*válidos*», mientras que los que *no valen* tienen que recurrir a la mendicidad y/o al robo o pasar al orfanato, correccional, cárcel, etc. (107); por último, los acomodados disponen en casa de preceptores para sus hijos deficientes, alguno de los cuales se mantiene en secreto. En los Estados Unidos de América existe el «*emplazamiento externo*» (*indemnización a quien tomara a su cargo un deficiente*), las *subastas y ventas de deficientes al mejor postor*, el «*traspaso*» (introducción en una carreta de los deficientes y enfermos mentales y abandono en otra localidad, la cual suele hacer lo mismo) y, finalmente, la *manutención familiar*, en algunos casos subvencionada, práctica contra la que protesta Dorothea Dix (108).

Llegados a este punto hay que hacer mención de dos teorías, la del *imbécil moral* y la *antropología criminal*, que tienen serias repercusiones en las *prácticas sociales* y en las *actitudes populares* hacia los deficientes. La noción de *imbécil moral* es descrita por I. Ray en 1831, en **A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity**, y asentada según él en bases fisiológicas y conectada con la *frenología* de Gall. Posteriormente el criminólogo italiano Cesare Ezechío Marco Lombroso (1835-1909) impulsa esta teoría fisiológica de la *imbecilidad moral*. «Entusiasta y polemista, ingenuo y paradójico, autor de cerca de seiscientas publicaciones, Lombroso vincula su nombre al nacimiento de la *antropología criminal*» (109), estudia los componentes anatómicos de la criminalidad y en 1896 publica un modelo epileptoide de criminalidad, modelo abusivamente citado, en el que distingue cinco niveles de criminalidad: *epiléptico criminal*, *imbécil moral criminal*, *criminal nato*, *criminoide* o *criminal ocasional* y *criminal pasional*. Al respecto, «a diferencia de otras muchas teorías erróneas sobre el retraso mental, relativamente efímeras, la noción de “*imbécil moral*” resultaría ser altamente nociva para los intereses

(106) Confer al respecto la descripción de Tuke en Scheerenberger (1984, ps.96-97).

(107) Sobre la *dureza* de los orfanatos ingleses, confer **Oliver Twist** de Charles Dickens.

(108) Dorothea Linde Dix (1802-1877) es una infatigable luchadora norteamericana en favor de las instituciones adecuadas y los servicios especializados para trastornados y deficientes mentales y, de forma más acusada, en pro del trato humanitario. Su obra ejerce gran influencia tanto en su país como allende sus fronteras.

(109) Morel (1987, p.692).

de las personas retrasadas mentales en el siglo XX, tanto en Europa como en Estados Unidos» (110). De igual forma, la teoría de Lombroso de la «*degeneratividad*» dominaría todo lo relativo a la etiología de las discapacidades evolutivas, produciéndose una lamentable confusión entre causas congénitas y hereditarias, hasta el punto de que «se asumía virtualmente que toda anomalía presente en el nacimiento había sido adquirida a través de la transmisión de los padres». Esta asunción tiene consecuencias diversas. Por un lado, da lugar a estudios, interesantes pero engañosos, de familias, como los *Jukes*, los *Kallikaks*, los *Nams*. Pero, por otro lado, propicia ciertas *políticas sociales* muy negativas, como la *esterilización de deficientes*, extendida hasta los cincuenta. Por último, «un ejemplo extremo de política social negativa fue la exterminación a través de gas de decenas de miles de retrasados por los nazis» (111).

* * *

En cuanto a los **tratamientos impartidos**, el siglo XIX y la primera mitad del XX constituyen la *era de las instituciones asistenciales*. En efecto, a partir de la experiencia de Guggenbühl en el *Abendberg* se produce la *expansión institucional*, es decir, se va introduciendo la idea y la práctica de educar a *grupos* de deficientes en una *institución* combinando el tratamiento médico y la educación. A finales del XIX existe una red de instituciones diseminada por todo el continente europeo y por toda Norteamérica.

Ahora bien, estas instituciones, así como los progresos descritos páginas atrás, han de abrirse paso frente a las concepciones y actitudes dominantes, que están impregnadas del *negativismo* (112), que abordan el tratamiento de la deficiencia desde la perspectiva de *enfermedad y curación* y que consideran que el deficiente es *irrecuperable*. Además, en la práctica no se recupera mucho de facto a los deficientes ni en la atención individual ni en las instituciones.

En este contexto, se produce una progresiva toma de *responsabilidad de los gobiernos* en el cuidado y manutención en asilos y hospitales. Napoleón lo inicia en Francia, en Inglaterra se crean instituciones de diverso tipo y en los Estados Unidos de América, en

(110) Scheerenberger (1984, p.99).

(111) Nuffield (1988, p.42).

(112) García García (1988a) prefiere el término *nihilismo*.

1818, se funda el *primer servicio residencial* legalmente reconocido para asistencia a deficientes mentales, mientras que, paralelamente, el *Asilo americano para sordomudos* de Hartford, Connética, sigue su actividad con sordomudos e idiotas, como ya se dijo. En 1852 tiene lugar la fundación del *Alwyn Institute*, bajo la denominación de *Pennsylvania Training School for Idiots and Feeble-minded Children*, en cuyo seno se produce la creación de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots and Feeble-minded Persons*, posteriormente *American Association on Mental Retardation*, con la contribución de Seguin, su primer presidente, y que en 1966 se convierte en depositario de los archivos de la AAMR.

No obstante, el tratamiento dispensado en este tipo de centros, a pesar de los esfuerzos de los pioneros del *trato moral*, sigue siendo inadecuado y hasta brutal, como lo atestiguan los relatos de Pinel, Tuke y Esquirol (113). Dadas estas condiciones, no es de extrañar que se encontrase en los manicomios una proporción elevada de *idiotas incurables*, que Pinel estima en un 30% en 1801.

Contra esta situación se levantan toda una serie de iniciativas que giran en torno al *tratamiento moral* y a la creación de *programas residenciales* y de *clases especiales*. El desarrollo de nuevos *métodos de tratamiento* [en especial por Esquirol, Itard, Seguin, que ampliaremos líneas más adelante], la proliferación de *programas residenciales* [Guggenbühl, Seguin, Down, Weise, Saegert, Richards, Wilbur, Kerlin (114)], la labor de ciertos *reformadores sociales* [Dix, Mann,

(113) Y como puede ampliarse en Scheerenberger (1984, ps.99-100).

(114) Johann Jakob Guggenbühl (1816-1863) crea en 1842 el *Abendberg*, famoso y controvertido *primer centro residencial reconocido para deficientes mentales* en la zona suiza de Interlaken: instrucción y asistencia médica, aire puro de la montaña, buena alimentación, baños, masajes, ejercicios físicos, prácticas rutinarias de adiestramiento sensorial, actividades mnemotécnicas, programas de lenguaje. Seguin cree firmemente que los *idiotas* son educables y para tal fin funda *instituciones* de las que el alumno vuelve a casa una vez obtenidos los progresos adecuados, instituciones que deben localizarse cerca de la comunidad de origen del *idiotas*, en las que se imparte el *tratamiento moral* y una actitud humanitaria, que también deben comprometerse a la investigación y que, por último, deben prestar servicios complementarios. Down es partidario de impartir educación especial al deficiente mental, incluso adiestramiento precoz; con tales pretensiones funda un centro privado para hijos de familias acomodadas. Johann Traugott Weise (1793-1859) crea una *escuela auxiliar* en Halle, Sajonia, que tiene gran difusión en toda Europa. Carl Wilhelm Saegert es pionero en la promoción de centros en Berlín, concretamente una institución para sordomudos y una escuela para retrasados. J.B. Richards (1817-1886) y Hervey B. Wilbur (1820-1883) son impulsores de las residencias especializadas en los Estados

Howe, Summer (115)], de las *asociaciones profesionales* y de los *pioneros de las nuevas corrientes de la pedagogía* [Montessori, Decroly (116)], son *hitos históricos* de esta lucha contra las concepciones y actitudes negativas.

Evidentemente que tales intentos presentan limitaciones, pero «muchos de los principios vigentes hoy en educación especial fueron propuestos y desarrollados en este período» (117): instrucción individualizada; secuencia ordenada de tareas educativas; preocupación por el ambiente del niño; énfasis en la estimulación; recompensa inmediata ante actuación correcta; entrenamiento en destrezas funcionales; importancia del adiestramiento sensorial y de la adquisición del lenguaje, etc.. En suma, «buena parte de lo que es vital en la educación especial contemporánea tuvo su origen en la segunda mitad del siglo XIX» (118).

En consecuencia, muchas y muy importantes son las aportaciones producidas en el tratamiento impartido a los deficientes durante

Unidos de América. Finalmente, Isaac N. Kerlin, activo presidente de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots and Feeble-minded Persons*, es también impulsor de las residencias especializadas norteamericanas.

(115) La infatigable e influyente **Dix** (1802-1877) ha sido mencionada líneas más atrás. **Horace Mann** (1796-1859), gran defensor de la enseñanza pública, es presidente del senado que aprueba el proyecto de *ley de educación* en 1837; mejora el estatuto y la calidad de las escuelas públicas gratuitas, la preparación de los maestros y edita el primer diario federal de educación; gracias a su decisiva contribución se inaugura el *Worcester State Hospital* en Massachusetts; también gracias a su gestión, Massachusetts aprueba la *escolarización obligatoria* en 1852. **Samuel Gridley Howe** (1801-1876), como ya se ha dicho, es pionero de la reforma institucional norteamericana para *ciegos y deficientes mentales*, la figura más preocupada por los necesitados y la más eficaz en el diseño de programas; crea un centro para invidentes, el *Instituto Perkins*; posteriormente crea una escuela para deficientes mentales, la *Escuela Massachusetts para jóvenes idiotas y débiles mentales*. **Charles Summer** (1811-1874) participa en la creación del primer programa institucional norteamericano para deficientes mentales financiado públicamente.

(116) **María Montessori** (1870-1952), la primera mujer estudiante y doctora en medicina en Italia, gran innovadora: creatividad, espontaneidad del niño, medio estructurado, desarrollo sensitivomotor, materiales autodidácticos, autoeducación; funda las *escuelas Montessori*, difundidas por todo el mundo; muchos de sus principios e instrumentos se siguen aplicando tanto a la educación de niños deficientes como de escolares no deficientes. **Ovide Decroly** (1871-1932), *renovador pedagógico*, pionero de la educación de deficientes y no deficientes, funda un *Instituto para niños anormales*.

(117) Mayor (1988b, p.10).

(118) Scheerenberger (1984, p.127).

el siglo XIX. Entre los protagonistas de tales innovaciones cabe mencionar a Itard y Seguin por la vigencia de algunas de sus iniciativas.

Jean-Marc-Gaspard Itard (1774-1838), preceptor de Víctor, *el niño salvaje de Aveyron* (119), y supervisor de los primeros trabajos de Seguin, reconcilia lo individual y lo social al conjugar las insuficiencia biológica de Víctor con la acción posibilitadora de la sociedad, e, igualmente, descubre la modificabilidad de la deficiencia mental y destaca el carácter social del problema del retraso mental, por lo que no es sorprendente que muchos de los recursos empleados con Víctor anticipen algunos tratamientos conductuales actuales (120).

Pero entre todos estos *pioneros optimistas*, sobresale la figura de Onésime Edouard Seguin (1812-1880) (121), que trabaja en *Bicêtre* y funda varias escuelas privadas. En 1846 publica **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés**. Tras el fracaso de la revolución de 1848, emigra a los Estados Unidos, donde crea una escuela de día en Nueva York. En 1886, publica **Idiocy and its Treatment by the Physiological Method** y en 1876 contribuye a la creación de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots and Feeble-minded Persons*, de la que es su primer presidente. Amén de sus *instituciones*, ya mencionadas al hablar de los *programas residenciales*, la aportación más novedosa de Seguin estriba en el *método fisiológico*, consistente en el adiestramiento de los sentidos de la vista, oído, gusto y olfato, y de la coordinación ojo-mano; método con el que se pretende corregir las incapacidades atencionales e intelectuales partiendo de la adquisición del control muscular. Muchas de sus técnicas conservan vigencia en la actualidad, como los procedimientos de refuerzo positivo y de modelado, interacción activa con el entorno, relevancia de la imitación, el juego, el ensayo y experimentación de lo aprendido (122).

(119) En 1801 el abate Bonnaterre pone en contacto a Itard con Víctor.

(120) Carpintero y del Barrio (1979).

(121) Scheerenberger (1984, p.100) le califica como «padre de la educación especial». Nosotros reiteramos nuestra reivindicación de este mérito para Pedro Ponce de León.

(122) El *método fisiológico* consta de cinco fases:

- adiestramiento del sistema muscular;
- adiestramiento del sistema nervioso;
- educación de los sentidos;

En consecuencia, las aportaciones de Seguin son muchas y relevantes y, lo que es más importante, plenamente vigentes algunas de ellas en la actualidad, razón por la que Scheerenberger formula el siguiente comentario elogioso:

«Muchos de sus principios pedagógicos y materias didácticas corregidas se están aplicando con éxito ... Sus teorías de la educación, unidas a las de Itard, influyeron en el pensamiento de íclitos pedagogos, como María Montessori ... las personas retrasadas tienen contraída con Seguin una deuda insalvable» (1984, p.117).

* * *

Como correlato de la proliferación de *programas residenciales* y *clases especiales* en los Estados Unidos de América, se plantea toda una serie de problemas que derivan en polémicas, a veces con repercusión pública, y que están plenamente conectados con la problemática actual (123).

A finales de siglo todos los centros norteamericanos se convierten en grandes instituciones unificadas por el «*proyecto de la colonia*», articulado en torno a una *escuela de enseñanza* y un *departamento industrial*, de tipo tutelar y dedicado a labores agrícolas, para cuatro grandes categorías de sujetos:

— adquisición de ideas generales;
— desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto y adquisición de una noción y una práctica sólidas de los preceptos morales.

123) Resumimos tales problemas siguiendo a Scheerenberger (1984, ps.178-184):

— *ubicación de los deficientes mentales después de la edad escolar*: ante la ausencia de alternativas se suprime el límite superior de edad;

— *ubicación de los deficientes profundos*: se opta por la separación de las secciones de «escuela» y de «asilo»;

— *ubicación de los epilépticos*: centros especializados o polivalentes;

— *trabajo de los residentes*: existen varias posibilidades para el *residente trabajador*: empleo interno no retribuido e interno con empleo retribuido (subalternos, pintores); se distingue la *escuela-educación*, centro de formación incluida la profesional, de las «*industrias instituciones*» en su mayoría agrícolas;

— *reinserción en la sociedad*;

— *idoneidad de las medidas disciplinarias*: castigo físico versus tratamiento moral; W. Fish a finales de siglo introduce la figura del «*contrato*»: explicación razonada y promesa de buena conducta firmada ante testigos;

— *asistencia médica y sanitaria*;

— *escenario adecuado para los deficientes mentales*: residencias, escuelas especiales, escuela normal, aula especial.

- educables en edad escolar;
- epilépticos y no educables;
- varones adultos sin autonomía;
- mujeres adultas custodiadas para evitar procreación.

Hasta aquí el siglo XIX o, más exactamente, todo lo relativo al extenso período transcurrido desde finales del siglo XVI hasta las últimas décadas del XIX, es decir, la *primera revolución en salud mental*.

* * *

*En este momento, parece necesario recopilar sintéticamente y valorativamente los **progresos** y **limitaciones** de esta fase histórica antes de comenzar con la siguiente, la **segunda revolución en salud mental**.*

*El largo y denso período que hemos englobado bajo la denominación de la **primera revolución en salud mental** ha protagonizado, como hemos visto, **avances** y **retrocesos**.*

*Los **avances** giran en torno al cambio de orientación radical en la concepción y abordaje de la enfermedad y la deficiencia mentales, cambio que estriba en el reencuentro con la **tradición naturalista griega**, conservada durante la edad media por los árabes y transmitida a Europa a través de España, y que se traduce en el paso de una concepción **demonológica** a otra de corte **organicista** y **biológico**, en la sustitución de la idea de **pecado** por la de **enfermedad** y en que los afectados sean tratados como **pacientes** y no como **endemoniados**.*

*Este giro copernicano se produce precisamente a través de España, **punto de transmisión de la cultura árabe**, y, más concretamente, a través de las **instituciones manicomiales**, la aportación más genuina de la primera revolución en salud mental, a las que hay que añadir la constitución de los conceptos de **locura** y de **neurosis**.*

*En lo que se refiere directamente a las deficiencias, la **sordomudística española** y sus **derivaciones hacia invidentes**, **educación especial de deficientes** y **no deficientes**, proporcionan los tratamientos más revolucionarios e innovadores, sin olvidar el **trato moral** y la **terapia ocupacional**. Esta última, puesta en práctica por primera vez en*

algunos **psiquiátricos españoles**, y toda una serie de medidas similares propuestas como solución al tema de la **pobreza en nuestro siglo de oro**, **educación, enseñar a trabajar, trabajo adecuado a las condiciones físicas, rentabilidad social del inválido, trabajo protegido**, a veces tan sólo ideas sin desarrollar, recuperadas posteriormente por algunos, como Pinel, constituyen las **medidas terapéuticas concretas más destacables**.

Paralelamente, los **progresos en medicina junto con el creciente interés por el estudio de la deficiencia mental**, se traducen en cuantiosos e importantes **avances en su comprensión**, más en concreto, en la **descripción, clasificación e identificación de formas clínicas asociadas, con una diferenciación clara entre deficiencia y enfermedad mental**. El desarrollo de la **ortopedia** y de la **cirugía ortopédica**, por otra parte, contribuyen a la mejora de la terapéutica de las **discapacidades físicas**.

De igual forma y como correlato, surge una progresiva preocupación, e, incluso, cierto interés público, por los deficientes y sus problemas, concretamente, la **asistencia física y pedagógica**, que da lugar a la proliferación de **servicios residenciales** y a la creación de la **educación especial**, temas en los que los **gobiernos** asumen crecientes responsabilidades.

Los **servicios residenciales** y la **educación especial** generan polémicas, con repercusión pública, y suscitan toda una serie de problemas que, con las lógicas variaciones debidas a la distancia temporal, siguen teniendo vigencia en la actualidad. Como solución a tal problemática, quizás como culminación de tales **avances**, puede señalarse el norteamericano «**proyecto de la colonia**», en el que se trata de combinar la **asistencia, la educación y el trabajo ocupacional**.

En consecuencia, la **primera revolución en salud mental** aporta muchos y relevantes **progresos y logros**, aunque también **limitaciones y retrocesos**, no menos cuantiosos ni importantes.

Los **retrocesos** tienen que ver con la línea de evolución de los **servicios residenciales**, similares en lo decepcionante a las instituciones manicomiales: las tareas de **reinserción y educación** y los **rudimentos de psicoterapia y laborterapia** son reemplazados por las de **custodia y administración**, cuyos correlatos se traducen en la **disminución del número de altas y la acumulación de pacientes**

crónicos. Si a ello se añaden los problemas derivados del **hacinamiento** y el **trato brutal e inhumano** dispensado en tales instituciones, el panorama resulta tan dramático y sombrío que se puede concluir que la vida de los deficientes no es mejor que en épocas pasadas.

Paralelamente, las **prácticas sociales** siguen presididas por la **ignorancia**, el **pesimismo** y el **negativismo**, las **actitudes colectivas** imperantes son **peyorativas** y dominadas por la **repulsión** y el **rechazo**, y se produce la **segregación indiscriminada** y el **internamiento masificado**, el **gran encierro**. Incluso, a veces, tal **encierro**, a pesar del trato inhumano y brutal que lo acompaña en la mayoría de las instituciones, puede resultar «mejor» que el **abandono**, la **esclavitud**, las **subastas** y **ventas** de deficientes al mejor postor, las **mutilaciones para mendicidad**, el «**traspaso**», el «**emplazamiento externo**», etc., sin olvidar los últimos coletazos de la **demonología**, como el proceso de **Salem**, ni las repercusiones sociales de algunas teorías, como la del **imbécil moral** y la **antropología criminal**.

En suma, la **primera revolución en salud mental** ha de ser valorada de forma global como un **paso necesario pero insuficiente** y, también, **contradictorio y dual**, fracaso como proyecto, dice Pelechano (1986a), pues, como afirma Scheerenberger (1984, p.127), «**era mucho lo que quedaba por hacer en todos los terrenos**». Dicho de forma más directa, la **segunda y tercera revoluciones en salud mental** son necesarias. Vayamos ya con la **segunda** sin más dilación.

4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

4.1. INTRODUCCION.....	139
4.2. PSICOANALISIS, CONDUCTISMO Y OTRAS INNOVACIONES .	140
4.3. EL CAMBIO DE SIGLO	148
4.4. EL PERIODO ENTRE GUERRAS	156
4.5. LA GUERRA Y SUS REPERCUSIONES	161

4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

*La interacción de esos dos componentes (rehabilitación y trabajo) ... ha conducido a una situación en que **rehabilitación y rehabilitación profesional** son términos virtualmente sinónimos.*

Walter S. Neff, **Rehabilitación y trabajo.**

4.1. INTRODUCCION

*La segunda revolución en salud mental se inicia a finales del siglo XIX, también dentro de un proceso más amplio, el surgimiento de las ciencias sociales, y conectada con el nacimiento de la **psiquiatría** como especialidad médica y como ciencia, y supone, como característica distintiva, la sustitución del **modelo organicista** por otro de corte **intraprésíquico**, cambio protagonizado por el **psicoanálisis**. De igual forma, este período representa también el surgimiento de la **psicología clínica**, de la **psicopatología infantil**, del **estudio experimental de la conducta** y de la **evaluación psicológica**.*

*Resulta interesante para los efectos de estas páginas destacar las **múltiples conexiones** de estas aportaciones con las deficiencias. Por un lado, prácticamente todas estas innovaciones **son aplicadas** en el área de los deficientes con resultados variados. Por otro lado, algunas de tales innovaciones surgen como respuesta a problemas planteados en el campo de las deficiencias, como el desarrollo de técnicas de **evaluación de la inteligencia**. Incluso, las necesidades de evolución de algunas especialidades directamente relacionadas con las deficiencias van a repercutir en la dinamización de especialidades abiertas a todos los sujetos, como la **psicología de la rehabilitación** tras la Segunda Guerra Mundial, que potencia, y hasta revoluciona, la **psicología clínica**.*

En cuanto a las deficiencias directamente, el extenso período que englobamos bajo la etiqueta de **segunda revolución en salud mental** supone una serie de avances en la comprensión e identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental y en la identificación de causas biológicas de las discapacidades físicas y evolutivas. Igualmente, toda una sucesión de avances sociales que se manifiestan a través de medidas legales e institucionales en favor de todos los deficientes y que es precisamente a partir de este momento cuando se producen con una intensidad de contenido y una frecuencia hasta ahora desconocidas. Todo ello acompañado de grandes contradicciones e, incluso, de las brutalidades más impresionantes de toda la historia de la humanidad. Nos referimos a lo que con los deficientes se hace en las guerras mundiales: desde las cámaras de gas a su participación activa en la contienda y vuelta a la reclusión con la paz.

En suma, la segunda revolución en salud mental es una de las épocas más contradictorias y fascinantes de la historia, que antecede y da pie a la tercera y a los sesenta y setenta, años a los que denominamos las décadas prodigiosas por cuanto suponen el momento histórico de máximo esplendor en la comprensión de las deficiencias, en el papel social asignado y en los tratamientos impartidos a los deficientes. Pero vayamos por partes. Revisemos, primero, las aportaciones de esta segunda revolución, cuya síntesis ofrece el cuadro 11.

4.2. PSICOANÁLISIS, CONDUCTISMO Y OTRAS INNOVACIONES

Como acabamos de adelantar, a finales del XIX se sitúa el comienzo de la segunda revolución en salud mental, coincidiendo con el surgimiento de las ciencias sociales y de la psiquiatría como especialidad médica y como ciencia. Su aportación más relevante, pero no única, estriba en el psicoanálisis, que representa el paso de un modelo organicista a otro intrapsíquico y mentalista. En este sentido, constituye una compensación idealista de la primera revolución (1).

Decimos aportación no única porque esta segunda revolución trae consigo algo más y también desde la psicología: el estudio experimental de la conducta, la psicología clínica, la psicopatología infantil y la

(1) Pelechano (1986a).

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> — Grandes contradicciones y brutalidades — Actitudes sumamente negativas; desconfianza, recelo, paternalismo protector, nivel ínfimo en sensibilidad social y profesional hacia deficientes: control, prevención, <i>alarma eugenésica: segregación de por vida, eutanasia, esterilización, restricción matrimonial</i> 		<ul style="list-style-type: none"> — Sustitución del modelo organicista por otro de corte <i>intrapésiquico y mentalista</i> — Avances en comprensión, estudio de etiología y de formas clínicas asociadas a deficiencia — Avances sociales: progresiva responsabilidad de los gobiernos: <i>medidas legales e institucionales</i> en favor de todos los deficientes

Cuadro 11.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la segunda revolución en salud mental.

evaluación psicológica, contribuciones todas ellas que se dejan sentir en el campo de las deficiencias.

* * *

Por lo que atañe a la primera de tales aportaciones, *el psicoanálisis*, para Hobbs (1964) Sigmund Freud (1856-1939) es el *único responsable* de tal revolución al elaborar una psicopatología específicamente *psicológica* e incidir en la búsqueda de un modo de conocimiento *clínico* que se plasma en un tratamiento psicológico, la *psicoterapia* o *terapia psicodinámica*. Por nuestra parte, como ya se ha anticipado, esta segunda revolución ofrece otras contribuciones y es fruto de algunos otros protagonistas. Ahora bien, muchas y formuladas desde las más diversas perspectivas son las críticas que recibe el psicoanálisis y que exceden los objetivos de estas páginas (2).

Como todas las demás teorías psicológicas, el psicoanálisis y sus derivaciones son llevados al campo de las deficiencias, área en la que no producen aportaciones relevantes, por una parte, y en la que, por otra parte, tampoco pueden formularse distintas valoraciones críticas (3).

(2) En Eysenck (1952, 1983b), Brengelmann (1976b), Eysenck y Wilson (1980), Bunge (1982), Pelechano (1986a), entre otros muchos, pueden encontrarse valoraciones críticas a la corriente psicodinámica, el psicoanálisis y sus derivados.

(3) En efecto, desde esta perspectiva psicoanalítica, la deficiencia mental es explicada como un *fallo y/o estancamiento de la libido* que queda anclada en el *ello* y en los *procesos primarios* y es incapaz de adquirir los *procesos secundarios*, propios del *yo*, *aplazamiento* de la satisfacción y desarrollo de un plan de acción inteligente para

No obstante, al margen de tales planteamientos críticos y como conclusión valorativa, puede afirmarse que el *movimiento psicoanalítico* constituye, sin duda, un *avance*, un *hito necesario en la historia del pensamiento occidental*.

* * *

En cuanto a otra de las aportaciones de esta *segunda revolución*, la llamada *psicología novísima*, el *conductismo*, hay que destacar la *formulación experimental* de Skinner, de cuyos planteamientos se deriva toda una serie de *aplicaciones clínicas y educativas*, como las de Bijou (1963, 1966) y Staats (1968) al campo educativo y del *retraso mental* (4). También tiene que transcurrir cierto tiempo para que Meyerson y otros pioneros introduzcan técnicas de *modificación de conducta* en la *rehabilitación de discapacitados físicos*.

* * *

En lo que respecta a la *psicología clínica*, en su nacimiento confluyen la evolución histórica de la psiquiatría y, desde la psicología, la tradición académica y experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920) y los estudios de las *diferencias individuales*. El *primer psicólogo clínico* es Lightner Witmer (1857-1956), quien en 1896 acepta el tratamiento de un niño con problemas de *ortografía* y funda la *primera clínica psicológica* en la Universidad de Pensilvania, e idea el término *psicología clínica*. Es digno de mención su interés por las

conseguirla. No parece que se haya podido verificar estas afirmaciones u otras similares. De igual forma, se ha destacado con frecuencia la ausencia de verificación de la teoría *freudiana* aplicada al campo de la discapacidad física (en especial Connor, Rusalem y Cruickshank, 1973; Shontz, 1980; English, 1983). En este mismo sentido, English (1983) relaciona la *teoría psicoanalítica* (la *incapacidad física* casi siempre tiene un efecto adverso en la personalidad, especialmente si ocurre en la infancia, produciendo tipos inmaduros y pasivo-agresivos) y la *psicología individual* de Adler (los conceptos de *afán de superioridad*, *inferioridad*, *compensación de la inferioridad de los órganos*, mayor incidencia de perturbación emocional entre discapacitados, etc.) con una *psicología de la discapacidad*, y recalca la ausencia de estudios que hayan comprobado adecuadamente tal relación. Finalmente, Shontz (1980, p.810) sintetiza el estado de la cuestión al afirmar que «como otras muchas teorías no desarrolladas tras observaciones directas de discapacitados físicos ... ofrece escasa ayuda para explicar las reacciones a la discapacidad física».

(4) La *primera fase del conductismo* transcurre entre 1899 y 1938, desde los primeros experimentos de Pavlov (1849-1936) con el reflejo salivar hasta Skinner (1904-1990); fase de *predominio pavloviano*, de la *tradición del condicionamiento respondiente, clásico* (Pelechano, 1978a).

desviaciones intelectuales y educativas del niño, y por «su énfasis en la *privación ambiental* y su relación con problemas de aprendizaje, como la *afasia* y la *dislexia*» (5). En consecuencia y desde la perspectiva de lo que aquí nos interesa, la *psicología clínica* surge como respuesta a una *discapacidad de aprendizaje* y en las *clínicas psicológicas* van a ser atendidos muchos deficientes.

* * *

Pasando a otra de las aportaciones de la *segunda revolución en salud mental*, Ollendick y Hersen (1986b) sitúan el nacimiento de la *psicopatología infantil* a partir del siglo XX y sugieren la creación de los primeros *tribunales de menores* en los EEUU (1898) y la *Conferencia de la Casa Blanca sobre los niños* (1909) como el reconocimiento oficial de esta especialidad. A destacar que anteriormente los trastornos de los niños son abordados conjuntamente con los del adulto, pues realmente la *psicopatología infantil* es vista como una extensión «hacia abajo» de la de los mayores, dado que los niños son considerados *adultos pequeños* u *homunculi* y ni existe *psicología* ni *psicopatología* infantiles, excepción hecha de todo lo relativo a la *deficiencia mental*. La causa de tal ausencia puede encontrarse en la presencia del niño en el mundo laboral y en las altas tasas de mortalidad infantil, que hacen concluir a nuestros autores que «simplemente había poco tiempo u oportunidad para que el niño se comportara como tal». Como antecedente de la *psicopatología infantil* suele presentarse a G. Stanley Hall (1844-1924), *padre de la baby biography*, un primer método de estudio de la infancia, prolongado posteriormente a través del movimiento norteamericano de *orientación infantil* (*Child Guidance*). De nuevo Witmer, *padre de la psicología clínica* y fundador de la *primera clínica psicológica* (1896), junto con la *clínica de orientación infantil* de Healy en Chicago (1909) y la de Wallin en Pittsburgh (1912) y el posterior desarrollo de otras, marcan el inicio de esta especialidad de la *psicopatología infantil*. En estas clínicas, inicialmente dominadas por el *psicoanálisis*, se trabaja en equipo bajo la dirección de un *psiquiatra*, con *asistente social* y *psicólogo*, la *holy trinity*, la *santísima trinidad* (6).

* * *

(5) Ollendick y Hersen (1986b, p.25).

(6) Ollendick y Hersen (1986b, p.18).

Finalmente, la *segunda revolución* supone el surgimiento de la *evaluación psicológica*. En el marco de los objetivos de esta historia de las deficiencias, hay que destacar las *relaciones múltiples* entre evaluación psicológica y deficiencias. En efecto, como ya se adelantó de forma general para las aportaciones de esta revolución, por una parte, algunos desarrollos técnicos de la evaluación psicológica *surgen como solución* a necesidades requeridas en el tema de los deficientes, cuyo ejemplo paradigmático lo constituye Binet y la evaluación de la inteligencia, y, por otra parte, la mayoría de las técnicas son aplicadas a deficientes. Vamos a tratar de ampliar tales conexiones.

Entre los *antecedentes lejanos* de la evaluación, ya mencionamos la carta fundacional del *hospital psiquiátrico* de Valencia (1409), que contiene una coherente comprensión de la enfermedad mental con especificación de variedades e indicaciones sobre criterios diagnósticos. También hablamos de las recomendaciones de Vives (1493-1540) de que a los *desequilibrados* se les efectúe diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, citamos el **Examen de los ingenios para las ciencias** (1575) de Huarte. Asimismo, aludimos a Fitzherbert, quien en **New Natura Brevium** (1534) esboza un *primitivo test de inteligencia* para detectar la *idiocia congénita*, diagnóstico necesario en función de las leyes inglesas que hacen pasar a la Corona las propiedades de los idiotas. Ya en el siglo XIX, entre los *antecedentes y posibilitantes* de la evaluación psicológica tienen una influencia decisiva los avances producidos en la *praxis clínica y diagnóstica médica*, en general, y *neuroológica y psiquiátrica*, en particular, y en el campo de la *educación* y de la incipiente *psicología educativa* (7).

Es decir, las necesidades de diagnosticar los *trastornos neurológicos y psiquiátricos* y de precisar el *funcionamiento mental* de los pacientes tienen un peso específico en el nacimiento de la evaluación psicológica, en primer lugar. En este sentido, hay que mencionar algunos clínicos interesados en el *estudio del caso individual* y en la *elaboración de historia clínica*, como Plater (1536-1614), Greding (1718-1775), Pinel (1745-1826), Haslam (1764-1844), Esquirol (1772-1840). También Snell (1817-1892), quien elabora una serie de pruebas objetivas para detectar a *simuladores* de enfermedades mentales. Y Grashey (1839-1914), que se centra en el estudio de *afasias* y *agnosias* subsiguientes a *traumatismos craneales*. Igualmente, Rieger (1855-

(7) Pelechano (1988a).

1939), quien publica datos relativos a lesiones debidas a *traumatismos craneales* y que es autor de una *batería de distintos tipos de pruebas* para evaluación del funcionamiento mental de pacientes (8). Asimismo, Wernicke (1848-1905), creador de pruebas de *discriminación* y *generalización* en sus trabajos sobre localización de funciones cerebrales y detección de deficiencia mental. Finalmente, Ziehen (1863-1950), que dispone de una batería para detectar alteraciones mentales.

En segundo lugar, las necesidades de *clasificar escolares*, de evaluar la *capacidad de aprovechamiento* del sistema escolar y de *detectar los alumnos no capaces o retrasados*, contribuyen de forma decisiva al desarrollo de la incipiente evaluación psicológica. Amén de algunas otras iniciativas (9), tales necesidades son recogidos por el grupo norteamericano de G.S. Hall y el europeo de A. Binet. Ahora bien, a finales de siglo el panorama del diagnóstico de la deficiencia mental está más que necesitado de reformas, pues a pesar de las innovaciones se sigue evaluando por la *fisonomía*, la *edad*, el *retraso escolar*, la *coordinación general*, como bien expresa Scheerenberger (1984, p.95):

«A despecho de todas estas tentativas preliminares para evaluar científicamente la inteligencia, la mayoría de los niños se siguieron clasificando como tales en función de cinco criterios: 1. la **fisonomía** ("con sólo mirarle, sabrás que es listo o estúpido"); 2. la **edad mental** ("actúa como un niño de 2 años"); 3. la **calidad del trabajo escolar**; 4. la **coordinación física** ("es lento y torpe"); 5. los **signos físicos** como envejecimiento prematuro ("es un chico de aspecto extraño"). Tales criterios iban a variar sustancialmente en el lapso de pocos años».

En este contexto del *primer período* de la evaluación (10), y sin olvidar el *magisterio* de Galton, Binet y los discípulos de Hall en la universidad de Clark, Goddard, Terman y Kuhlmann, transforman

(8) Pruebas perceptivas, aperceptivas, memoria a corto y largo plazo, imitación de palabras, etc.

(9) Como Hugo Münsterberg (1863-1916), quien en 1891 describe una serie de *tests escolares*: leer en voz alta, nombrar colores, repetir nombres de animales, plantas, partes del cuerpo.

(10) Que Pelechano (1988a) hace llegar hasta 1921. Galton, Spearman, McKeen Cattell y Binet son sus *creadores representativos*. Se trata del modelo de los *tests mentales*, de la *medida psicológica*, de la *psicometría*, de la identificación de evaluación psicológica con medida.

el campo de la *evaluación de los deficientes mentales*, cambios que se expanden a toda la población (11).

Pero la figura más destacada es la de Alfred Binet, quien está íntimamente comprometido con la discriminación de alumnos *incapaces de seguir con aprovechamiento*, vale decir alumnos *retrasados o deficientes* (12), alumnos *incapaces de seguir con aprovechamiento*, decimos, las enseñanzas escolares del municipio de París. Para tal tarea discriminativa es comisionado por el Ministerio de Instrucción Pública de Francia. En cumplimiento de tal cometido, Binet, en colaboración con Theodore Simon (1873-1962), elabora el *Binet-Simon*, la *primera escala métrica* de la inteligencia, que es revisado y mejorado en 1908 y en 1911 por el propio Binet y, posteriormente, traducido al inglés por Goddard, adaptado al entorno cultural norteamericano por Terman en 1916, la primera adaptación, el *Stanford-Binet*, revisado por Terman y Maud A. Merrill en 1936, el *Terman-Merrill*, y, finalmente readaptado en 1960, el *Terman*.

Las aportaciones técnicas más novedosas de Binet estriban en el concepto de *edad mental* y en la *necesidad de comparación* con individuos no retrasados de diferentes grupos de edad, idea esta última puesta en práctica por Binet, pero anticipada por Ireland y por Guislain, aunque para comparar *pacientes* con población general (13). En todo caso, interesa dejar aquí constancia de que una de las estrategias más importantes y más empleadas para la evaluación de la inteligencia, las *escalas clínicas*, elaboradas desde la perspectiva *psicométrica y diferencialista* en base a *estrategias racionales* y desde las *concepciones omnibus* de la inteligencia (14) han sido construidas **desde y para la deficiencia mental**. De igual forma, las aportaciones de William Stern (1871-1938), quien en 1912 propone el *CI*, el famoso y denostado *cociente intelectual*, de Goddard, Terman, Kuhlmann, revolucionan el panorama del diagnóstico de la defi-

(11) Sir Francis Galton (1822-1911); Alfred Binet (1857-1911); G. Stanley Hall (1844-1924); Henry H. Goddard (1866-1957); Lewis M. Terman (1877-1956); Fred Kuhlmann (1876-1941).

(12) «*Importa dejar aquí claro que el concepto de "retraso" impregna casi toda la obra de Binet*», escribe Pelechano (1988a, p.124); a su vez, Kanner (1964, p.48) recalca la «*enorme contribución de Binet al estudio de los retrasados mentales*».

(13) Como ya se dijo, Ireland (1832-1909), en *On Idiocy and Imbecility* (1887), anticipa la *necesidad de comparación* de los deficientes con sujetos *no retrasados* y de *diferentes grupos de edad*. A su vez, Guislain (1797-1860) habla de la necesidad de observar hechos objetivos para comparar al paciente con *población general*.

(14) Anastasi (1982); Pelechano (1976a); Alonso Tapia (1986).

ciencia mental y se generalizan a la evaluación de la inteligencia de todos los sujetos, como ya avanzamos y como tendremos ocasión de comprobar más adelante.

Durante el *segundo período* de la evaluación (15), a más de otras innovaciones técnicas, muchas de las cuales tienen amplia difusión en el campo de las deficiencias, hay que hacer mención de la creación de un nuevo tipo de prueba cualitativa, las *técnicas proyectivas*. Rorschach incluye en la muestra original del *test de las manchas de tinta* (1921) diez *morones* o *imbéciles*, que dan respuestas de *baja calidad, estereotipadas y de detalle*, cuestión que no es confirmada por otros investigadores (16). También hay que destacar el *Dibujo de la figura humana*, de Goodenough (1927), *test pretendidamente* de inteligencia y no muy atinado como criterio de selección de niños susceptibles de educación especial, pues lo que probablemente mide es *capacidad para dibujar* (17). Su extensión por parte de Machover (1949) al campo de la personalidad como *técnica proyectiva* tampoco es muy acertada como prueba detectora de *anomalías en la representación del cuerpo* en el caso de los discapacitados físicos (18).

En fin, el posterior desarrollo de técnicas de evaluación psicológica (19) sigue similares pautas que los anteriores en cuanto a conexiones con las deficiencias. Es decir, aplicación a los deficientes de técnicas generales de evaluación; desarrollo de técnicas específicas que luego pasan a ser generales, como la *Escala de Madurez Mental de Columbia*, elaborada en 1972 por Burgemeister, Blum y Lorge para la evaluación de niños afectados de *parálisis cerebral* y después aplicada a todo tipo de niños. Ahora bien, todos estos avances ni se

(15) El *segundo período* de la evaluación psicológica, entre 1921 y 1945, tiene como representantes a Thurstone, Thomson, Spearman, Bender, Hathaway y McKinley; entre sus características destacan la formulación del modelo psicométrico básico, la potenciación del uso de tests y la generación de una alternativa cualitativa, las pruebas proyectivas (Pelechano, 1988a).

(16) Scheerenberger (1984).

(17) Eysenck, Russel y Eysenck (1970).

(18) Johnin y Greenberg (1978); Colin (1979); Aguado y Alcedo (1991); Alcedo (1994).

(19) El *tercer período* de la evaluación, de 1946 a 1965, tiene como representantes a Anastasi, Cronbach, Gulliksen, Sidman, Skinner, Eysenck, Kanfer, Saslow; se caracteriza por el predominio de EEUU, la polémica en torno al uso social de los tests y a la entidad científica de las pruebas proyectivas, la aparición de la psicología clínica y de la terapia y/o modificación de conducta con el correspondiente modelo de evaluación, etc. (Pelechano, 1988a).

aplican de inmediato ni tienen una repercusión fácil en el área de las deficiencias. En efecto, no puede afirmarse que la evaluación psicológica sea uno de los campos en los que los progresos técnicos se adaptan de forma fácil ni rápida. Como señalamos en otro contexto (20), sigue siendo necesario reivindicar su actualización tecnológica y su integración en el proceso de rehabilitación. Pero no adelantemos acontecimientos, que tiempo habrá para ello. De momento, pasemos a lo que el *cambio de centuria* supone para los deficientes.

4.3. EL CAMBIO DE SIGLO

Scheerenberger (1984) denomina la **era del progreso** a los años comprendidos entre 1900 y 1919 en los Estados Unidos de Norteamérica, más concretamente, entre la guerra de Cuba y el final de la Segunda Guerra Mundial. A esta época de progreso, de claro **predominio norteamericano**, contribuyen los numerosos e importantes avances producidos en el estudio de la etiología y de las formas clínicas asociadas a la deficiencia mental, avances que se incrementan en las décadas siguientes y que se expanden al resto de las deficiencias. Por otro lado, el cambio de centuria coincide con un considerable aumento de la responsabilidad de los gobiernos en la problemática de los deficientes, puesta de manifiesto a través de una serie de medidas legales e institucionales, que también se desarrollan en décadas sucesivas. Sin embargo, el comienzo de siglo supone el predominio de **actitudes sumamente negativas** hacia la moralidad, las aptitudes y las responsabilidades sociales de los deficientes mentales, de tal forma que el negativismo de las discusiones de fin de siglo se transfiere a las actitudes y decisiones de las primeras décadas del XX, época de **paternalismo protector** y de un **nivel ínfimo** en la sensibilidad social y profesional hacia la deficiencia mental.

* * *

En lo relativo a la **comprensión de la deficiencia mental**, el siglo entrante desarrolla la doble orientación *biologicista-social*. La corriente biológica centra su interés en el estudio de la *etiología* y en el tema de la *clasificación*, mientras que la social acentúa la *modificabilidad*. De otro lado, como consecuencia de la *revolución industrial*

(20) Aguado (1989b, 1994).

y de la *escolarización obligatoria*, la deficiencia mental adquiere categoría de *problema social*.

Por lo que atañe a la primera de las orientaciones señaladas, la *biologicista*, se producen cuantiosos y decisivos avances en *etiología* y en *identificación de formas clínicas asociadas a deficiencia mental* que se amplian en décadas sucesivas (21). Sin embargo, se sigue ignorando «la naturaleza genética exacta de estos trastornos y sus componentes bioquímicos» y, en esta misma orientación, se recalca el papel de la *herencia*, pero dentro de un concepto laxo y equívoco en el que se engloban trastornos genéticos, bioquímicos, traumatismos, lesiones prenatales, perinatales y postnatales e, incluso, el aprendizaje social (22).

En lo que concierne a *clasificación*, con el cambio de siglo quedan sentados los tres elementos esenciales de la definición de la deficiencia mental, el *concepto tripartito*:

(21) 1900: **Síndrome de Fröhllich o Babinski-Fröhllich**: *distrofia adiposogenital*: asociación de adiposidad e hipogonadismo, en varones, o útero infantil y amenorrea, en mujeres. 1901: **Craneosinostosis de Corpeuter**: osificación congénita o prematura de las suturas de los huesos del cráneo. 1906: **Síndrome de Apert**: *acrocefalia-sindactilia*: malformación congénita, hereditaria algunas veces, con deformidades varias, de cráneo y dedos, hipertelorismo y sordomudez; la inteligencia suele estar conservada. 1909: **Inborn Errors of Metabolism**, de A. Garrod, médico inglés: la deficiencia mental, así como otros trastornos, pueden ser debidos a *anomalías genéticas* que bloquean las reacciones químicas del organismo; esta obra no es tenida en cuenta hasta la década de los cuarenta. 1911: **Developmental Pathology**, de E. Talbot, médico inglés: riesgos de las *enfermedades infecciosas* (tosferina, escarlatina, meningitis, encefalitis) y de la ingestión por parte de la madre gestante de *agentes tóxicos* (alcohol, tabaco, café, narcóticos y opiáceos) y *sustancias metálicas* (plomo, mercurio), como agentes etiológicos de la deficiencia mental. 1912: **Enfermedad de Wilson**: *degeneración hepatolenticular*: afección familiar rara, caracterizada por degeneración de los núcleos lenticulares, cirrosis de hígado y alteraciones en el metabolismo del cobre. 1912: **Enfermedad de Crouzon**: *craneosinostosis o disostosis craneofacial familiar*: afección congénita caracterizada por oxicefalia, hipertelorismo, exoftalmía, disminución de agudeza visual; ocasionalmente hidrocefalia, crisis epilépticas, puerilismo, etc. 1914: **Enfermedad de Niemann-Pick**: afección congénita y familiar por trastorno en el metabolismo de los lípidos: esplenomegalia, idiocia amaurotica, anemia moderada, caquexia progresiva; ataca preferentemente a niñas judías; la muerte sobreviene antes de 3 años; no se conocen casos de curación. 1916: **Enfermedad de Krabbe**: *leucodistrofia de las células globoides o esclerosis cerebral difusa infantil familiar*: forma rara de encefalomielitosis por leucodistrofia de las células globoides; comienza a los 4-6 meses y sigue un curso progresivo severo. (Braier, 1982; Scheerenberger, 1984; Nuffield, 1988).

(22) Scheerenberger (1984, p.213).

- 1) **presentación precoz,**
- 2) **funcionamiento intelectual disminuido por trastorno del desarrollo,**
- 3) **incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad.**

La clarificación del segundo punto se ve favorecida por la introducción de los *tests estandarizados de inteligencia*. Al mismo tiempo, en 1901 el *Comité para la Investigación Psicológica* de la por entonces denominada *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales* (23) elabora un *formato de examen psicológico* que incluye medidas antropométricas, de sensación, percepción, memoria, emociones, instintos, asociación de ideas, atención, juicio, razonamiento, imaginación, talentos especiales, lectura, escritura, aritmética y aptitudes mecánicas.

Ahora bien, ya desde el principio los tests de inteligencia suscitan polémicas y discrepancias, especialmente en lo relativo al problema de los *límites debilidad-normalidad*. Para Kuhlmann, que destaca las *influencias socioculturales* y habla de *provisionalidad del diagnóstico*, la línea de demarcación es difícil de determinar por lo que no debe ser fija. Por contra, Goddard no parece tan riguroso, mientras que Terman muestra una confianza ciega en los tests pero no en su utilidad para los deficientes mentales; sin embargo, con el tiempo su *test* alcanza fiabilidad satisfactoria y cierta validez para el diagnóstico diferencial de la deficiencia mental (24). En todo caso, las críticas abundan: contenido verbal y abstracto, excesivo para niños de extracción social baja; distinto grado de dificultad para diferentes edades; inexactitud más allá de 10 años; etc.; en definitiva, críticas que a pesar del paso de los años siguen reiterándose.

En el contexto de esta polémicas, en 1910 el *Comité para la Clasificación* de la *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales* añade el nivel de **morón**, acuñado por Goddard, con lo que **débil mental** se convierte en la denominación genérica e **idiot**a, **imbécil** y **morón** quedan para cada una de las categorías

(23) *American Association for the Study of the Feeble-minded.*

(24) Pelechano y Garrido (1975); Pelechano y Servando (1988, 1992); Pelechano (1995).

de esta clasificación tripartita. Como complemento, los niveles de retraso y las posibilidades de tratamiento quedan delimitados con amplia aceptación en el esquema propuesto por M. Barr. Finalmente, en 1915 Kuhlmann presenta la *distribución estadística del CI: el 1% de la población, con una proporción de idiotas, imbéciles y morones de 1:3:12 (25)*.

En cuanto a la *orientación social*, la idea de *deficiencia mental* es progresivamente sustituida por la de *deficiencias comportamentales*, la *entidad nosológica* por los *déficits de ejecución*, la *preocupación por la clasificación* por el interés hacia la *detección de conductas-problema* y/o *conductas importantes ausentes en el sujeto* y la forma posible de *establecerlas mediante aprendizajes concretos*. Estos cambios de orientación, que se acentúan en décadas posteriores, contribuyen de forma decisiva a los avances en el tema de la clasificación.

* * *

En lo que atañe a las **discapacidades físicas y sensoriales**, el cambio de siglo supone la consolidación de una tendencia esbozada con bastante anterioridad: la responsabilidad de los gobiernos en su problemática. Las *medidas legales e institucionales* que en este período se desarrollan son más que considerables. Dos líneas de actuación hay que destacar en torno a estas actuaciones. En primer lugar, las dictadas en favor de los *anormales*, término bajo el que se suele incluir *deficientes mentales, sordos, ciegos y otros anormales*. En segundo lugar, las disposiciones concretas y específicas de cara a *accidentados laborales*.

Por lo que concierne a los *anormales*, cabe resaltar, en nuestro país, que la *Ley de Instrucción Pública* de 1857 contempla a ciegos y sordos y permite a los sordomudos asistir a las escuelas públicas. En 1857 se crea la *Escuela Normal para profesores de sordomudos* integrada en el *Colegio de Sordomudos* y en 1860 se produce la creación de *escuelas especiales para sordomudos*. En 1910 se constituye el *Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales*, que en 1916 se divide en tres secciones: *sordos, ciegos y otros anormales*. Finalmente, en 1917 se fundan *escuelas especiales para anormales* en Madrid y Barcelona.

(25) Scheerenberger (1984).

Por lo que respecta a los *accidentados laborales*, en 1884 en Alemania, Bismarck sanciona la primera *ley de accidentes de trabajo*, que es imitada en casi todos los países occidentales. Así, en el nuestro, hay que hacer mención entre otras muchas medidas, de la creación en 1887 del *Asilo de Inválidos para el Trabajo*. En 1900 se publica la *Ley de Accidentes de Trabajo*, propuesta por Dato, ministro de la Gobernación, la *primera ley española de protección a inválidos del trabajo*: entre sus medidas, incluye el seguro voluntario, la definición de *accidente de trabajo*, la gradación de incapacidades y el pago de pensiones o indemnización a un tanto alzado. En 1903 aparece el Reglamento para *declaración de incapacidades por accidentes laborales*, refrendado por Maura, por entonces ministro de la Gobernación, que aporta un sistema de determinación objetiva de las incapacidades. Por fin, en 1908 se crea el *Instituto Nacional de Previsión* (INP) y en 1919 se instituye el *Retiro Obrero* y el *Plan de Seguros del INP*.

En este campo de los *accidentados laborales*, los numerosos e importantes avances que se consiguen en su favor, *pensiones, indemnizaciones, sistemas de previsión, seguros, sistemas de declaración de incapacidad e invalidez, asilos para accidentados, etc.*, se ven completados, tras la I Guerra Mundial, con los *servicios para excombatientes*, los *primeros servicios de rehabilitación*, y la creación de *cuerpos de mutilados e inválidos de guerra* (26). También se crean en esta época algunas *asociaciones* de profesionales con la finalidad de fomentar la práctica, la formación y la investigación (27). Todas estas medidas se expanden posteriormente a los demás discapacitados. Esta línea de evolución, *mutilados de guerra y accidentados laborales*, primero, *los otros deficientes*, después, y resto de la población, a la postre, ya la hemos visto con anterioridad, aunque de forma más débil, y se repite más adelante. *En definitiva, constituye uno de los grandes ejes de progreso en la historia de las deficiencias.*

* * *

(26) En los EEUU en 1918 se pone en marcha un *programa nacional de rehabilitación profesional* para veteranos (Fraser, 1984), que en 1920 se expande a todos los discapacitados físicos (Lassiter, Lassiter y Gandy, 1987a). De igual forma, la I Guerra Mundial también trae consigo como secuela soldados con *neurosis de guerra*, cuya atención impulsa la contratación y formación de *asistentes sociales psiquiátricos* (Rosen, 1974).

(27) *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* (1917), *Asociación Americana de Terapia Física* (1921), *Asociación Americana del Habla y de la Audición* (1925).

En cuanto a las **prácticas sociales**, durante las primeras décadas del siglo en los Estados Unidos de América predominan unas *actitudes sumamente negativas* hacia los deficientes mentales, concretamente hacia su moralidad, aptitudes y responsabilidades sociales (28). Se trata de una época de **paternalismo protector** y de un nivel muy bajo en la sensibilidad social y profesional hacia la deficiencia mental, en la que el negativismo de las discusiones de fin de siglo se traslada a las actitudes y decisiones de comienzos de centuria. Tres áreas de interés, o más bien de preocupación, contribuyen a la creencia de que la deficiencia mental es causa de *lacras sociales*: los *estudios genealógicos*, como los de Goddard con los Kallikak, los de Dugdale y Estabrook con los Juke; el *redescubrimiento de las leyes de Mendel* por De Vries; y los *estudios de delincuentes deficientes*: el *delincuente deficiente* sustituye al *imbécil moral* del siglo anterior.

Como consecuencia de estos estudios, se crea un ambiente de *control y prevención social*, la *alarma eugenésica*: la *Asociación de Eugénistas de Estados Unidos* propone medidas del tipo de *segregación de por vida de los deficientes mentales, eutanasia, esterilización, restricción matrimonial*, etc.. Incluso, treinta y nueve estados prohíben el matrimonio entre deficientes mentales o decretan su anulación. De igual forma, se produce una fuerte polémica sobre la *esterilización*, llegándose a su regulación en ocho estados de la Unión en torno a 1912.

No obstante, hacia 1920, es decir poco después de la guerra, varios profesionales que trabajan con deficientes en ambientes naturales comienzan a apreciar las *influencias del medio social* y a hacer **cambiar las opiniones generales** sobre las relaciones entre *deficiencia mental, herencia y delincuencia*, con lo que el concepto de herencia empieza a ser algo más restringido.

Todas estas **prácticas sociales**, estas *actitudes sumamente negativas*, este *paternalismo protector*, este *nivel ínfimo* en la sensibilidad hacia la deficiencia mental, el *control* y la *prevención social*, la *alarma eugenésica*, la *eutanasia*, la *esterilización*, la *restricción matrimonial*, la *segregación de por vida*, etc., son perfectamente compatibles con la *incorporación a filas de los deficientes mentales* en la I Guerra Mundial. Sin comentarios, aunque volveremos sobre el tema.

* * *

(28) Scheerenberger (1984).

Por lo que concierne a los **tratamientos impartidos** (29), la época del *paternalismo protector* trae consigo un cambio en los objetivos de las instituciones: de la *educación* de los niños se pasa a la *prevención de la deficiencia en las generaciones futuras mediante la segregación de los adultos deficientes*. Como consecuencia de las actitudes tan negativas antes descritas, se incrementa el número de institucionalizados y se invierte la proporción, aumentando en especial el número de *morones*, que llega a alcanzar el 80% de los ingresos hacia 1920. La *educación especial* se ve potenciada, en este caso mediante la creación de las *clases sin graduación*. Ahora bien, en consonancia con las actitudes tan negativas, su finalidad consiste prioritariamente en retirar a los elementos más difíciles o rebeldes de las clases normales, es decir, «una plataforma para la vida en la institución». En cuanto a los programas, se crea una pauta general que se conserva «básicamente intacta durante los sesenta años siguientes»: materias escolares, lectura, escritura, aritmética, por la mañana, y tareas no escolares, adiestramiento manual, labores domésticas, educación física, por la tarde.

También la *educación especial* presenta problemas que generan polémicas y que tienen resonancias actuales: *eficacia de las clases especiales*, controversia que provoca los *primeros estudios de seguimiento*; *clases especiales versus escuelas segregadas*; *reclutamiento y formación del profesorado*.

Paralelamente, se incrementa la participación gubernamental y se potencian los servicios comunitarios. Como ejemplo de ello puede recordarse la ya mencionada *Conferencia de la Casa Blanca* sobre los niños, de 1909, convocada por el presidente Theodore Roosevelt, a la que sigue, en 1919, otra similar, a iniciativa del presidente Wilson, que acuerda un *programa estatal para la asistencia a los deficientes*. La potenciación de los servicios prestados por la comunidad se refleja en los dos principales vehículos de la asistencia pública, los *programas educativos y residenciales*, a los que se añade *atención sanitaria*, en *centros y domiciliaria*, y *atención pediátrica*.

En este contexto, no puede pasarse por alto la contribución de algunas figuras relevantes, como Walter Fernald (1859-1924), Charles Bernstein (1872-1942), Elizabeth E. Farrell (1870-1932), Ovide Decroly (1871-1932).

* * *

(29) Seguimos a Scheerenberger (1984, ps.244-245).

En cuanto España (30), en la que se aborda la deficiencia mental con un *retraso histórico de medio siglo* respecto a Europa, es a principios de siglo cuando la deficiencia mental adquiere *identidad social y cultural*, aunque «a lo largo del primer tercio de siglo sigue siendo incluso una figura escasamente definida, salvo en muy contadas y casi excepcionales instituciones». Amén de la actividad del *Patronato Nacional de Anormales*, pueden señalarse ciertos *pioneros y rezagados españoles*. A finales del XIX, Nebreda en Madrid y Ríus en Barcelona son los pioneros de la educación de los deficientes mentales en España. Sin embargo, la primera figura histórica clara es Francisco Pereira, maestro en Parla, Madrid, «el primero en concebir un proyecto claro y explícito sobre la necesidad de escuelas especiales para deficientes y también el primero en reivindicar en ello la autonomía del maestro, del educador, frente a los médicos». Son dignas de destacar algunas otras aportaciones pioneras, como las del grupo de Barcelona, los institutos psicotécnicos, la difusión de los tests, algunos manuales, pero «todo ello, sin embargo, no llega a constituir, en el primer tercio del siglo, una verdadera configuración social e institucional de la deficiencia, y no pasa de ser un pequeño conjunto de esfuerzos más bien dispersos, y, casi en su totalidad, localizados en Barcelona y en Madrid».

* * *

Finalmente, la Primera Guerra Mundial (1914-1919) trae consigo un último *tema polémico*, la *incorporación de deficientes mentales*, su *capacidad* para integrarse en los ejércitos combatientes. En Alemania les rechazan, mientras que en los EEUU los examinan previamente: entre los aspirantes rechazados para el servicio, *el 5,5% lo es por deficiencia mental*. Como correlato, *muchos deficientes mentales dejan los internados para combatir y vuelven a ellos tras la contienda*, como describe Scheerenberger (1984, ps. 253-254):

«Sea como fuere, un elevado número de personas con retraso mental sirvieron admirablemente a su país durante la Primera Guerra Mundial, a menudo en batallones de trabajo especializados. Como en la Segunda Guerra Mundial, el examen físico dejaba mucho que desear ... El triste resultado de la Primera Guerra Mundial, para el tema que nos ocupa, fue que muchos hombres retrasados mentales salieron de las instituciones para incorporarse

(30) Seguimos a Fierro (1984a, ps.403-405).

al ejército, combatir de forma ejemplar y, a su regreso, ser internados de nuevo. Las alternativas en la comunidad brillaban por su ausencia».

4.4. EL PERIODO ENTRE GUERRAS

Leo Kanner mantiene la tesis de que la época comprendida entre 1910 y 1935, en lo relativo a la comprensión de la deficiencia mental, constituye la gran tregua, en el sentido de que la ideología y tipo de gestión dominantes en las dos décadas anteriores persisten hasta la Segunda Guerra Mundial (31). Sin embargo, Scheerenberger mantiene la tesis contraria, es decir, que la evidencia apunta hacia cambios y nuevas ideas que hacen que la deficiencia mental cobre progresiva complejidad, por lo que califica a este período como la era del optimismo.

*Por nuestra parte, en función de la información a nuestro alcance, pensamos que no hay razones sólidas ni evidencias claras que justifiquen el optimismo del siempre optimista Scheerenberger. Realmente es una época de espera, también de continuación y profundización e, incluso, de ampliación de lo esbozado en las dos décadas anteriores. De ahí la gran tregua de que habla Kanner. Se avanza, es cierto, se progresa y se amplía, pero, en lo fundamental, en la línea de lo iniciado en el cambio de siglo. Lo único realmente novedoso estriba en la **acentuación de los aspectos sociales en la deficiencia mental, que cobra progresiva complejidad, pero a fin de cuentas también es una continuación de lo anterior. Y lo dicho vale también para todas las deficiencias. En definitiva, los grandes cambios, las nuevas ideas, las innovaciones, la era del optimismo, vienen tras la Segunda Guerra Mundial, preludio de las dos décadas prodigiosas. Por tanto, el período entre guerras es un compás de espera, la gran tregua (32).***

* * *

(31) «Los años comprendidos entre 1910 y en torno al 1935 pueden ser designados como "la gran tregua". Aunque se construyeron más instituciones, aunque se añadieron más clases especiales, aunque el movimiento centroeuropeo de pedagogía terapéutica intentó con la mayor seriedad mejorar las condiciones educativas, aunque fueron aplicados el Binet-Simon y otros tests similares a decenas de miles de niños, todo esto fue fundamentalmente una puesta en marcha de los métodos iniciados en el pasado. Muy poco que fuera en esencia nuevo fue descubierto entonces. Sin embargo, una nueva era nació en 1934 ...» (Kanner, 1964, p.141).

(32) Similares posiciones mantiene García García (1988a, p.65), para quien durante toda la primera mitad del siglo XX perdura lo anterior por varias razones:

En cuanto a la **concepción de la deficiencia mental**, cabe destacar el *cambio de actitud* por parte de algunos de los especialistas más influyentes, que se retractan espectacularmente de sus posiciones anteriores, como Walter Fernald y Henry Goddard (33). Estos *cambios de actitud* llevan a Scheerenberger a hablar de *una nueva era de positivismo*, en el sentido contrario al negativismo de épocas anteriores. Acontecimientos de diverso tipo favorecen tales cambios. El hecho constatado de que los *retrasados no delinquentes* se adaptan favorablemente a sus hogares o se reintegran a la comunidad, por un lado. Por otro, los *tests de inteligencia* hacen descubrir que *otros factores también* contribuyen al funcionamiento intelectual. Paralelamente, los *tribunales* empiezan a valorar la *conducta social* y el movimiento norteamericano de *higiene mental* insiste en la importancia del *desarrollo emocional y social* a la vez que cuestiona el excesivo peso concedido a la inteligencia. En suma, se acentúan progresivamente más los *aspectos sociales y evolutivos*, es decir, gana terreno la *orientación social*, como ya adelantamos, que recalca, en definitiva, la *modificabilidad*.

Como acabamos de decir, los *tests de inteligencia* contribuyen a estos cambios en la concepción de la deficiencia mental, al hacer ver la incidencia de *otros factores*. Pero también producen una *insatisfacción generalizada* que se traduce en fuertes críticas que recalcan la no distinción entre casos leves y normalidad, la problemática del punto de corte entre retraso y normalidad, los porcentajes elevados y variables de sujetos según la edad mental en que se sitúe el límite, las dudas sobre la validez práctica, la consistencia del CI, etc. No obstante estas críticas, «*para el profesional medio su validez seguía siendo inmutable*» (34), comentario que parece atemporal, comotam-

— las *actitudes negativas muy arraigadas*: inteligencia heredada e inalterable, deficiencia mental asociada a delincuencia, amenaza social;

— el *uso y abuso de la psicometría*;

— la *alarma eugenésica*: el deficiente como «elemento perturbador y antisocial y, además, particularmente fecundo por su sexualidad incontrolada»; protección de la sociedad, encierro, esterilización, relación *necesaria* entre deficiencia y pobreza, delincuencia, prostitución, etc.;

— el *abandono* de muchos profesionales;

— el *desvío de recursos de asistencia social a las dos guerras y a la depresión*.

(33) Fernald afirma que la deficiencia mental no es un problema *médico*, sino *educativo y económico*. A su vez, Goddard sostiene que el problema de los débiles mentales es de educación e instrucción, muchos de ellos son recuperables y no tienen por qué ser segregados todos.

(34) Scheerenberger (1984, p.262).

bién lo parecen la críticas anteriores (35). Como consecuencia de esta insatisfacción, se proponen y potencian otras alternativas (36), como las escalas educativas, los tests múltiples, no verbales, las escalas de desarrollo, las escalas de conducta adaptativa, entre las que destaca la *Escala de Madurez Social de Vineland*, de Doll.

En este contexto y respecto a la *definición de la deficiencia mental*, sigue vigente el *concepto tripartito* que Doll, en el discurso inaugural de la reunión de la *American Association on Mental Deficiency* (1936), sintetiza en la coexistencia de tres requisitos necesarios para diagnosticar a un individuo como deficiente mental:

- 1) **inadaptación social,**
- 2) **debida a una baja inteligencia,**
- 3) **cuyo desarrollo se ha detenido.**

Previamente, en 1930, la *Conferencia de la Casa Blanca sobre los niños disminuidos*, delimita *deficiencia y debilidad mentales* en función de la *competencia social*:

— **deficiencia mental: retraso intelectual con competencia social,**

— **debilidad mental: retraso intelectual con incompetencia social.**

En esta misma dirección, Alfred A. Straus y Newell Kephart estudian las características de aprendizaje y distinguen los deficientes mentales *endógenos* y *exógenos* (distráidos). En cuanto al estudio de la *etiología*, siguen produciéndose progresos en la delimitación de síndromes asociados y en la identificación de otras causas de deficiencia mental. Entre otras muchas (37), cabe destacar la *toxemia* del embarazo, las *carencias vitamínicas* del grupo B, las *infecciones respiratorias* agudas, los *hematomas subdurales* y la *asfixia* por el humo del

(35) Confer al respecto Kamin (1974) y Tort (1981).

(36) Alternativas que se enmarcan en el *segundo período de la evaluación psicológica*, período que, como ya se dijo, transcurre entre 1921 y 1945 (Pelechano, 1988a).

(37) 1924: **Enfermedad de Greig: hipertelorismo:** malformación congénita de cráneo, con desarrollo anormal de las alas menores del esfenoides y aumento del espacio interorbitario. hipertelorismo; puede presentarse con carácter familiar y acompañarse de braquicefalia, sindactilia y deficiencia mental. 1927: **Síndrome de Rud:**

tabaco. Por contra, se restringe el excesivo papel atribuido anteriormente a la *sífilis* (prueba de Wassermann) y a los *trastornos endocrinos* en la transmisión de la deficiencia mental.

* * *

Respecto a las **discapacidades físicas y sensoriales**, prosiguen las medidas institucionales, que como en el período anterior pueden desglosarse en pro de *anormales* y en favor de *accidentados laborales* y *excombatientes*.

En cuanto a las primeras, los anormales, son dignas de mención la puesta en marcha en 1921 de un aula de *alumnos anormales* aneja a la *Escuela Normal* de Madrid, vinculada a la *Institución Libre de Enseñanza*, para la educación de deficientes y la *formación de educadores*. En 1930 se produce la reorganización de la *Escuela Normal*, que incluye la formación de *profesores de sordomudos*. Por último, en 1934 se crea el *Patronato Nacional de Cultura de Deficientes* que acoge a *ciegos, sordomudos, inválidos y anormales mentales*.

En relación con los *accidentados laborales* y *excombatientes*, son destacables la *Ley de Accidentes de Trabajo* de 1922 y, en el mismo año, la creación del *Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo*, posteriormente *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos* (1933), cuya finalidad consiste en readaptar y reeducar profesionalmente a los obreros inválidos. De igual forma, en 1931 se extiende a la *agricultura* la protección de los accidentes de trabajo en la industria. Finalmente, en la *Constitución* de 1931 *los principios de previsión social adquieren rango constitucional*:

variedad de *idiotia* caracterizada por infantilismo, ictiosis congénita y epilepsia y, a veces, aracnodactilia, retinitis pigmentaria y atrofia muscular. 1933: **Síndrome de Cornelia de Lange**: afección de etiología desconocida, generalmente esporádica, raramente familiar, caracterizada por retraso en el desarrollo físico y mental, microcefalia, anomalías de esqueleto, rostro, manos y pies. 1934: **Fenilcetonuria**, Fölling: deficiencia de la enzima fenilalaninasa-4-hidroxilasa, que produce la oligofrenia fenilpirúvica. 1938: **Síndrome de Turner**: afección congénita por una anomalía gonocromosómica, consistente en una monosomía del cromosoma X: enanismo, agenesia de gónadas, debilidad en organización espacial y desorientación. 1939: **Toxoplasmosis**, Wolf, Cowen y Paige: infección parasitaria del *Toxoplasma gondii*; *in utero*, puede producir lesiones graves del SNC y ojos. (Braier, 1982; Scheerenberger, 1984; Nuffield, 1988).

«La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna. Su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte» (38).

También en pro de *accidentados laborales*, en 1920 se publica en Alemania la *primera ley de asistencia a todo tipo de inválidos*, normativa que establece la declaración obligatoria de los menores de 18 años para que puedan ser objeto de rehabilitación. En 1929 se celebra en Ginebra el primer congreso de la *Sociedad Internacional de Asistencia al Inválido*, de la *Sociedad de Naciones*. Entre sus propuestas destaca la lucha contra invalidez y la defensa del derecho de todo inválido a medidas para la igualdad sociocultural. Entre sus recomendaciones figura la profilaxis para eliminar las causas de las discapacidades físicas; la obligación de informar de los nacimientos de niños deformes y afectados de cualquier lesión invalidante; la confección de un censo especificado de inválidos; finalmente, la creación de *cátedras de ortopedia y escuelas especiales* para la instrucción cultural y profesional de inválidos.

* * *

Pasando al apartado de las **prácticas sociales**, la década de los veinte en los Estados Unidos de Norteamérica trae consigo una preocupación tripartita: la *herencia*, la *mejora de la raza* y la *inmigración* (39). Es la época de los *estudios sociopolíticos*, como el de Bringham sobre el *deterioro de la inteligencia americana debido a la inmigración de razas no nórdicas y a los negros*. Otra inquietud, en este caso derivada de la influencia del movimiento de *higiene mental*, estriba en la *presencia de trastornos mentales en deficientes mentales*, aspecto sobre el que hay opiniones para todos los gustos. También constituye una preocupación norteamericana la figura del *delincuente adolescente y adulto*, produciéndose la distinción entre *delincuente deficiente* (deficiente mental leve con hábitos delictivos, considerado grave amenaza social) y *deficiente delincuente* (deficiencia mental más profunda con conflictos delictivos esporádicos). Finalmente, la *esterilización* sigue siendo objeto de agrias polémicas.

* * *

(38) *Constitución de 1931*, artículo 46 (Aznar López, 1978, p.18).

(39) *Seguimos de nuevo a Scheerenberger* (1984).

Por lo que atañe a los **tratamientos impartidos**, las *instituciones* norteamericanas reflejan la diversidad de fines e ideología que aparecen en las polémicas anteriores: custodia permanente de la *estirpe deficiente*, a no ser que sean esterilizados; dudas sobre la idoneidad de la institucionalización, en especial de deficientes leves; refugio de individuos cuyas necesidades la sociedad no satisface; búsqueda de educación especial. De igual forma, la filosofía y los programas son variados: programas educativos y laborales orientados bien a la libertad vigilada (trabajos auxiliares), bien a la incorporación a la sociedad. También se producen controversias y polémicas: *educación mixta versus separada por sexos*; contratación, formación y retención del *personal cualificado*; selección de alumnos. La **educación especial** durante estos dos decenios (1920-1939), obtiene *carta de naturaleza*, es decir, se reconoce que el alumno deficiente mental presenta *necesidades educativas especiales*. Por último, cabe destacar que en 1922 nace el *International Council for the Education of Exceptional Children* (40), entre cuyos miembros fundadores está Elizabeth E. Farrell (1870-1932), su primera presidenta y una de las figuras más destacadas de la época, junto con Ovide Decroly (1871-1932), pionero de la educación de deficientes. Finalmente, en la década de los treinta surgen las primeras *asociaciones de padres de deficientes mentales* en los Estados Unidos de América.

* * *

Hemos revisado ya lo sucedido en los primeros años de nuestra centuria y durante el período entre guerras. Vamos a acometer, de inmediato, uno de los acontecimientos más influyentes y decisivos para los deficientes, la Segunda Guerra Mundial, época de conflictos y cambios y, a la vez, anticipo y preámbulo de otros cambios aún más innovadores y trascendentes, los acaecidos en las que venimos denominando como las décadas prodigiosas.

4.5. LA GUERRA Y SUS REPERCUSIONES

Scheerenberger habla de conflicto y cambio para hacer referencia a los años comprendidos entre 1940 y 1959. El conflicto hace alusión a la Segunda Guerra Mundial y el cambio a las transformaciones que tienen

(40) Consejo Internacional para la Educación de los Niños Excepcionales.

lugar como correlato de aquélla. Por nuestra parte, vamos primero a abordar la **II Guerra Mundial** y lo que representa para los deficientes para pasar a continuación a las repercusiones de la contienda, concretamente el **nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos.**

La guerra trae consigo una suerte dispar para los deficientes según el lado en que les toca. En el bando alemán, la **experiencia nazi**, se practica la **eutanasia** de la forma más brutal e indiscriminada con la pretensión de garantizar la **mejora de la raza**. En el bando de los aliados, más concreto en los EEUU, la **experiencia norteamericana**, a las personas de capacidad disminuida se les requiere para **participar activamente en la contienda**, con la pretensión de gozar del privilegio de defender a su país; los deficientes, en su mayoría, cumplen perfectamente con sus obligaciones en los diversos frentes de la guerra, pero se les vuelve a encerrar una vez acabada la situación de emergencia. Merece la pena ampliar estas experiencias por cuanto ofrecen un **testimonio indubitable de que la integración de los deficientes no depende de su capacidad sino de las oportunidades que la sociedad, en función de sus necesidades, les brinda** (41).

* * *

Por lo que atañe a la **experiencia nazi**, los *campos de concentración* y las *cámaras de gas* se convierten en el destino de miles de personas aquejadas de trastornos y deficiencias, considerados todos ellos *improductivos y peligrosos*. Es decir, como en tantas otras ocasio-

(41) Es sorprendente la escasa, si no nula, utilización de estos datos sobre la participación de los deficientes en la segunda guerra mundial. Da la impresión de que están *ocultos y relegados a los libros de historia* por razones que no alcanzamos a comprender. Nuestra sorpresa está basada en que hemos tenido que esperar a leer a Scheerenberger para tener noticia de estos acontecimientos tan decisivos para la *valoración actual* de los deficientes y para la *estimación actual*, también, de sus posibilidades de integración. Y apenas los hemos vuelto a encontrar en otras obras. En consecuencia, en estas páginas seguimos la descripción efectuada por Scheerenberger, *la experiencia nazi* (1984, ps.305-307) y *los retrasados mentales y la Segunda Guerra Mundial* (ps.309-313). Sin embargo, dada la transcendencia de estos acontecimientos (al menos, eso es lo que pensamos, que la tienen, y mucha, y muy grande), nos ha parecido oportuno *revisar* las referencias utilizadas por Scheerenberger, razón por la que, dicho sea de paso, citaremos las fuentes que hemos podido localizar, amén de las que hemos encontrado por nuestra cuenta. Ahora bien, esta revisión no empeece nuestro reconocimiento y consideración al **maestro** que nos ha puesto en la pista de tales acontecimientos, Scheerenberger.

nes, a los deficientes no les cabe distinta suerte que a los alienados, como bien puede apreciarse en la exposición de tales acontecimientos. Esta «*matanza eutanásica de incurables y deficientes mentales*» (42), se lleva a cabo a través de una serie de pasos escalonados que vamos a describir desglosándolos en siete apartados. En el primero de ellos, vamos a tratar su *fundamento* y antecedente remoto; en el segundo, la *orden* que pone en marcha el programa; en el tercero, su *fase inicial*; en el cuarto, su *fase sistemática*; en el quinto, las *pruebas eclesiásticas* que provocan la suspensión del programa; en el sexto, su *continuación*; en el séptimo, finalmente, el *balance* de todos estos crímenes poco conocidos pero no por ello menos abominables. Vayamos con la pormenorización de cada uno de estos apartados.

En primer lugar, en el **Mein Kampf**, publicado en 1924, se encuentra el *fundamento* de esta execrable política de exterminio. Así, Hitler dedica a la *mejora de la raza* unos párrafos rotundos que no permiten dudas:

«El estado popular ... hará de la raza el centro de toda la vida. Pondrá buen cuidado en conservar su pureza ... Pondrá los más modernos adelantos de la medicina al servicio de esta idea. Declarará no aptos para la reproducción a todos los que presenten una enfermedad manifiesta en cualquier forma o que hayan heredado un trastorno y puedan por tanto transmitirlo y tomará medidas prácticas para que se cumplan sus designios ... Quienes sean física y mentalmente insanos o débiles no tienen derecho a perpetuar sus sufrimientos en la carne de sus hijos ... Si se negase la facultad y oportunidad de procrear a los físicamente degenerados y mentalmente enfermos durante un período tan sólo de seiscientos años, la humanidad se vería libre no solamente de una enorme desgracia, sino que se recuperaría en un grado que es difícil de imaginar en la actualidad» (ps.446-448).

Como se ha de comprobar de inmediato, la cuestión va mucho más allá de la negación de la facultad y oportunidad de procreación.

En segundo lugar, el antecedente inmediato, una breve *nota* de Hitler pone en marcha la maquinaria que conduce a la eliminación de millares de inocentes. En efecto, una escueta *carta* de Hitler, escrita en octubre de 1939, pero fechada en el primer día de la guerra, y dirigida al jefe de su cancillería y de su personal médico proporciona las bases legales para tal programa. En tal *orden* queda

(42) Grunberger (1971, p.32).

autorizada la «liberación» mediante la *eutanasia* de las personas aquejadas de *enfermedad incurable*. La *carta*, que tomamos de Remak (43), dice así:

«Adolf Hitler Berlín, 1 de septiembre, 1939
 Reichsleiter Bouhler y Dr. Brandt
 son autorizados a ampliar las responsabilidades de los médicos que han de asignarse, de manera que los pacientes cuya enfermedad, de acuerdo con la más estricta aplicación del juicio humano, sea incurable, se les conceda la liberación por vía de la *eutanasia*».

En tercer lugar, la fase inicial del programa consiste en la **muer-
te por inanición**. Se trata de una etapa relativamente poco sistemática, en la que se retiene la comida y se deja morir de hambre a los enfermos y deficientes mentales internos en instituciones psiquiátricas.

En cuarto lugar, la fase sistemática, el programa más organizado y metódico, el **Aktion T4**, comienza a partir de octubre de 1939.

Su primer eslabón consiste en el envío de *cuestionarios informativos* a todos los hospitales e instituciones, con la siguiente finalidad:

«Se tenía que informar de todos los pacientes que padecieran esquizofrenia, epilepsia, encefalitis y muchas otras enfermedades. También había que informar de los pacientes que hubieran estado internos en una institución más de cinco años, de los que fueran trastornados delincuentes, de los que no fueran alemanes de nacionalidad o de los que no tuvieran sangre alemana o no estuvieran emparentados con alemanes (44).

Es decir, los criterios de selección son bastante amplios e imprecisos (45). Los *física y mentalmente insanos, débiles o degenerados*, se convierten en un amplio abanico de *enfermedades y deficiencias incurables* con el *agravante de permanencia prolongada en institución, peligrosidad social o sangre extranjera*. No ha de transcurrir mucho tiempo para que tales criterios se amplíen aún más, se añadan las *convicciones antigermánicas* y se extiendan a *gitanos, judíos, etc.*

(43) Remak (1969, ps.133-134).

(44) Remak (1969, p.135).

(45) Remak (1969); Grunberger (1971); Scheerenberger (1984).

De resultas de tales identificaciones, se procede al *examen directo* de las personas con sospechas de padecer alguna de estas enfermedades incurables. Equipos de médicos recorren el país explorando a los pacientes. No obstante, la decisión final la toma en Berlín un equipo de cuatro médicos expertos.

El siguiente paso consiste en el *traslado* de los pacientes así seleccionados desde sus instituciones a los campos y prisiones preparados al efecto.

«Allí, a principios de 1940, fueron asesinados. Los niños fueron asesinados en su mayoría con inyecciones, los adultos con gas. Las más importantes instituciones involucradas fueron Hadamar, cerca de Limburgo, en donde aproximadamente unos 20.000 fueron conducidos a la muerte; el castillo de Grafeneck, la prisión de Brandeburgo, Bermburgo en Sajonia, el castillo de Hartheim cerca de Linz, y Sonnenstein en Sajonia. En cada una de ellas, salvo en Grafeneck y Brandeburgo, que operaron tan sólo brevemente, la tasa de asesinatos fue aproximadamente la misma que en Hadamar» (46).

La suma resultante de esta primera fase del programa, el **Aktion T4**, supera con creces los 70.000, cuestión sobre la que existe cierto consenso (47).

A continuación, se informa por *carta a la familia* de que el paciente ha sido trasladado aduciendo motivos ligados a la guerra. Después, se vuelve a cursar otra carta comunicando su muerte repentina e inesperada, añadiendo que por peligro de enfermedad contagiosa en el campo se procede a la inmediata cremación del cadáver. Si la familia desea recibir los restos del paciente puede solicitar por escrito, en el plazo de dos semanas, su envío indicando el cementerio al que desea se le remita la urna.

En quinto lugar, la **protesta eclesiástica** obliga a la suspensión del programa. En efecto, las características y consecuencias del programa hacen difícil e imposible que se mantenga en secreto (48).

(46) Remak (1969, p.135).

(47) Remak (1969); Grunberger (1971); Scheerenberger (1984); Postel et al. (1987).

(48) «A una familia se le enviaron dos urnas por descuido, mientras que a otra se le mencionó como causa de muerte, en el caso de un paciente que había sufrido una apendicectomía diez años antes, una apendicitis aguda» (Remak, 1969, p.139).

Los rumores comienzan a tomar cuerpo ante lo cual varios miembros del clero, tanto protestante como católico, presentan algunas demandas privadas. Ahora bien, la protesta de mayor alcance y eficacia tiene lugar el domingo 3 de agosto de 1941, en Munster, Westfalia, protagonizada por el cardenal Clemens Count Galen:

«Fue, de hecho, el exterminio de enfermos incurables y deficientes mentales lo que suscitó la protesta episcopal más efectiva contra las acciones del régimen nazi. En un sermón en la iglesia de San Lamberto de Munster el cardenal Galen reveló públicamente los hechos del programa supersecreto de eutanasia, cuando gritó: "¡Ay de la nación alemana, cuando no sólo los inocentes pueden ser asesinados, sino que sus asesinos quedan sin castigo". A partir de ahí, se propagan, de palabra y mediante publicaciones clandestinas, detalles de la eutanasia de unos 70.000 pacientes. El resultado de la revelación fue tal, que a las pocas semanas del sermón de Galen una orden del Führer interrumpió el programa de eutanasia temporalmente ... Deseoso de no hacer mártires entre los líderes bien conocidos de la iglesia, el régimen no tomó ninguna medida contra Galen, pero, significativamente, ejecutó en Lübeck a tres sacerdotes católicos que habían distribuido el texto del sermón de Galen entre los soldados» (49)

Como consecuencia de tales denuncias y de su eco popular, el 23 de agosto de 1941 Hitler ordena la interrupción de las ejecuciones.

En sexto lugar, a pesar de tal suspensión, una nueva fase del programa, el **Aktion 14 F 13**, continúa poco después aunque de forma más solapada. Por un lado, algunos médicos prosiguen bajo su propia iniciativa el exterminio de enfermos y deficientes por inanición en la mayoría de los casos y mediante drogas en algunos pocos. Pero, por otro lado, comienza un proyecto para desembarazarse de los campos de concentración y trasladarlos al Este y eliminar a los indeseables física y socialmente, como describe Remak (1969, p.141):

«El proyecto, cuyo código era *Aktion 14 F 13*, fue responsable de la muerte de una población estimada en unos 20.000. Sus criterios de selección fueron aún más generosos: "convicciones antigérmicas" y "tendencias fuertemente psicopáticas" ponían a

(49) Grunberger (1971, p.451).

una persona en la lista de muerte. También los judíos estaban entre las víctimas».

En último lugar, una vez descritas las distintas fases de esta *experiencia nazi*, nos queda el balance de lo ocurrido. Por lo que se refiere a la cantidad global de inocentes sacrificados bajo estas circunstancias, también hay consenso en la cifra aproximada de unos **cien mil** enfermos y deficientes asesinados por los nacional-socialistas (50).

Finalmente, en lo que respecta a la concepción de la deficiencia, se produce una funesta amalgama de lo visible, lo débil, lo insano, lo incurable, lo degenerado, lo heredado, lo transmisible, lo socialmente indeseable o peligroso, etc. Evidentemente, estas prácticas están en el polo opuesto a la idea de *modificabilidad*. Pero hay más, está presente la idea de *peligro*, de *nocividad*, de algo perjudicial, de algo de lo que hay que defenderse eliminándolo a cualquier precio y de cualquier forma. En suma, esta experiencia se sitúa en el polo más extremo de las actitudes negativas y constituye una de las prácticas de máxima brutalidad y crueldad de la historia de la humanidad.

* * *

Por lo que concierne a la **experiencia norteamericana**, la *participación activa* de los deficientes en la contienda se desarrolla a través de una serie de etapas escalonadas que vamos a describir desglosándolas también en siete apartados. En el primero de ellos, vamos a abordar la *entrada* en la guerra; en el segundo, el *proceso de selección*; en el tercero, los *criterios de selección*; en el cuarto, la *respuesta de los deficientes*; en el quinto, la revisión de los *informes sobre resultados*; en el sexto, el *reingreso* en las instituciones; en el séptimo, finalmente, el *balance* de toda esta situación de emergencia. Comencemos de inmediato con la pormenorización de cada uno de estos apartados.

En primer lugar, la **entrada** de los EEUU en la guerra supone para la sociedad norteamericana una situación de *emergencia social* que requiere una movilización general de todos los recursos, inclui-

(50) «Aproximadamente unos cien mil enfermos mentales fueron asesinados» (Remak, 1969, p.133). «Más de 100.000 personas minusválidas fueron asesinadas» (Bintig 1981, p.316).

dos los humanos. De esta movilización tampoco están excluidos los deficientes (51):

«La guerra unió al país más que ninguna otra causa anterior y por entonces se suponía que todo el mundo, retrasados mentales incluidos, había de sumarse de buen grado al esfuerzo bélico. A diferencia de lo que ocurrió en la primera guerra, en ésta los grupos profesionales no se opusieron a que los retrasados sirvieran a su país».

En segundo lugar, previamente a la movilización se pone en marcha un **proceso de selección**, el *Sistema Nacional de Servicio Selectivo*. El mayor Donald E. Baier explica las pretensiones y finalidad de tal *servicio selectivo*:

«En suma, el ejército está haciendo lo mejor posible para identificar y clasificar a los hombres de capacidad limitada que están sometidos al servicio selectivo con el fin de aceptar al servicio militar a todos aquellos que sean capaces de aprender a realizar cualquier trabajo militar para el que estén capacitados, de proporcionarles un entrenamiento especial más amplio que el requerido por la mayor parte de los demás reclutas, de controlar su número en cualquier unidad para protegerlos de sí mismos y de sus camaradas, y para rechazar sólo a aquellos que no consigan alcanzar las normas mínimas de eficacia. El ejército está haciendo todo lo posible para garantizar a las personas de capacidad limitada el privilegio de aportar su contribución al feliz desenlace de la guerra en que todos estamos comprometidos» (Baier, 1943, p.66).

El proceso selectivo es complejo (52). El *Sistema Nacional de Servicio Selectivo*, con carácter previo, recomienda a todos los organis-

(51) Scheerenberger (1984, p.310).

(52) El *Sistema Nacional de Servicio Selectivo (National Selective Service System)*, en lo referente a la detección de deficientes, se articula mediante los siguientes organismos establecidos en cuatro niveles. En primera instancia, en cada estado, una *Administración del Servicio Selectivo del Estado (State Selective Service Administration)*, de la que dependen las *Juntas Locales de Reclutamiento (Local Draft Boards)* y los *Centros de Reclutamiento (Induction Center)*. En segunda instancia, los *Centros de Recepción (Reception Centers)*. En tercera instancia, los *Centros de Entrenamiento de Reemplazos (Replacement Training Centers)*, de los que dependen los *Campos de Entrenamiento (Training Camps)*, para los reclutas ya admitidos y, para los dudosos, los *Campos de Entrenamiento Básico (Basic Training Camps)* y las *Unidades de Entrenamiento Especial (Special Training Units)*. En cuarta instancia, por último, los *Hospitales de la plaza o posición (Station Hospitals)* y los *Hospitales generales (General Hospitals)* [Menninger (1943); Frankel (1944); Weaver (1946)]. Para la selección de discapacitados físicos el procedimiento es similar [Lassiter, Lassiter y Gandy (1987b)].

mos locales implicados que pongan especial cuidado en revisar el historial médico y social, de suerte que sean aceptados los aspirantes considerados capaces de adaptarse a situaciones de estrés y rechazados aquellos otros en los que se aprecie fehacientemente incapacidad física o mental de adaptación a las responsabilidades exigibles en el servicio militar. En primera instancia, las *Juntas Locales*, distribuidas por todo el territorio de la Unión, inician el proceso selectivo, proceden a obtener la información preliminar y llevan a cabo un examen más detallado en algunos casos (53). Estos organismos locales sólo pueden rechazar a personas con dificultades físicas o psíquicas muy obvias y evidentes. A continuación, los candidatos son enviados a los *Centros de Reclutamiento*, en los que durante uno o dos días se les entrevista a fondo, se les aplica un *test de lectura* y se les realiza una *exploración física* completa (54).

En segunda instancia, el *Centro de Recepción* acoge, durante un mínimo de una semana, a aquellos candidatos que han sido aceptados en los *Centros de Reclutamiento*, con la pretensión de asignar a cada recluta las tareas más adecuadas en función de sus capacidades (55). Si el sujeto no parece un candidato adecuado por presen-

(53) La tarea principal de las *Juntas Locales de Reclutamiento* estriba en la confección de una *tarjeta de identificación (social record card)* para cada aspirante con toda la información relativa a datos personales, antecedentes familiares, escolares, profesionales y sociales. Dicha *tarjeta* se envía para su cotejo a diversas agencias, tanto del estado como de otros estados e incluso federales, donde se controla la existencia de hospitalizaciones previas, internamientos en instituciones mentales, correccionales, etc., etc. (Frankel, 1944).

(54) En los *Centros de Reclutamiento*, también diseminados por todos los estados pero gestionados directamente por el ejército, son rechazados muchos deficientes. En efecto, si se detectan problemas de lectura, se aplica el *Test de Capacidad Mínima para la Lectura y la Escritura (Minimum Literacy Test)*; si no se obtiene la puntuación mínima, se utiliza el *Test de Clasificación Visual (Visual Classification Test)*; si no se alcanza el nivel mínimo, se lleva a cabo una *conferencia* con el psicólogo; los sujetos que no superan estos controles son rechazados. La *exploración física* tiene, como una de sus partes más importantes, un *examen neuropsiquiátrico*. En el caso de los deficientes mentales, el psiquiatra puede solicitar una revisión por el psicólogo. En este *examen psicológico* normalmente se pasan las *Escalas de Wechsler*, el *Terman-Merrill* o el *Test de emergencia de Kent (Kent Emergency Test)*. Hasta este nivel, en consecuencia, los *criterios usuales de diagnóstico* son «nuestros tests de lectura y de clasificación visual y el juicio clínico del psicólogo y, en última instancia, del psiquiatra», criterios con los que se evita la entrada en el ejército de deficientes mentales graves (Menninger, 1943, p.57). En todo el proceso selectivo participan cerca de *dos mil psicólogos*.

(55) En el *Centro de Recepción* se les entrevista en profundidad para completar su historial educativo, profesional y social; a continuación se les aplica el *Test de Clasificación General del Ejército (Army General Classification Test, AGCT)* y algún otro test de

tar problemas de personalidad o por sospechas de deficiencia mental se prosigue la exploración en la siguiente instancia, la tercera, los *Centros de Entrenamiento*. Estos centros reciben a todos los reclutas. Los aceptados pasan a los *Campos de Entrenamiento*, en los que se les imparte formación específica para tareas concretas, artillería, infantería u otras actividades. A los candidatos dudosos se les envía a un *Campo de Entrenamiento Básico*, siendo asignados a una *Unidad de Entrenamiento Especial*, donde se les imparte un *programa de entrenamiento especial* durante doce semanas a cargo de personal especializado (56). La mayoría responde adecuadamente a este tipo de *programa de adiestramiento especial* (57) y tan sólo unos cuantos son rechazados como consecuencia de su deficiencia (58).

Amén de lo hasta aquí descrito, existe otra comisión, un *panel psicológico* formado por acreditados psicólogos, cuyas funciones estriban en la *revisión* de aquellos casos evaluados en las juntas locales y cuyos resultados psicométricos no ofrezcan garantías de validez (59).

capacidad mecánica (Menninger, 1943; Weaver, 1946). Con tal *examen psicométrico* «no se pretende excluir del ejército a los deficientes mentales. Lo que sobre todo se intenta es ayudar en la clasificación y asignación de los reclutas al tipo de servicio para el que sean más adaptables» (Frankel, 1944, p.72).

(56) Cada sujeto está bajo la supervisión de un *consejero educativo* y de un *psiquiatra*, que cuenta con un *equipo de psicólogos*. En este momento, el candidato vuelve a ser entrevistado, se le administran más tests, entre otros el *Kent Emergency Test*. También, en algunos casos, recibe *psicoterapia*, en otros se le vuelve a pasar tests. El *programa de entrenamiento especial* incluye media hora diaria de entrenamiento en tareas básicas del ejército y ocho horas diarias de *entrenamiento especial*, que incluyen clases de inglés, lectura, escritura, coordinación muscular y otras tareas especiales. Los candidatos pueden ser rechazados por discapacidad física, problemas de conducta, deficiencia mental, etc.. Además en cuarta instancia, cada campo dispone de un *Hospital de la plaza*, o de un *Hospital general*, al que se puede enviar aquellos otros sujetos que requieren algún tipo de tratamiento especializado, en particular por problemas de conducta o de personalidad o deficiencia mental (Menninger, 1943).

(57) Como así atestiguan Wittson, Harris y Hunt (1943); Menninger (1943); Frankel (1944); Scheerenberger (1984). Ahora bien, Butler (1945, p.296) sugiere una mejor y más rápida adaptación al programa por parte de los deficientes institucionalizados que por parte de «aquellos otros que no recibieron tal tipo de entrenamiento y disciplina».

(58) Más en concreto, Frankel (1944, p.72) menciona un 5% *licenciado por deficiencia* y un 1,8% adicional diagnosticado con una edad mental inferior a nueve años, por lo que se le asigna a servicios especiales. A su vez, Menninger (1943, p.60) ofrece datos de 570 candidatos enviados a este tipo de programas, de los que «un porcentaje elevado» es declarado retrasado mental, un 45% destinado a tareas normales, otro 45% a tareas especiales no cualificadas, y el 10% restante es rechazado.

(59) En Nueva Jersey se revisan 140 casos rechazados por bajo rendimiento en los tests; el 12% alcanza una edad mental de 13 o más años y en torno a la mitad

Es decir, tal *servicio adicional voluntario* permite la *rectificación en instancia superior* de los posibles errores cuando hay razones para sospechar que la capacidad intelectual de una persona rechazada pueda ser superior a la diagnosticada en la instancia anterior y, en consecuencia, garantiza el derecho a no ser excluido del servicio militar por los fallos de los tests o por juicios psicométricos erróneos.

No podemos evitar un comentario sobre este *panel psicológico* que actúa como *instancia adicional para revisión de reclamaciones* y que implica, en definitiva, que se pueden rectificar los fallos de los tests. ¡Con qué facilidad se revisan los diagnósticos para ir a la guerra! ¡Cuánto nos hubiera gustado encontrar esta misma facilidad y rapidez en la revisión de similares juicios psicométricos erróneos en otras muchas ocasiones y por otros muchos motivos y causas! ¡Cuánto nos gustaría que esta práctica fuese algo normal, usual y generalizado!

En tercer lugar, respecto a los **criterios** utilizados para detectar deficientes mentales, resulta curioso constatar cómo los *expertos adecúan los criterios de selección* a las necesidades de la situación de emergencia (60). Así, en esta ocasión el ejército de tierra rebaja tales criterios a *ocho años de edad mental* mientras que la marina los mantiene en *diez años* (61). Es más, el programa selectivo hace hincapié, al margen del *buen estado físico*, en las *capacidades de adaptación* a las necesidades del servicio militar, capacidades que incluyen *inteligencia general, destreza motriz, saber leer y escribir y «tenacidad»*, que a su vez supone una combinación de *resistencia física y neuromuscular con estabilidad emocional* (62). Pues bien, inicialmente los especialistas esperaban rechazar a los casos más graves, *imbéciles e idiotas*, y enviar a los más capaces, *morones y borderline*, a las juntas consultivas para concretar mediante examen psicométrico su aceptabilidad para el servicio militar. Pero, más adelante, se acepta a todos aquéllos

obtiene edades mentales suficientemente altas para su aceptación, por lo que estos candidatos «están siendo reexaminados y aproximadamente uno de cada cuatro está siendo reclutado» (Frankel, 1944, ps.73-74).

(60) Como ya se ha dicho, la *definición de deficiencia mental* vigente por entonces gira en torno al *concepto tripartito*, que habla de *inadaptación social* debida a una *baja inteligencia* cuyo desarrollo se haya detenido. Los niveles o grados son *idiotas* (CI inferior a 25), *imbécil* (a 50), *morón* (a 70) y *borderline* o *caso límite* (a 80). Por *baja inteligencia*, a efectos prácticos, se acepta una *edad mental* oscilante entre nueve y once años (Scheerenberger, 1984, p.260).

(61) Hunt, Wittson y Jackson (1944); Scheerenberger (1984).

(62) Doll (1944, ps.65-66).

«que puedan comprender órdenes sencillas en inglés, con independencia de su capacidad para leer y escribir ... y se requiere una edad mental mínima de diez años. Sin embargo, se presta atención también a factores de personalidad, de suerte que algunos candidatos alfabetizados pero con una edad mental un poco más baja pueden conseguir su aceptación» (63). En este mismo sentido, «no se pretende excluir a aquellos sujetos que presenten un grado medio de retraso pero que, a causa de su estabilidad o de su buena condición física, puedan convertirse en buenos soldados. Hay muchas oportunidades en el ejército en las que tales hombres pueden hacer valiosas contribuciones» (64).

Como puede apreciarse, los *criterios de selección*, estrictos y severos antes de la contienda, se van adaptando y acomodando progresivamente a la urgencia de la situación. A la postre, el deficiente mental, con independencia *casi* de su nivel intelectual y de los años que haya pasado interno en una institución, va a ser admitido en el ejército con tal de que sea capaz de comprender órdenes sencillas en inglés, de que sea *tenaz y estable*, vale decir que no presente problemas de conducta, y de que tenga una *buena condición física*. Con tal bagaje, *cualquier deficiente puede tener la oportunidad de hacer valiosas contribuciones*.

A pesar de la complejidad del proceso selectivo, se logra un ritmo de alistamiento de 10.000 personas diarias y se examina a más de doce millones de reclutas (65). Como resultado de esta selección, en especial como correlato de tal *adecuación de criterios*, el índice de rechazo inicial, durante el primer año, se sitúa en un 5,52% por razones de *deficiencia educativa* y tan sólo un 1,18% por causas de *deficiencia mental*, porcentaje que se desglosa en un 0,42% de *morones, imbéciles o idiotas* y un 0,76% de casos *inespecíficos*; la tasa de rechazo para las *deficiencias y trastornos mentales* es de un 1,6% (66). A lo largo de toda la guerra, un total de 716.000 personas de edades comprendidas entre 18 y 37 años son rechazadas por apreciárseles *deficiencia mental* (67). Los rechazos por causas *nerviosas o mentales* oscilan entre un 10 y un 12%; los debidos a causas *educativas*, es decir, analfabetismo, ausencia de conocimiento

(63) Frankel (1944, p.72).

(64) Menninger (1943, p.57).

(65) Menninger (1943, p.55); Scheerenberger (1984, p.310).

(66) Frankel (1944, p.71).

(67) Ginsberg y Bray (1953, p.41), citados por Scheerenberger (1984, p.310).

de inglés o educación insuficiente, fluctúan entre un 3 y un 4% en muestras nacionales, mientras que en los estados del sur pueden alcanzar cotas entre un 9 y un 15% (68).

En cuarto lugar, por lo que concierne a la **respuesta de los deficientes**, en general es de adaptación a las exigencias de la situación de emergencia en sus diversos frentes, es decir, tanto participando *directamente* en la guerra como ocupando los puestos de trabajo que quedan libres en el *frente interior* (69).

Tal respuesta de adaptación resulta *inesperada* y hasta *sorprendente*, como queda reflejado en las siguientes afirmaciones de Bassett (1944, p.75), que no parecen afectadas por el *paso del tiempo*:

«La mayoría de las personas ... no están enteradas de que la conducta de los deficientes mentales se parece a la de las personas normales en muchos aspectos. Consideran a los que han sido internados en instituciones como una carga para la sociedad y desde luego incapaces de hacer algún tipo de contribución equivalente a las del ciudadano medio. Para tales personas debe resultarles sorprendente que los deficientes hayan tenido una participación clara y definida en el esfuerzo de la presente guerra.

Es más, alguna de las aptitudes que el deficiente ha mostrado bajo el estímulo del esfuerzo bélico puede incluso sorprender a aquellos que han estado estrechamente relacionados con él durante el menos estimulante período anterior a la guerra».

El carácter *sorprendente* de tal aportación, incluso para los expertos, queda también patentizado en la siguiente afirmación de Yepsen (1945, p.29):

«Actualmente, un considerable número de chicos y chicas subnormales están ocupando puestos decisivos para el esfuerzo bélico. Muchos educadores, tanto de instituciones para subnormales como de escuelas públicas, se han visto sorprendidos y encantados con la forma en que los deficientes instruidos se adaptan a la vida en sociedad durante los años de la guerra. Pero esta adaptación no ha sido accidental ... Una vez más hemos descubierto que el niño deficiente no tiene por qué ser un adulto inútil.

(68) Menninger (1943, p.58).

(69) *Los demás discapacitados*, en especial los físicos, también son requeridos y participan activamente en los distintos frentes de la contienda (Lassiter et al., 1987b).

Está sirviendo bien a su país en los diversos teatros de la guerra, en las industrias, en las granjas y en el frente interior».

Tal respuesta de adaptación supera con creces las *predicciones* de Doll (1944, p.67), quien pronostica que tan sólo el 10% de los deficientes mentales cumpliría con las *capacidades de adaptación* requeridas por las necesidades del servicio militar. Sin embargo, Scheerenberger es rotundo a la hora de valorar el rendimiento de los deficientes:

«Según diversos estudios de seguimiento de retrasados mentales aceptados al servicio, en su mayoría antiguos internados en instituciones, casi todos ellos se conducen correctamente» (Scheerenberger, 1984, p.311).

Por nuestra parte, amparados por el beneficio de la *lejanía temporal*, también *física*, y dado que las fuentes son variadas y dispersas, optamos en quinto lugar por la revisión de los **informes sobre resultados** disponibles, que vamos a dividir en informes sobre *participación directa* en el servicio militar activo, sobre trabajo *fuera de la institución* y sobre trabajo *desde la institución*.

a. Informes sobre participación directa en la guerra

Robert H. Haskell y Alfred A. Straus (1943) dan cuenta de un *informe* sobre 100 antiguos *internos* reclutados o alistados voluntariamente en el ejército (70). Los resultados de este estudio, confeccionado en base a la información aportada por las familias, no pueden ser más elocuentes. De los 84 soldados localizados tras un mínimo de seis meses y un máximo de varios años de servicio activo en la contienda, el 88%, 74 sujetos, cumple perfectamente con sus deberes militares, un 31% de los cuales, 23 *deficientes*, consigue algún ascenso (71).

(70) Estos deficientes mentales que dejan el centro, el *Wayne Country Training School*, Northville, Michigan, para enrolarse en el ejército no difieren de otras muestras de la población institucionalizada en distintas variables relevantes, como problemas de conducta antes del internamiento, años de internado, CCI, nivel escolar alcanzado, adaptación social, etc. A mayor abundamiento, el *tiempo transcurrido en la institución* por este grupo de combatientes oscila entre un mínimo de 8 meses y un máximo de 12 años y 10 meses, con un promedio de 4 años y 5 meses de internado; respecto a la *distribución* de los CCI, 1 caso presenta un CI inferior a 50, concretamente 48; el 8% entre 50 y 59; el 42% entre 60 y 69; el 35% entre 70 y 79; el 14% restante CCI superiores a 80 (Haskell y Straus, 1943, p.68).

(71) De los 74 que prestan servicios adecuados, el 51% sirve en el ejército de tierra, el 19% en la marina de guerra o mercante, el 4% en infantería de marina,

El informe de Dorothy M. Bassett (1944) también es elocuente. En una de las cinco instituciones especializadas para deficientes de Nueva Jersey se contabilizan 104 sujetos alistados, cuyo rendimiento en el servicio militar es calificado de la siguiente forma: 40 pupilos, *buen rendimiento seguro*; 45, *buen rendimiento probable*; 11, *dudas sobre rendimiento*; 8, *fracaso constatado*.

Arthur Whitney y Mildred MacIntyre (1944) publican un informe sobre antiguos alumnos de la *Elwyn School* que también es ilustrativo. La información proviene de las respuestas a las cartas que se envían a los alumnos que dejan el centro durante los últimos quince años y que están en edad militar en la fecha del estudio. A dicha petición de información responden mediante correo 72 sujetos, el 50% (72). De estos 72 reclutas aceptados por el ejército, 61, el 85%, permanecen en servicio activo, algunos obtienen algún ascenso, mientras que 11, el 15%, son licenciados.

Thomas R. Weaver (1946) es autor de otro interesante informe, en este caso sobre 8.000 deficientes enrolados en el ejército, la mayoría de los cuales con CCII inferiores a 75. El 56% de los varones y el 62% de las mujeres es clasificado dentro del grupo que no ofrece problemas de adaptación o los presenta de forma tan esporádica que no enturbian su rendimiento en el servicio. Por contra, el 44% de los varones y el 38% de las mujeres padece problemas graves de adaptación, por lo cual son licenciados; entre tales problemas se incluyen *incapacidad* debida a la propia deficiencia mental, *psicopatología*, *conducta antisocial* y *otros trastornos*. Vale la pena reproducir el párrafo final de este estudio:

«A la luz de nuestro estudio, sugerimos la conclusión de que una sociedad y una industria en épocas de paz no pueden considerar por más tiempo al deficiente mental como inútil. Si más de la mitad del grupo estudiado mostraron una adaptación satisfactoria; si utilizaron sus recursos hasta un grado máximo para el éxito en el entorno anormal del servicio militar. ¡qué potencial de mano de obra regresa ahora a la vida civil! Esperamos que la sociedad y la industria puedan reconocer la importancia de com-

el 7% en las fuerzas aéreas y el 7% restante en sanidad. Por contra, tan sólo 9 exinternos tienen que ser licenciados, 4 por razones médicas y 5 por condena. Un sujeto fallece en el hospital (Haskell et al., 1943, p.70).

(72) Se dispone de información previa de 65 de estos 72 sujetos, cuyos CCII oscilan entre 46 y 91, con un promedio de 69,4 (Whitney y MacIntyre, 1944, p.80).

prender, reforzar y utilizar hasta el extremo a un ser humano cuyos valores han sido considerados hasta ahora detalles prescindibles» (Weaver, 1946, p.246).

Finalmente, disponemos de un *informe* de F.O. Butler (1945) sobre 147 casos incorporados a los deberes militares (73). Los resultados se basan en la información obtenida hasta finales de 1944, razón por la que este informe carece de datos sobre adaptación de la mayoría, destacando tan sólo una adaptación satisfactoria para el 29% de los sujetos. No obstante, volveremos sobre este estudio, dado que proporciona noticias sobre *otros frentes de la guerra*.

En cuanto a las *causas constatadas de los fracasos* en el servicio militar, en el *informe* de Haskell y Straus se habla de cuatro exinternos licenciados por *razones médicas* y cinco por *condena*. En el *informe* de Bassett no se especifican las causas del *fracaso constatado* de ocho casos. En el de Whitney y MacIntyre los sujetos licenciados lo son por *heridas en combate*, *psiconeurosis* e *incapacidad física*, mientras que la *incompetencia* relacionada con la deficiencia mental tan sólo afecta a cuatro casos. A su vez, en el *informe* de Weaver, los problemas de adaptación abarcan desde *incapacidad* a *psicopatología*, *conducta antisocial* y *otros trastornos*; la *incapacidad* debida a la propia deficiencia mental se detecta en un 8% de sujetos *blancos* y en un 25% de personas *de color*. Para terminar, en el *informe* de Butler se habla de sujetos que son licenciados por *inutilidad* y otros tras *revisión psiquiátrica*. En suma, como señalan Whitney y MacIntyre (74), no es el nivel intelectual del deficiente el responsable de su adaptación al servicio militar. Al respecto, Scheerenberger es más tajante al excluir la deficiencia mental de entre las *causas constatadas de fracasos*:

«Las principales razones de fracaso fueron de comportamiento más que intelectuales. Mientras que el 35,3 % de los hombres ... fueron rechazados por conducta inadecuada, como desertión, ausencia sin permiso o consejo de guerra, sólo un 19,6 por ciento

(73) Estos 147 chicos son alumnos de la *Sonoma State Home*, Eldridge, California. De ellos, 106, el 72%, prestan servicio en tierra; 20, 14%, en la marina; 6, 4%, en los *marines*; 15, 10%, en la Guardia Nacional; el 90% presenta CCI entre 50 y 79, mientras que el resto puntúa por debajo (Butler, 1945, ps.296-297).

(74) «Al parecer, no es el nivel intelectual o escolar de cada chico el que determina su utilidad para las fuerzas armadas, sino en su lugar los rasgos y características personales que ha desarrollado durante su período de maduración» (Whitney y MacIntyre, 1944, p.83).

lo es por funcionamiento intelectual incorrecto. En esencia, la adaptación a la vida militar es más consecuencia del carácter que de la inteligencia o de los resultados pedagógicos» (Scheerenberger, 1984, p.311).

b. Informes sobre trabajo fuera de la institución

Los deficientes también colaboran en los otros frentes de la contienda, en especial en las *industrias de guerra*. Es decir, desde el *frente interior* se producen otras aportaciones no menos relevantes, aportaciones que quedan claramente remarcadas por Scheerenberger (1984, p.312):

«Los jóvenes deficientes mentales no sólo cumplieron a plena satisfacción con sus obligaciones militares, sino que también se convirtieron en obreros industriales eficaces, sorprendiendo con frecuencia agradablemente a sus educadores ... La escasez de mano de obra y la situación de emergencia se combinan para abrir las puertas del trabajo a los deficientes mentales, para los que antes habían permanecido cerradas».

El ya mencionado *informe* de Butler (1945, p.298) da cuenta de 399 alumnos que entre septiembre de 1942 y diciembre de 1944 desempeñan gran variedad de empleos, incluyendo participación en industrias directamente relacionadas con la contienda, como fabricación de material y equipamiento de guerra. Butler también especifica la aportación de aquellos otros deficientes que no consiguen ocupación en la industria bélica: trabajan en otras empresas igualmente decisivas para la marcha del conflicto armado. Así, los que presentan CCII superiores a 50 se ocupan de una extensa gama de tareas y cometidos, trabajo en el campo, en la recolección de fruta, en hospitales, en el transporte, en plantas de embotellado, envasado, empaquetando objetos, como soldadores, escaladores, cargadores de muelle, electricistas, chapistas, peones de autobús, friegaplatos, cocineros de ferrocarril, dependientes, estibadores, marinos mercantes, etc., etc.. Pero es que también aquellos otros con CCII inferiores, concretamente entre 36 y 49, desempeñan una variada serie de ocupaciones, desde recolección de fruta y otras tareas agrícolas, hasta labores en tintorerías, en el servicio de vagones de ferrocarril, pinches de cocina en hoteles, etc., etc.

A su vez, el *informe* de Bassett (1944, p.76) presenta una detallada *descripción* de la contribución a los esfuerzos bélicos por parte

de los más de cuatro mil deficientes mentales internos en cinco instituciones especializadas en el estado de Nueva Jersey. La mayoría participa en prácticamente todos los oficios y actividades existentes e imaginables, como en granjas, en la crianza de cerdos, gallinas y ganado, en cultivos, en labores de recolección, de enlatado de conservas, de imprenta, de lavandería, en trabajo doméstico, como asistentes en bancos de sangre, colaboración en la Cruz Roja, confección de vendajes y otros elementos de enfermería, primeros auxilios, suplencias en industrias, compra de bonos de guerra, sellos y donativos, etc., etc.. De igual forma, en una de tales instituciones, en este caso para niños de nivel alto con programa de entrenamiento para la salida, el porcentaje de sujetos desinstitucionalizados durante la guerra es un 60% superior al usual en otros períodos.

Por último, el *informe* de Coakley (1945), que consideramos de sumo interés, presenta datos realmente ilustrativos sobre la contribución de 37 deficientes mentales a los esfuerzos requeridos por la guerra (75). En efecto, antes de la conflagración, durante 1940, tan sólo 8 de tales deficientes tienen un trabajo estable, mientras que durante la contienda todos ellos ejercen alguna actividad productiva en industrias de guerra y reciben la correspondiente *remuneración*, en algunos casos más que adecuada. Merece la pena ampliar y comentar estos datos. Como queda recogido en la **cuadro 12**, las dos personas que presentan CCII inferiores a 50 ocupan puestos de peonaje en fundiciones durante el conflicto; el primero de ellos tiene experiencia previa en trabajo estable en 1940, peón en cementerio, pero hay que tener en cuenta que ha sido diagnosticado como deficiente mental *imbécil* con un CI de 40 puntos. Pasando al siguiente nivel, ninguno de los diez deficientes mentales *medios* o *morones*, con CCII entre 50 y 59, dispone de trabajo estable en 1940, pero todos ellos desempeñan alguna actividad remunerada durante la guerra, desde trabajos no cualificados de empaquetado a opera-

(75) El informe analiza los puestos de trabajo desempeñados durante la contienda mundial por los 37 deficientes mentales *pupilos* de la *Junta de Asistencia Social* del Condado de Ramsey, Minnesota; dichos trabajos se desarrollan en industrias de guerra, concretamente en plantas de artillería, de fabricación de aviones, de preparación, empaquetado y reparto de alimentos, etc.; el estudio compara estos trabajos llevados a cabo durante la guerra con las ocupaciones de estos mismos 37 *pupilos* en 1940; también se tienen en cuenta la *edad*, el *sexo*, el *coeficiente intelectual*, los *años bajo tutela*, el *tipo* y la *duración* del empleo y el *salario* recibido. Como muestra el **cuadro 12**, la *edad* oscila entre 21 y 46 años; los *años bajo tutela*, entre 4.2 y 25.7, con una media de 6.2; finalmente, el grupo incluye 12 mujeres (Coakley, 1945, p.302).

dores de maquinaria, incluyendo un soldador, un barrenista y un conductor de tractor. De los otros veinte *morones*, CCII entre 60 y 69, tan sólo dos disponen de trabajo estable en 1940; por contra, todos ellos ocupan actividades productivas en época de hostilidades: cinco se convierten en operadores de maquinaria; cuatro realizan tareas de peonaje; uno trabaja como mecánico y otro como ayudante de mecánico; también hay quien acomete trabajos que requieren cierto grado de precisión y coordinación, *a priori* no propios de *morones*, como pintor de granadas o los tres que ejercen como montadores de poleas, de fusibles e, incluso, de balas; otro, por fin, cumple funciones de responsabilidad, *inspector de camiones*, curiosamente el que ha sido diagnosticado con un CI=61, uno de los más bajos de este grupo, y que ha estado bajo custodia y tutela por un período de diez años. Por último, en el grupo de los cinco casos *límite*, CCII entre 70 y 74, todos disponen de trabajo estable en 1940, dos también ocupan puestos de responsabilidad durante el conflicto, como *inspectores* en industrias de guerra, y los otros tres diversos trabajos. Coakley no encuentra relación entre el nivel intelectual, medido a través del clásico CI, y los *salarios*. Como curiosidad anecdótica pero interesante, amén del deficiente ya señalado que llega a *inspector de camiones*, hay otro caso, CI=66, con más de 12 años bajo custodia como deficiente mental, que en 1940 realiza trabajos esporádicos limpiando nieve, que a sus 31 años permanece activo durante 34 meses como operador de maquinaria en dos industrias de guerra; con los ingresos por tales empleos y con la ayuda de su mujer consigue ahorrar lo suficiente como para adquirir una vivienda e invertir en *bonos de guerra*.

c. Informes sobre trabajo desde la institución

Como ya se ha anticipado, hay más *frentes* para la participación de los deficientes. Así, en el mismo *informe descriptivo* de Bassett (1944) se ofrecen datos variados sobre otra modalidad de contribución activa por parte de los que permanecen internos en las instituciones. Por un lado, algunos salen durante la jornada laboral para desempeñar tareas productivas como trabajos domésticos, agrícolas, de recolección y enlatado, de fabricación de juguetes y regalos, de recogida de papel, ropa y residuos, de reparación de objetos, en el servicio de defensa aérea, etc.. Por otro lado, hay que destacar la *adaptación de las propias instituciones* a la situación de emergencia. Se trata de transformación en unos casos, ampliación o reconversión

HISTORIA DE LAS DEFICIENCIAS

CI	(76)	Trabajo en 1940	Edad	Trabajo durante la guerra	Meses
40	7.5	Peón en cementerío	37	Acarreando arena en fundición	24
46	8.9	Trabajo protegido	23	Tareas de laminado en fundición	36
50	13.0	Sin datos	26	Trabajos no calificados de empaquetado	18
53	4.2	Escolarizado	21	Carpintero en empaquetadora	36
54	19.5	Sin empleo	34	Trabajos no calificados de empaquetado	30
58	5.5	Trabajo protegido	28	Barrenista en planta de artillería	6
58	11.0	Sin empleo	29	Conductor de tractor para ferrocarril	6
58	12.0	Internado	46	Fabricación de moldes en fundición	18
58	6.2	Trabajo ocasional	37	Operador de maquinaria para enlatado	10
59	4.2	Escolarizado	21	Trabajos no calificados de empaquetado	36
59	7.2	Trabajo protegido	24	Soldador	18
59	6.3	Sin empleo	26	Operador de maquinaria planta artillería	36
60	12.5	Trabajo protegido	44	Carpintero mantenimiento planta artillería	
60	13.2	Desconocido	32	Operador de maquinaria planta artillería	12
61	5.7	Trabajo protegido	37	Rematador de cemento planta artillería	6
61	10.0	Internado	24	Inspector de camiones	6
61	14.5	Trabajo protegido	44	Ayudante de mecánico	6
62	15.0	Internado	21	Traslado de material planta de hélices	10
63	11.3	Trabajos sueltos	27	Peón en planta de artillería	
63	25.7	Peón fabricación ropa	34	Peón de ferrocarril	6
63	22.3	3 trabajos ocasionales	30	Operario en almacén	18
63	7.0	3 trabajos varios	21	Operador de maquinaria planta artillería	12
64	13.0	Trabajos ocasionales	34	Montador de piteas	54
64	8.0	Internado	26	Operador de maquinaria planta artillería	2
64	9.8	Camarera	29	Montadora de fusibles	30
64	4.7	Sin empleo	32	Peón de empaquetadora	22
66	12.8	Trabajo ocasional	31	Operador de maquinaria en dos plantas	34
66	7.0	Sin empleo	23	Pintor de granadas en planta artillería	6
67	4.5	Trabajo ocasional	35	Montador de balas en planta artillería	14
67	9.0	Trabajo protegido	45	Peón en planta de papel	24
67	5.0	Trabajo ocasional	22	Operador de maquinaria planta artillería	12
69	5.0	Trabajo protegido	34	Mecánico en planta de artillería	6
70	4.2	Trabajo doméstico	36	Operador de máquina planta fusibles	26
70	9.5	Empaquetado comestibles	30	Inspector en planta de fusibles	24
72	11.5	Peón empaquetadora	22	Peón en empaquetadora	60
73	15.7	Planchado lavandería	32	Inspector en planta de artillería	36
74	11.7	Peón en lavandería	37	Mantenimiento en planta de hélices	11

Cuadro 12.—Datos sobre *pupilos deficientes mentales*
(Tomada de Coakley, 1945, p.305).

(76) Años bajo tutela.

en otros, pasando por la intensificación de cultivos agrícolas, frutales, hortalizas, lácteos, la elevación de la producción, la extensión a otros cultivos, etc., etc., siempre en función de las necesidades de abastecimiento. En fin, desde el internado también se toma parte en el esfuerzo exigido a *todos* y los deficientes internos se ocupan de las tareas de mantenimiento de las instituciones, a las que hay que añadir otras, como las de enlatado de conservas, recuperación de desperdicios, defensa aérea, conservación y reparación de materiales, etc., etc.. En suma, el esfuerzo ante situación de tal grado de necesidad es tan considerable que lleva a Bassett a añadir aún más:

«Para mitigar la escasez y conseguir hacer el trabajo exigido por el esfuerzo bélico una institución informa de la colocación de niños de nivel bajo en puestos para los cuales habían sido considerados no aptos previamente. Otra utiliza niños de nivel alto como ayudantes de los profesores. Una tercera escribe: "Cada niño capaz de trabajar recibe algún tipo de cometido"» (Bassett, 1944, p.76).

El éxito en el trabajo, como en el caso de la adaptación a los deberes y exigencias militares, no depende de la inteligencia, sino de otras características personales, como la *seriedad*, *motivación*, etc. (Coakley, 1945, p.304).

En sexto lugar, el **reingreso** en las instituciones se hace patente en cuanto acaban las hostilidades. Ya lo había anticipado Doll:

«Los deficientes mentales que hoy tienen éxito en el empleo y resultan socialmente útiles como consecuencia de la escasez de mano de obra civil, serán probablemente devueltos a la pobreza y a la dependencia de los demás en cuanto la guerra termine» (1944, p.67).

Una vez más, recurrimos a la rotundidad de Scheerenberger para expresar la crudeza del momento:

«La situación cambió drásticamente después de la contienda, porque al regreso del frente, los veteranos tenían prioridad de empleo (1984, p.313).

* * *

En séptimo y último lugar, en lo referente al **balance y valoración** de la *participación activa* de los deficientes en la *Segunda Guerra*

Mundial, la experiencia norteamericana, queremos comenzar con una afirmación de Bassett como punto de partida para añadir a continuación nuestra toma de postura:

«Está claro que el deficiente mental, como cualquier otro miembro de la población general, ha sido capaz de responder al reto y tomar parte en el servicio a su país. Mientras que las diferencias entre él y otras personas parecen claras, los parecidos han sido puestos en evidencia. Dada la oportunidad el deficiente ha sido capaz de emplear muchos talentos que hasta ahora no eran conocidos» (1944, p.79).

Es decir, una vez más, el *contexto social* [situación de emergencia y escasez de mano de obra], *condiciona la concepción de la deficiencia* [desaparece la inmutabilidad, el negativismo, la desconfianza hacia su responsabilidad social y moral], los *expertos adecúan los criterios de selección* a las necesidades de la situación [el ejército de tierra los rebaja a 8 años de edad mental y la marina a 10; va a ser admitido todo deficiente capaz de comprender órdenes sencillas en inglés, estable y con buena condición física], *se les asigna un papel social activo y responsable* [se eclipsan las actitudes negativas, el control y la prevención social, nadie se acuerda de la alarma eugenésica, ni de la segregación de por vida, ni de la eutanasia; por contra, se les exige responsabilidad social, contribuir a una tarea común], finalmente, se les imparte un *tratamiento completamente distinto e inusual* [se hace que los deficientes abandonen las instituciones, el encierro, se les evalúa, a algunos hasta en varias ocasiones, se les proporciona un *programa de adiestramiento especial* y se les remunera por su trabajo].

A pesar de la opinión de muchos, expertos como Doll incluidos, los deficientes aprenden, se integran y se adaptan a unas actividades completamente desconocidas para ellos, asumen responsabilidades, son socialmente útiles, satisfacen las necesidades de la sociedad tanto en las armas como en la industria bélica y en aquellos otros trabajos que han sido dejados por los combatientes. Tan sólo unos cuantos no se comportan correcta o aceptablemente; otros pocos fracasan en el ejército por funcionamiento intelectual incorrecto, mientras que muchos más son rechazados de las fuerzas armadas por conducta inadecuada, como desertión, ausencia sin permiso o consejo de guerra. Pero cuando termina la situación de necesidad y emergencia sociales vuelven al encierro, tal y como había predicho Doll.

Interesa dejar aquí claro varias cuestiones: en primer lugar, es la *primera ocasión histórica* en que se confía en los deficientes, en que se les valora, se les asignan responsabilidades, se les exige y se les remunera como a los demás. Incluso, considerada como oportunidad propiciada por toda una sociedad, es la *única ocasión histórica* en que esto sucede. En segundo lugar, *los deficientes responden*, se adaptan en la primera, y única, oportunidad que históricamente se les ha concedido. En tercer lugar, *los programas de entrenamiento especial* son mínimos, doce semanas a cargo de personal especializado.

Cabría preguntar mediante qué programas se puede conseguir que un deficiente mental con diez años de internado y calificado con un CI de 61 puntos llegue a ejercer el puesto de *inspector de camiones*, o que otros dos, con CCII de 70 y 73, desempeñen funciones de inspección, o que cinco internos se conviertan en operadores de maquinaria en industrias de guerra. Item, qué método es capaz de lograr que varios recién salidos de la institución (el 33%) obtengan uno o varios ascensos en el ejército. Item más, en virtud de qué remedios se consigue que internos con CCII entre 36 y 49 se adapten al trabajo en una tintorería, en el servicio de vagones del ferrocarril o en la cocina de un hotel. No parece descabellado plantear qué tipo de progresos, si es que alguno, en su adaptación al entorno hubiesen alcanzado tales deficientes de haber seguido institucionalizados. Tampoco parece descabellado cuestionar si, en esta ocasión, son los programas los principales responsables de tales logros, o, más bien, la oportunidad social.

Si cuando se les ha tratado, exigido y remunerado como a los demás han rendido como los demás, se puede, también, demandar cómo rinden cuando se les trata, exige y remunera de forma especial. De igual modo, se puede inquirir si no es la educación especial, el tratamiento especial, quienes hacen sujetos especiales. Finalmente, se puede cuestionar si la educación especial no es más que un sustituto de las oportunidades sociales que se les niegan.

En fin, mucho nos tememos que todos estos interrogantes no encuentren respuesta hasta que no se produzca otra oportunidad histórica similar a la anterior (la similitud que deseamos estriba en la oportunidad de integración, no en la necesidad derivada de una guerra, obviamente). En todo caso, la sociedad norteamericana exige unas responsabilidades que los deficientes satisfacen. Parece claro que la integración de los deficientes, en esa ocasión

histórica única, no depende de su capacidad sino de las oportunidades que la sociedad, en función de sus necesidades, les brinda.

* * *

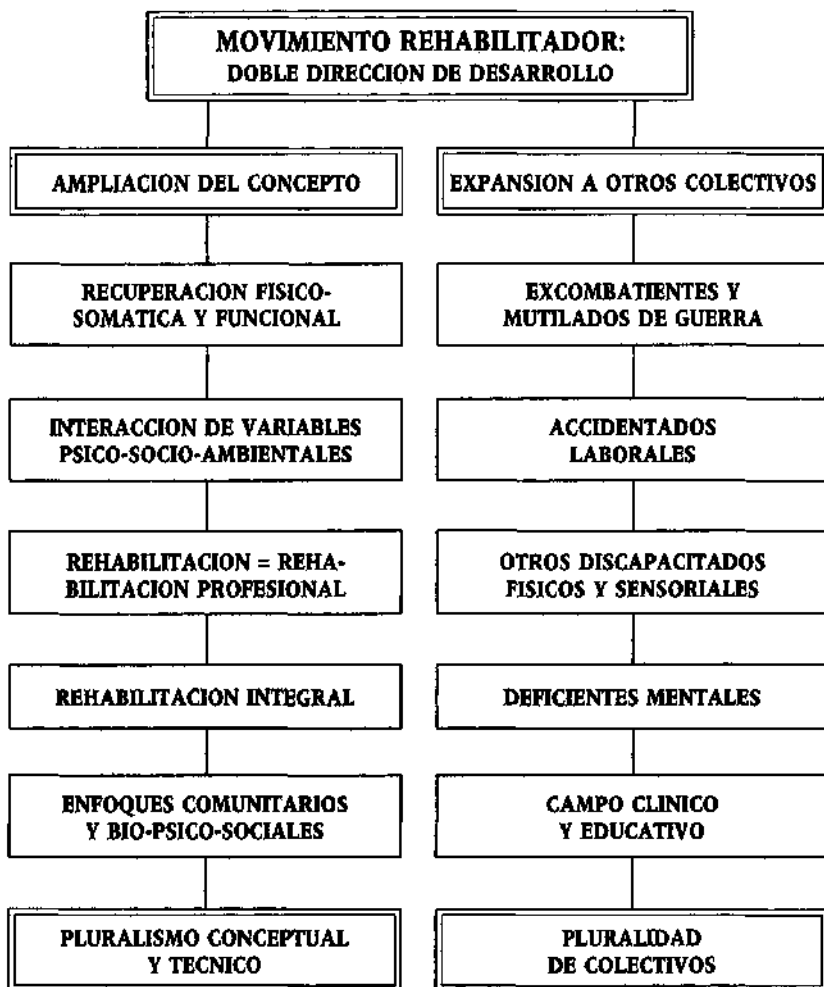
La II Guerra Mundial también trae consigo otro tipo de aportaciones, concretamente, el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos. En este contexto, son las **discapacidades físicas** las que ostentan la primacía y se convierten en el **eje de progreso en la historia de las deficiencias**, como ha ocurrido en otras ocasiones. Las vicisitudes de tales innovaciones merecen ser ampliadas y comentadas, cuestión que iniciamos de inmediato, no sin antes hacer referencia a su presentación a través de cuadros: las alternativas del movimiento rehabilitador vienen pormenorizadas en el **cuadro 13.1** y sintetizadas en el **13.2**, mientras que las propias de la *psicología de la rehabilitación* aparecen en el **cuadro 14**.

Ya durante las hostilidades, se potencian los *servicios de rehabilitación* para **excombatientes** y **mutilados de guerra**, que adquie-

EL MOVIMIENTO REHABILITADOR

- II Guerra Mundial: **discapacidades físicas: primacía y eje de progreso**
- *Servicios de rehabilitación para excombatientes y mutilados de guerra: iniciación del movimiento rehabilitador: objetivos iniciales: recuperación físico-somática y funcional*
- *Toma en consideración de la incidencia de otros factores: introducción de otros profesionales y del equipo multiprofesional: nacimiento de la psicología de la rehabilitación*
- *Inmediatamente tras la guerra, la Veterans Administration requiere la formación de psicólogos clínicos: consolidación de la psicología de la rehabilitación*
- *Potenciación de la rehabilitación profesional: rehabilitación/reh. profesional, términos sinónimos*
- *Introducción de principios de rentabilidad e inversión económicas*
- *El movimiento se extiende a accidentes laborales y a otros discapacitados físicos y sensoriales*
- *El rehabilitado, protagonista de su rehabilitación (rehabilitación activa)*
- *Implicación de la familia y de la comunidad: progresiva ampliación de los servicios*
- *Ampliación del concepto: matiz optimizador y prolongación de la atención a la totalidad de la persona: rehabilitación integral; más adelante, pluralismo conceptual y técnico*
- *Ampliación de los colectivos a rehabilitar: extensión a otros campos, clínico y educativo incluidos, y posteriormente, a otros colectivos de deficientes: pluralidad de colectivos*

Cuadro 13.1.—Nacimiento y expansión del movimiento rehabilitador.



Cuadro 13.2—Nacimiento y expansión del movimiento rehabilitador (síntesis).

ren una expansión hasta ahora desconocida (77). Adquiere entonces todo su vigor el **movimiento rehabilitador**. Sus objetivos iniciales son claros: la *recuperación físico-somática y funcional*. Los hos-

(77) Obermann (1965); Lassiter, Lassiter y Gandy (1987b).

pitales de la norteamericana *Veterans Administration* (VA) y de los ministerios británicos de Sanidad y Pensiones son los pioneros del *movimiento rehabilitador*. En cuanto a protagonistas individuales, es obligado mencionar a los médicos norteamericanos Donald Munro, Henry Kessler, Howard Rusk, Jeremiah Milbank, Frank Krusen, Mary Switzer, Ernest Bors y Deaver y los ingleses George Riddoch y Sir Ludwig Guttmann (78).

Con el desarrollo de las tareas rehabilitadoras se va tomando conciencia de la incidencia de otros aspectos con los que no se contaba inicialmente y que van a contribuir a la *ampliación del concepto* y del *campo de rehabilitación*. Es decir, se constata que la *rehabilitación* no es *meramente física*, sino que también es fruto de la *interacción de variables psicológicas y sociales*. Como resultado, se amplían de inmediato los objetivos de *recuperación somática*, se hace hincapié en lo *psicosocial* y se incorporan progresivamente *otros profesionales*, procedentes principalmente de las *ciencias sociales* y de la *conducta* (79). Con estos cambios se introduce el *enfoque multicondicionado* y el *equipo multiprofesional*, algo que hay que esperar a la *tercera revolución en salud mental* para que se ponga en marcha en otros campos. Dicho de forma más directa, el *movimiento rehabilitador* supone un adelanto temporal de varias décadas.

Estos cambios se ven favorecidos por y, a la vez, influyen en la acentuación de la *rehabilitación profesional*. Es decir, con el tiempo se intensifica la importancia de lo *psicosocial* y, especialmente, de la *recuperación del empleo*, hasta el punto de que Walter S. Neff, en su clásico capítulo sobre *rehabilitación y trabajo*, considera que se ha llegado «a una situación en que **rehabilitación y rehabilitación profesional** son términos virtualmente sinónimos»:

(78) Rusk es considerado el *padre de la rehabilitación médica* al fundar en 1940 el primer *Servicio de Rehabilitación* en el *Hospital Bellevue* de Nueva York (Ince, 1974); Guttmann es una de las autoridades más influyentes en la *rehabilitación* de lesiones medulares, fundador del *Centro de Lesionados Medulares* de Stoke Mandeville. Después de la guerra, se instaura una extensa red de centros de *rehabilitación* especializados por prácticamente todo el mundo occidental, con un grado máximo de expansión en los EEUU y Europa (Guttmann, 1981).

(79) Lofquist (1979); Aguado (1989a). De otro lado, recuérdese que los *asistentes sociales psiquiátricos* ya han tomado parte en la *rehabilitación* de soldados con *neurosis de guerra* en la I Guerra Mundial; en la II se potencia también su contratación y formación (Rosen, 1974).

«La interacción de esos dos componentes (rehabilitación y trabajo), fuertemente reforzada por la misión explícita de una agencia federal responsable principal de financiar los programas de rehabilitación, ha conducido a una situación en que *rehabilitación* y *rehabilitación profesional* son términos virtualmente sinónimos» (80).

Esta misma orientación hacia el empleo, incluso retribuido, es recogida por la legislación norteamericana de aquel entonces, que establece lo siguiente:

«El propósito de esta nueva ley era .. rehabilitar a las personas física (y mentalmente) minusválidas, de tal forma que puedan

AÑO	OBSERVACIONES
1939-45	— II Guerra Mundial: toma en consideración de la incidencia de otras variables, psicológicas especialmente: nacimiento de la psicología de la rehabilitación.
1945	— Tras la guerra, consolidación y expansión de la psicología de la rehabilitación.
1946	— Barker, Wright y Gonick: Adjustment to Physical Handicap and Illness : aplicación de la teoría de campo de K. Lewin a los problemas psicosociales de la discapacidad física.
1949	— Constitución del <i>National Council on Psychological Aspects of Disability</i> (81).
1953	— Garrett: Psychological Aspects of Physical Disability : una de las más influyentes colecciones de artículos sobre aspectos psicológicos de la discapacidad física.
1953	— Barker, Wright, Meyerson y Gonick revisan Adjustment to Phys. Handic. and Illness .
1955	— Cruickshank: Psychology of Exceptional Children and Youth : primer manual traducido al castellano en 1973; incluye el magistral primer capítulo de Meyerson. Somatopsychology of Physical Disability , redactado desde la óptica de la teoría de campo.
1958	— Primera Conferencia de la División 22 (<i>Psychological Aspects of Disability</i>) de la <i>American Psychological Association</i> (APA). 1959: Wright edita Psychology and Rehabilitation , actas de esta Primera Conferencia de la División 22.
1960	— Segunda Conferencia de la División 22. 1960: Lolquist edita Psychological Research and Rehabilitation , actas de esta Segunda Conferencia de la División 22.
1960	— Wright: Physical Disability: A Psychological Approach : concepto de ajuste a la discapacidad, dificultades en las relaciones, sistemas de coping versus succumbing.
1960	— Gellman: A Scale of Employability for Handicapped Persons : evaluación profesional.
1962-73	— Garrett y Levine: Rehabilitation Practices with the Physically Disabled .
1970	— Tercera Conferencia de la División 22 de la APA. 1971: Neff edita Rehabilitation Psychology , actas de esta Tercera Conferencia.

Cuadro 14.—Nacimiento y expansión de la psicología de la rehabilitación.

(80) Neff (1971b, p.113); el destacado figura en el original.

(81) Consejo Nacional sobre Aspectos Psicológicos de la Discapacidad.

prepararse para y ocupar un empleo remunerado ... para que de este modo incrementen no sólo su bienestar económico y social sino también la capacidad productiva de la nación» (82).

Luego, el movimiento se expande a los *accidentados laborales*; después, a otros campos, *clínico* y *educativo* incluidos; posteriormente, a *otros colectivos de deficientes y discapacitados*. En definitiva, durante el lapso transcurrido entre la II Guerra Mundial y finales de los cincuenta, el movimiento rehabilitador, inicialmente centrado en la rehabilitación física y funcional de excombatientes, va progresivamente *ampliando*, por un lado, *su concepto*, hasta llegar a la *rehabilitación integral*, y, por otro lado, *los colectivos beneficiados*, *accidentados laborales*, campo *clínico* y *educativo* y, posteriormente, *deficientes mentales* y *otros discapacitados*. Con el tiempo, se produce el *pluralismo conceptual* y *técnico* y la *pluralidad de colectivos* que caracterizan a la última década, pero tiempo habrá para abordar las ramificaciones actuales del movimiento rehabilitador (83).

Paralelamente, prosigue la implantación y desarrollo de la *psicología de la rehabilitación*, puesta en marcha a raíz de la toma de conciencia de la interacción de los factores psicológicos, como ya se ha dicho. En esta misma línea de consolidación, la *Veterans Administration* (VA), la institución norteamericana encargada de la rehabilitación de los excombatientes, requiere, con urgencia social, la formación de *psicólogos clínicos* expertos en *tratamiento psicológico*. Se pretende que desempeñen funciones y protagonicen actuaciones más allá del diagnóstico psicométrico y de la clasificación, tareas a las que, casi en exclusiva, han estado consagrados los *cerca de dos mil psicólogos* que durante la II Guerra Mundial colaboraron con el ejército norteamericano. Esta *evolución de la psicología de la rehabilitación* revierte en la potenciación y florecimiento de la *psicología clínica*. Estamos aquí ante una de esas oportunidades históricas en las que, como ya adelantamos, las necesidades de desarrollo de un campo relacionado con las deficiencias hacen progresar otras áreas.

(82) *Vocational Rehabilitation Act Amendments* de 1954 (Lassiter, Lassiter y Gandy, 1987b, p.43).

(83) Curiosamente, existe cierto paralelismo con lo ocurrido en la I Guerra Mundial, en la que las aportaciones en el campo de la evaluación psicológica, inicialmente desarrolladas para las fuerzas armadas, se generalizan al campo industrial, educativo y clínico.

4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

AÑO	AUTOR/ES	TIPO	PAIS	TITULO (84)
1946	Barker et al.	A	U	<i>Adjustment to Physical Handicap and Illness</i>
1953	Garrett	E	U	<i>Psychological Aspects of Physical Disability</i>
1955	Cruickshank	E	U	<i>Psychology of Exceptional Children and Youth</i>
1955	Weinstein et al.	A	U	<i>The Denial of Illness</i>
1959	Wright	E	U	<i>Psychology and Rehabilitation</i>
1960	Lofquist	E	U	<i>Psychological Research and Rehabilitation</i>
1960	Wright	A	U	<i>Physical Disability: A Psychological Approach</i>
1962	Garrett et al.	E	U	<i>Rehabilitation Practices with the Physically Disabled</i>
1963	Goffman	A	U	<i>Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity</i>
1966	Bakwin et al.	A	U	<i>Behavior Disorders in Children</i>
1966	Yuker et al.	A	U	<i>The Measurement of Attitudes toward Disabled Persons</i>
1967	Siller et al.	A	U	<i>Studies in Reactions to Disability</i>
1967	Goldin et al.	A	U	<i>Dependency and its Implication for Rehabilitation</i>
1968	Fisher et al.	A	U	<i>Body Image and Personality</i>
1969	McDaniel	A	U	<i>Physical Disability and Human Behavior</i>
1970	Safilios-Rothschild	A	U	<i>The Sociology and Social Psychol. of Disability and Rehab.</i>
1971	Neff	E	U	<i>Rehabilitation Psychology</i>
1973	Cobb	E	U	<i>Medical and Psychological Aspects of Disability</i>
1975	Shontz	A	U	<i>The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability</i>
1976	Bolton	E	U	<i>Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitat.</i>
1976	Ince	A	U	<i>Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine</i>
1976	Fordyce	A	U	<i>Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness</i>
1977	Marinelli et al.	A	U	<i>The Psychological and Social Impact of Physical Disability</i>
1977	Stubbins	E	U	<i>Social and Psychological Aspects of Disability</i>
1978	Roessler et al.	E	U	<i>Psychological Adjustment to Disability</i>
1980	Bishop	E	U	<i>Behavioral Problems and the Disabled</i>
1980	Ince	E	U	<i>Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine</i>
1980	Trieschmann	A	U	<i>Spinal Cord Injuries: Psych., Social, and Vocat. Adjustment</i>
1981	Lindemann	A	U	<i>Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability</i>
1983	Burish et al.	E	U	<i>Coping with Chronic Disease</i>
1984	Krueger	E	U	<i>Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook</i>
1984	Golden	E	U	<i>Current Topics in Rehabilitation Psychology</i>
1984	Moos	E	U	<i>Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives</i>
1985	Regnier et al.	C	U	<i>Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives</i>
1986	Brown et al.	E	U	<i>Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality</i>
1986	Prigatano	A	U	<i>Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury</i>
1987	Trieschmann	A	U	<i>Aging with a Disability</i>
1988	Yuker	E	U	<i>Attitudes toward Persons with Disabilities</i>
1988	Van Hasselt et al.	E	U	<i>Handbook of Developmental and Physical Disabilities</i>

Cuadro 15.1.—Principales manuales norteamericanos de psicología de la rehabilitación.

(84) **Leyenda:** Tipo: A: Autor/es; C: Compilador/es; E: Editor/es. País: U: Estados Unidos.

AÑO	AUTOR/ES	TIPO	PAIS	TITULO (85)
1973	Cruickshank	T	E	<i>Psicología de los niños y jóvenes marginales</i>
1974	Bakwin et al.	T	M	<i>Desarrollo psicológico del niño normal y patológico</i>
1977	Díaz Pereira	A	E	<i>Aspectos psicosociales de la recuperación del parapléjico</i>
1979	Shakespeare	T	M	<i>La Psicología de la invalidez</i>
1980	Fund. MAPFRE	S	E	<i>Jornada sobre Psicología y Rehabilitación (Físicos)</i>
1981	Zaretsky et al.	C	E	<i>Terapia de Conducta en Rehabilitación</i>
1981	Carrobles	D	E	<i>Biofeedback en la rehabilit. de accidentes de la mano y pie</i>
1981	Ruano	A	E	<i>Orientac. a los lesionados medulares sobre su vida sexual</i>
1984	Gaillard et al.	C	E	<i>Orientación de minusválidos físicos</i>
1986	Pelechano	A	E	<i>Psicología y rehabilitación: Un primer acercamiento</i>
1987	Carrobles et al.	A	E	<i>Biofeedback: Principios y aplicaciones</i>
1988	Krueger	T	E	<i>Psicología de la rehabilitación</i>

Cuadro 15.2.—Principales publicaciones de psicología de la rehabilitación en castellano.

En este contexto del nacimiento y desarrollo de la *psicología de la rehabilitación*, especialidad muy influida inicialmente por la *teoría de campo* de K. Lewin, surgen los primeros *manuales* norteamericanos (**cuadros 14 y 15.1**), alguno de los cuales tiene que esperar casi veinte años para ser traducido al castellano (**cuadro 15.2**); similar lapso temporal ha de transcurrir para que aparezcan las primeras publicaciones sobre la materia en el entorno europeo (**cuadro 15.3**). Paralelamente, como queda recogido en el **cuadro 14**, se constituye el *Consejo Nacional sobre Aspectos Psicológicos de la Discapacidad* (86) y tienen lugar las *Conferencias* de la *División 22* de la *American Psychological Association* (87). Más adelante, la *División 22* ya se redenomina como *Rehabilitation Psychology*, *Psicología de la rehabilitación*, nombre oficial de la *División* y de la *especialidad*. Estos acontecimientos mar-

(85) **Leyenda:** Tipo: A: Autor/es; C: Curso; D: Director/Editor/Coordinador; S: Seminario/congreso; T: Traducción. País: A: Argentina; E: España; M: México.

(86) *National Council on Psychological Aspects of Disability*.

(87) La *Asociación Americana de Psicólogos* (APA) está constituida en *divisiones*. La *División 22* se denomina *Psychological Aspects of Disability*, posteriormente *Rehabilitation Psychology*; es decir, *Aspectos psicológicos de la discapacidad* y, después, *Psicología de la rehabilitación*. En cuanto a las *Conferencias* de dicha división, la *primera* tiene lugar en la Universidad de Princeton en 1958 sobre *Psychology and Rehabilitation* (*Psicología y rehabilitación*); Wright (1959) edita las actas de tal reunión. En 1960 se celebra la *segunda* sobre *Psychological Research and Rehabilitation* (*Investigación psicológica y rehabilitación*); Lofquist (1960) es el editor de sus actas. Finalmente, en 1970 se desarrolla la *tercera* sobre *Rehabilitation Psychology*, siendo Neff (1971) el recopilador de sus actas.

can la consolidación de la *psicología de la rehabilitación* como *área de especialidad* cuyos «principios son válidos para los psicólogos en muchas otras especialidades» (88).

AÑO	AUTOR/ES	TIPO	PAIS	TITULO (89)
1970	Rutter et al.	A	R	<i>Education, Health and Behavior</i>
1970	Mittler	E	R	<i>The Psychol. Assessment of Mental and Physical Handicaps</i>
1975	Shakespeare	A	R	<i>The Psychology of Handicap</i>
1977	Boltanski	A	F	<i>L'Enfance handicapée</i>
1979	Boswell et al.	E	R	<i>The Handicapped Person in the Community</i>
1979	Helander et al.	A	S	<i>Training Disabled People in the Community</i>
1981	Labregère	A	F	<i>Les personnes handicapées</i>

Cuadro 15.3.—Publicaciones de psicología de la rehabilitación del ámbito europeo.

* * *

Como acabamos de decir, los progresos habidos en el movimiento rehabilitador y en la psicología de la rehabilitación se expanden a otros dominios, concretamente a la *psicología clínica*. En definitiva, la *profesionalización de la psicología clínica* se produce como consecuencia de estas necesidades en el área de los discapacitados, por un lado, y, por otro lado, se acentúa como efecto de otros desarrollos y acontecimientos en el propio campo de la psicología. En primer lugar, las aportaciones desde el mundo académico, de forma acusada los desarrollos del *tercer período* de la *evaluación psicológica* (90) y de la *segunda fase* de la *modificación de conducta* (91). En segundo lugar, algunos acontecimientos relevantes desde el mundo profesional norteamericano. Entre tales eventos cabe destacar el *Congreso*

(88) Shontz y Wright (1980, p.919).

(89) **Leyenda:** Tipo: A: Autor/es; E: Editor/es; País: R: Reino Unido; F: Francia; S: Suiza.

(90) Como ya se ha dicho, el *tercer período* de la evaluación abarca de 1946 a 1965 y, de cara a nuestros intereses, viene definido por la aplicación a los deficientes de técnicas generales y por el desarrollo de técnicas específicas para deficientes que luego pasan a ser generales.

(91) Pelechano (1978a): *segunda fase del conductismo*: 1938 y 1958: marcada por las aportaciones de Skinner y las críticas de Eysenck, fase de *latencia e incubación*, fundamentalmente teórica, dominada por la formulación experimental del skinnerianismo.

Nacional de Salud Mental (1946), que admite la profesión de *psicólogo clínico* no sólo para tareas de diagnóstico y clasificación, sino con *funciones terapéuticas* y «como aliado natural del psiquiatra en la lucha contra la enfermedad mental» (92). Poco después, el *Congreso de Boulder, Colorado* (1949), establece un programa de formación de psicólogos clínicos profesionales, previo título de doctor, programa que constituye un *salto cualitativo* para la psicología profesional.

Paralelamente, la *profesionalización de la psicología clínica* se ve favorecida por otros hechos sociopolíticos también en el entorno norteamericano, como la *sentencia del Tribunal Supremo* (1954) contra la segregación racial y social en las escuelas y la apelación a *programas escolares*, bajo responsabilidad de psicólogos, como instrumento de lucha contra la segregación. Previamente, la *Conferencia de la Casa Blanca sobre el niño en la democracia* (1940) critica la acentuación de la clasificación y el etiquetado y sugiere la potenciación de los *servicios comunitarios*. Como consecuencia de estos cambios, tiene lugar un progresivo incremento y desarrollo de *servicios comunitarios*, que aparecen con una gran diversificación: clínicas de diagnóstico del habla, audición, ortopedia, orientación, etc.; clínicas especializadas; centros de día y de asistencia domiciliaria; campamentos residenciales; empresas protegidas que ofrecen instrucción y trabajos especiales; adultos deficientes en asociaciones recreativas y casas de vecindad, etc.. Todo ello da pie, más adelante, en los sesenta, al desarrollo de los *planteamientos comunitarios*, ya en la *tercera revolución en salud mental*.

* * *

Todo este conjunto de progresos y avances repercute de forma directa en favor de todos los **deficientes en general**, y de forma más acusada en el resto de los **discapacitados físicos y sensoriales**. Sobre el particular, cabe añadir que prosigue la tendencia ya anticipada en las centurias precedentes y acentuada en la presente: la progresiva responsabilidad de los gobiernos en su problemática. Las *medidas legales e institucionales* se multiplican e, incluso, se producen desde las instituciones y organismos internacionales. Así, en 1948 la *Organización de Naciones Unidas* (ONU) hace pública la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Entre sus artículos pueden enumerarse varios de interés para los discapacitados: el artículo 5 establece que nadie es objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes; el

(92) Pelechano (1979a, p.39).

22 proclama el derecho a la seguridad social; el 23 consagra el derecho a trabajar; el 25 defiende el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, y en especial alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; de igual forma, el mismo artículo afirma el derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez u otros casos de subsistencia independientes de la voluntad del afectado; finalmente, el artículo 26 asegura el derecho a la educación.

En esta misma dirección de las resoluciones internacionales, en 1949 la *Comisión Social* de la ONU se interesa por primera vez por la *rehabilitación de discapacitados físicos y ciegos*. También desde la ONU, en 1950 el *Consejo Económico y Social* demanda a la *Secretaría General* un programa internacional para la *rehabilitación de discapacitados físicos*. Finalmente, en 1955 la ONU aprueba un *programa internacional coordinado de rehabilitación de discapacitados físicos*.

* * *

En lo referente a nuestro país, en 1945 se aprueba la *Ley de Educación Primaria*, que establece la creación de *escuelas especiales para niños anormales*, lo cual supone el *comienzo oficial de la educación especial y el primer género de atención pública a los deficientes*. No obstante, en 1950 *se prohíbe la admisión de sordomudos en las Escuelas de Magisterio*, aunque en 1951 se publica un decreto que deroga el anterior. En 1953 se crea el *Patronato Nacional de Educación de la Infancia Anormal* y en 1955 el *Patronato Nacional de Educación*.

Amén de numerosas *resoluciones legales* (93), son dignas de mención algunas *medidas institucionales* de gran transcendencia posterior. Entre todas, es de destacar la creación en 1938 de la *Organización Nacional de Ciegos* (ONCE) (94). De igual forma, en 1944 se crea el *Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo*; en 1954 el *Mutualismo Laboral* como sistema paralelo a la Seguridad Social. En 1955 se hace pública la *Ley de Formación Profesional*, que confiere al *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos* la *adaptación profesional de*

(93) En 1940 se instituye el *subsidio de vejez*; en 1941 el *seguro de silicosis*; en 1947 el *seguro de enfermedades profesionales* y el *seguro de vejez e invalidez*; en 1949 se aprueba el *Plan de Lucha contra la Invalidez*; en 1956, la *Ley del Seguro de Accidentes del Trabajo*, que regula la *rehabilitación de accidentados, incluso después del alta*.

(94) Sobre la creación y vicisitudes de la ONCE puede encontrarse información en la monografía testimonial de Gutiérrez de Tovar (1988).

adolescentes y la readaptación de adultos. Para acabar, en 1957 se crea el *Patronato de Rehabilitación* y en 1958 se constituye la *Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC)*.

* * *

Todos estos avances también se reflejan en la **concepción de la deficiencia mental**. Se trata de un período de *optimismo generalizado*, de grandes progresos en el conocimiento tanto de esta deficiencia como de las personas afectadas, en el que se avanza en lo insinuado en otras épocas y se expande el interés por el tema a muchos profesionales y políticos, hasta ahora absolutamente desinteresados. Todo lo cual trae consigo la *participación de distintos especialistas y enfoques*, junto con las reivindicaciones de las *asociaciones de padres* y toda una serie de *cambios legales e institucionales*. Todos estos factores confluyen en un cambio substancial en el campo de la deficiencia mental, que deja de ser *monopolio médico* y recibe un nuevo *enfoque multidisciplinar*. En primer lugar, se avanza en *etiología e identificación de formas clínicas asociadas* (95). De igual forma, desde los cuarenta se produce un *salto cualitativo*, una amplia «letanía» de descubrimientos, en la comprensión de las *causas biológicas* específicas de la deficiencia mental y de otras discapacidades físicas y evolutivas (96). A partir de los

(95) 1952: **Síndrome de Lowe**: síndrome oculocerebrorenal: anomalía congénita recesiva ligada al sexo masculino, caracterizada por excreción excesiva de ácidos orgánicos y aminoaciduria y acompañada de raquitismo, catarata, glaucoma, y retraso mental. 1954: **Cetoaciduria**, Menkes, Hirsh y Graig: excreción urinaria excesiva de ácido betahidroxibutírico y acetoacético. 1956: **Enfermedad de Hartnup**: anomalía del triptófano: afección familiar debida a alteración del metabolismo del triptófano caracterizada por dermatitis fotosensible, ataxia cerebelosa, aminoacidemia y trastornos mentales. 1956: **Síndrome de Prader-Willi**: hipogenitalismo adiposo: asociación de hipotonía muscular, retraso mental, hipogonadismo y obesidad. (Braier, 1982; Scheerenberger, 1984; Nuffield, 1988).

(96) «Letanía» de descubrimientos: efectos de **infecciones víricas**; *virus de la rubéola*; avances en etiología del **síndrome de Down** y en técnicas de examen de *cromosomas*; 1940: Landsteiner y Wiener identifican el **factor Rh**, decisivo en los partos malogrados y en la deficiencia mental.

Avances en **genética molecular**: 1953: Watson y Crick desarrollan un modelo de *estructura molecular* y un procedimiento de replicación del *DNA*, *ácido desoxirribonucleico*, que hizo avanzar considerablemente la *genética molecular*.

Avances en **bioquímica**: **Aminoácidos**: *Síndrome de maple-sugar* (azúcar de arce) de Menkes: así llamado por el olor de la orina a azúcar del arce, también conocido como enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce. Se trata de un error congénito del metabolismo de los aminoácidos, que se manifiesta pocos días después del nacimiento en dificultades para la alimentación, emisión de orina rica en leucina, etc. Una dieta a base de gelatina impide la muerte en algunos casos. En la autopsia aparece

cincuenta, se continúan y amplían los descubrimientos *bioquímicos* y los progresos en *citogenética*, *cirugía cerebral*, *farmacología*, *prevención* y *tratamiento*. Pese a todos estos progresos, la mayoría de los deficientes mentales siguen siendo diagnosticados con una *etiología indiferenciada*. En segundo lugar, se avanza en una de las principales preocu-

edema del SNC con mielinización defectuosa y gliosis de la sustancia blanca. *Aciduria argininosuccínica* o *argininosuccinaciduria*: anomalía genética hereditaria autosómica recesiva del ciclo de la urea; dificultad para la síntesis orgánica de la arginina; iniciación temprana tras el nacimiento; hepatomegalia; retraso psicomotor; episodios convulsivos; etc.. *Cistationinuria*: anomalía genética del metabolismo de los aminoácidos debida a déficit de cistationasa; no está determinado con precisión si el déficit intelectual y resto de anomalías de los sujetos afectados de cistationinuria dependen realmente de esta anomalía. *Homocistinuria*: anomalía hereditaria autosómica recesiva del metabolismo de la metionina; anomalías del esqueleto y de los dientes; retardo intelectual. **Metabolismo de los carbohidratos:** *Galactosemia*: anomalía metabólica congénita y familiar asociada a un defecto enzimático, que produce incapacidad para transformar la galactosa en glucosa; parece transmitirse como un gen recesivo autosómico; aparece ya desde el nacimiento; desnutrición; deficiencia mental. *Enfermedades glucogénicas* o *glucogenosis*: deficiencias enzimáticas congénitas que hacen difícil el desdoblamiento de las enzimas en glucosa; es importante la glucogenosis de Pompe: forma grave, hereditaria y familiar, autosómica recesiva, que afecta al músculo cardíaco, hipertrofia y dilatación; detención del crecimiento, insuficiencia cardíaca irreversible. *Intolerancia a la fructosa* o *síndrome de aldolasa hepática*: enzimopatía congénita recesiva; afección hepática, ataques de hipoglucemia, debilidad intermitente tras la ingestión de fructosa; detención del desarrollo; trastornos digestivos. *Mucopolisacaridosis*: grupo de afecciones hereditarias debidas a deficiencias genéticas de ciertas enzimas y acumulación secundaria de metabolitos, mucopolisacáridos ácidos, en orina y tejidos, incluido el cerebral. **Metabolismo de los lípidos:** *Gangliosidosis*: déficit enzimático genético autosómico recesiva que produce acumulación anormal de lípidos en los tejidos, en especial materia gris. **Perturbaciones metabólicas:** *Hiperuricemia* o *síndrome de Lesch-Nyhan*: anomalía genética del cromosoma X que afecta al metabolismo de las purinas; acumulación excesiva de ácido úrico en sangre; apariencia facial distorsionada; disartria, hiperreflexia, retardo físico y mental.

Avances en citogenética: 1956: Tijo y Levan fijan el número de cromosomas en 46; 1959: Lejeune, Gauthier y Turpin descubren el cromosoma 47 en la trisomía del par 21, síndrome de Down; se descubren las trisomías de los pares 13 y 18; otras anomalías cromosómicas: *supresión de los brazos* del cromosoma 5, 4, 18, *cromosomas en anillo*; *anormalidades en los cromosomas sexuales*: *síndrome de Klinefelter*: forma especial de hipogonadismo, con apariencia eunucoide, que no produce excesivo retraso intelectual.

Avances en cirugía cerebral: en especial *hidrocefalia no obstructiva* y *hematomas subdurales*; 1947: Torkildsen efectúa la primera *ventriculocisternotomía* en hidrocefálicos.

Avances en farmacología: *clorpromacina*, *reserpina*, tranquilizantes para deficientes mentales.

Avances en prevención y tratamiento: *penicilina* y *estreptomicina* aplicadas con éxito a niños con sífilis congénita y otras infecciones, reduciéndose el riesgo de afecciones cerebrales: estos dos fármacos y otros fueron decisivos en el aumento de la esperanza de vida de los profundos y moderados, particularmente sensibles a infecciones respiratorias.

((Braier, 1982; Scheerenberger, 1984; Nuffield, 1988).

paciones, el problema de la *definición de la deficiencia mental*. La *American Association on Mental Deficiency (AAMD)*, en 1952, constituye un comité para la definición y la nomenclatura, del que forma parte Heber (1959/1961), cuyas propuestas son aprobadas en 1959 y dadas a conocer, aunque con ligeras modificaciones, en 1961. Tal *definición oficial* reza como sigue:

«Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general inferior a la media que tiene su origen en el período de desarrollo y que va asociado a un menoscabo de la conducta adaptativa».

El *funcionamiento intelectual general inferior a la media* queda establecido en una *desviación típica por debajo de la media*, mientras que el *período de desarrollo* abarca hasta los 16 años. Finalmente, la *clasificación* adquiere una *estructura quintuple*: límite: CI = 83-67; leve: CI = 66-50; moderado: CI = 49-33; grave: CI = 32-16; profundo: CI < 16 (97).

Más adelante, Grossman (1973/1977/1983) reelabora la *definición oficial*, introduciendo algunas novedades (se hablará de *cierta psicologización* del concepto de deficiencia mental) que serán consideradas en su momento.

Previamente a tal *psicologización*, se ha venido acentuando progresivamente la tendencia a considerar la deficiencia mental leve como *problema medioambiental*, no obstante las discrepancias entre la *postura biologicista* y la *social*, y se ha ido admitiendo la importancia del ambiente en la generación de alteraciones de diverso tipo, como emocionales y, también, de conducta antisocial en deficientes mentales.

En este contexto, hay que destacar la proliferación de estudios de investigación, especialmente apoyados por una serie de instituciones norteamericanas: la ya mencionada AAMD; el *Instituto de*

(97) Amén de tal *definición oficial*, la AAMD aprueba la *clasificación etiológica* que incluye ocho categorías primarias: retraso mental asociado a enfermedades y condiciones debidas a *infección*; idem debidas a *intoxicación*; idem a *traumatismo* y *agente físico*; idem a *desorden del metabolismo, el desarrollo o la nutrición*; idem a *neoplasias*; idem a *influencia prenatal (desconocida)*; idem a *causa desconocida e incierta con evidentes reacciones estructurales*; retraso mental debido a *causa incierta (supuestamente psicológica)* con sólo *reacción funcional evidente* (Heber, 1959/1961; Scheerenberger, 1987).

Investigación sobre Niños con Problemas Especiales, de la Universidad de Illinois, bajo la dirección de Samuel A. Kirk; la *Institución Peabody para Enseñanza de Profesores*, bajo la dirección de Nicholas Hobbs y Lloyd Dunn; la *Asociación de Ciudadanos Retrasados*, etc.. Se investigan prácticamente todas las áreas: memoria rutinaria, series de discriminación, eficacia motriz, atención, destreza manual, formación de conceptos, tiempos de reacción, transferencia de instrucción, percepción táctil, series de aprendizaje, niveles de incentivo, localización, probabilidad y aprendizaje de palabras; también, motivación de logro y apoyo motivacional.

Finalmente, todos estos avances son seguidos de medidas legislativas y políticas, que culminan con el *Panel on Mental Retardation* (1961), convocado por el presidente J.F. Kennedy, del que se derivan varios centros de investigación de la deficiencia mental, que posteriormente están en la vanguardia de la investigación genética, biomédica y celular de las deficiencias (98).

* * *

Ahora bien, no todos los avances provienen de los Estados Unidos de América, pues en esta época la deficiencia mental comienza a atraer la atención de los profesionales europeos, más concretamente en el Reino Unido. Dejando al margen el tema de la escasez de publicaciones (99), en la década de los cuarenta Gunzburg es nombrado *psicólogo* (100) del *Monyhull Hospital* y en 1948 Tizard y O'Connor ingresan en la *Social Psychiatry Research Unit* en el *Maudsley Hospital*, con el encargo de investigar los problemas sociales de la deficiencia mental. Gunzburg, Tizard y O'Connor marcan el inicio de la investigación conductual en el Reino Unido, que culmina con la obra de O'Connor y Tizard, **The Social Problem of Mental Deficiency**, publicada en 1956. Dadas las condiciones de privación que se aprecian tanto en los hospitales como en los centros ocupacionales, el trabajo se orienta hacia la investigación

(98) Nuffield (1988).

(99) Clarke y Clarke (1987) son autores de una interesante revisión de la investigación sobre deficiencia mental entre 1957 y 1987. Con anterioridad a 1957, tan sólo se dispone de unas cuantas publicaciones: la colección de ensayos de Burt, **The Subnormal Mind** (1935); el único libro de texto psicológico, publicado por Sarason, **Psychological Problems in Mental Deficiency** (1949); la única revista, **American Journal of Mental Deficiency**.

(100) *Trainig Officer/Psychologist*.

sobre los *determinantes ambientales* de la deficiencia mental y hacia la potenciación de *técnicas conductuales* de mejora.

En 1955 la *British Psychological Society* acepta en su conferencia anual el primer *symposium sobre deficiencia mental*, en el que intervienen Gunzburg, O'Connor, Penrose, Tizard, A.D.B. Clarke y A.M. Clarke. Este *symposium* constituye la base del primer libro de texto inglés para psicólogos, que en posteriores ediciones se amplía e incluye enfoques médicos, **Mental Deficiency: the Changing Outlook** (101). Estos, junto con algún otro manual (102), suponen la confluencia e implicación de distintos especialistas y enfoques en el estudio y tratamiento de la deficiencia mental, que coinciden con, y se ven beneficiados por, el optimismo generalizado y el humanismo de la postguerra, de un lado, y de otro, las reivindicaciones de las asociaciones de padres y toda una serie de cambios legales e institucionales. Como consecuencia de la interacción de todos estos factores, se produce una modificación substancial en el abordaje de la deficiencia mental, que deja de ser «monopolio médico» y es objeto de un nuevo enfoque multiprofesional, enfoque que culmina en el primer congreso multidisciplinar sobre el estudio científico de la deficiencia mental, celebrado en Londres en 1960 (103), y en la constitución, en Copenhague en 1964, de la *International Association of Mental Deficiency* (104).

* * *

En cuanto a las **prácticas sociales**, como consecuencia de los avances recién mencionados y de la experiencia de la guerra, las actitudes públicas no son tan negativas, lo cual no impide que, tras la contienda, la mayoría de los deficientes vuelva a las instituciones. Progresivamente se va renunciando, no sin excepciones, a la limi-

(101) Clarke y Clarke (1958/1965/1974); Clarke, Clarke y Berg (1985).

(102) Hilliard y Kirman (1957).

(103) **London Conference on the Scientific Study of Mental Deficiency.**

(104) Tras estos acontecimientos, Clarke y Clarke (1987) sitúan el período de los *estudios epidemiológicos*, entre los que cabe destacar varios: el de O'Connor y Tizard (1956) sobre la distribución del CI en varones adolescentes y adultos débiles mentales; el de Goodman y Tizard (1962) sobre empleo y empleabilidad; a partir de este momento los trabajos epidemiológicos comienzan a tener importancia, una de cuyas revisiones es llevada a cabo por Richardson y Koller (1985). Al mismo tiempo, los *estudios transculturales* también cobran interés, en especial los de la *Bishop Bekkers Foundation*, de Utrecht (Belmont, 1987).

tación del matrimonio, la esterilización y el internamiento como medidas para evitar la transmisión de la deficiencia mental. El creciente número de deficientes mentales identificados, la proliferación de programas especializados, la revisión de expectativas sobre la estabilidad del CI, la disminución presupuestaria, tienen mucho que ver con estas renunciaciones. Sigue preocupando el tema del *control y prevención sociales*. Las influencias ambientales en la delincuencia juvenil son aceptadas en general, pero los estudios de frecuencia siguen arrojando un 8% de *deficientes mentales delincuentes*, por lo que «las actitudes frente a la delincuencia en relación con el retraso mental se mantuvieron más o menos igual que en las décadas previas» (105).

Finalmente, es la época de las *asociaciones*. Las primeras asociaciones de padres de deficientes mentales surgen en la década de los treinta. A partir de los cuarenta, este movimiento se generaliza: la *Asociación de Ciudadanos Retrasados* (106) aglutina a la mayoría de estas asociaciones, no sin problemas ni sin escisiones. Dicha asociación es creada en el curso de una de las reuniones anuales de la AAMD, concretamente en la de 1950, y publica un periódico de amplia difusión, **Children Limited** (107). Por su parte, el ya mencionado *International Council for the Education of Exceptional Children* se redenomina en 1955 *Council for Exceptional Children* y publica una revista de prestigio, **Exceptional Children** (108).

* * *

Por lo que atañe a los **tratamientos impartidos**, la acentuación de las *influencias ambientales* trae consigo la puesta en práctica de distintos tipos de *programas de psicoterapia*, cuyos resultados son muy variados (109). Tales programas son abandonados ante la esperanza que suscitan los progresos en *psicofarmacología*, concreta-

(105) Scheerenberger (1984, p.328).

(106) *National Association for Retarded Citizens*.

(107) Scheerenberger (1984).

(108) *Consejo Internacional para la Educación de los Niños Excepcionales y Consejo Internacional para los Niños Excepcionales*.

(109) Mejoras en conducta en pacientes institucionales; mejoras en conducta agresiva con terapia de actividad; mejoras en obligaciones cotidianas con terapia dirigida; con técnicas no dirigidas, mejoras en los que acudieron a menos sesiones; poco valor del apoyo analítico no dirigido y de la psicoterapia de juego (Scheerenberger, 1984, p.326).

mente, *clorpromacina*, *reserpina* y *serpasil*, y, más acusadamente, el *ácido glutámico*, considerado *fármaco milagroso*. Los resultados inicialmente positivos de estos tratamientos farmacológicos no son corroborados por la investigación, dado que ni el funcionamiento intelectual ni la conducta agresiva e hiperactiva mejoran, mientras que los efectos secundarios sí son evidentes, desde somnolencia hasta convulsiones. Lo cual no impide la utilización indiscriminada de los *tranquilizantes*, sobre todo en internados, ni el ensayo de otros tratamientos, como *electroshock*, *lobotomía*, *diversos regímenes vitamínicos*, «siempre con resultados escasos o nulos, por lo que se abandonaron enseguida» (110).

En cuanto a la *educación especial*, durante este período es el tema que más atención recibe, que más progresos protagoniza y en el que se sientan las bases para cambios posteriores. En general y no sin excepciones, la educación especial persigue el objetivo genérico de la integración en la sociedad y se programa de forma más definida, insistiendo en el empleo, en la competencia social y en la adaptación personal, mediante un régimen equilibrado de conocimientos académicos, manuales y sociales. Como novedad, se dividen las clases especiales según nivel y edad: preescolar, primaria, intermedia, secundaria y postescolar. Subsiste el problema de quiénes pueden ser elegidos, incluso, se opta por dividir las clases en *centros normales para retrasados de nivel superior* (CI > 60 ó 70) y *clases en centros especiales para niveles inferiores* (CI < 60 ó 70). También hay discrepancias en los programas de formación profesional: insistencia en aspectos *sociopersonales* versus *adaptación minuciosa a puestos específicos*. Se inician *programas experimentales para profundos* (la escuela de instrucción de Vineland, con resultados prometedores), *programas preacadémicos*, *programas de terapia ocupacional* (hábitos y manualidades básicos, taller, telar, pintura, madera, etc.), *programas de terapia vocacional* (ídem pero con vistas a la salida de la institución), experiencias de desarrollo psicosexual, etc.. Otro hecho fundamental de este período estriba en aceptación clara por parte de las escuelas públicas de la responsabilidad de formar a los estudiantes deficientes. Este reconocimiento se plasma en varias manifestaciones: en primer lugar, en la *Declaración de los derechos educativos de los niños deficientes*, de 1953, que reconoce el derecho a un programa de educación e instrucción adecuado a sus necesidades particulares y desarrollado en el ambiente más favorable; en segundo lugar, en el

(110) Scheerenberger (1984, ps.326-327).

interés generalizado hacia los retrasados *instruibles*; finalmente, en el establecimiento de *formación postgrado* para deficientes mentales adultos. Las contribuciones de Alfred A. Straus tienen mucho que ver con los avances en la *metodología en educación especial* de los niños deficientes o con dificultades de aprendizaje (111).

Las *polémicas* y los *problemas* del momento, como en otras ocasiones, giran en torno a las *clases especiales* versus *clases normales*, la *formación del personal docente*, la *institucionalización*. Esta última sufre las consecuencias de los recortes presupuestarios, de la saturación (interpretación laxa de la norma *no puede ser atendido en casa*; incremento del número de deficientes mentales por los progresos médicos) y del descenso de la calidad de la asistencia. Finalmente, en los cincuenta se plantea claramente, tanto desde las instituciones como desde la sociedad, la *reforma institucional* e, incluso, la *desinstitucionalización*, que se inicia en la década siguiente.

* * *

En suma, el intenso período correspondiente a la segunda revolución en salud mental, como acabamos de ver, constituye una época contradictoria en la que se producen grandes y relevantes avances en muchos de los temas relacionados con las deficiencias junto con claros retrocesos paralelos a algunas de las brutalidades más impresionantes de la historia y el descubrimiento de las limitaciones que dan pie y hacen necesaria la tercera revolución en salud mental.

Los retrocesos guardan estrecha relación con las actitudes negativas hacia los deficientes, que tienen su más funesta y dramática expresión en la alarma eugenésica, las cámaras de gas y el reingreso en las instituciones tras su participación activa en la Segunda Guerra Mundial.

Por contra, los avances están conectados con los progresos acaecidos en determinadas ciencias que tienen un efecto muy positivo en las deficiencias, en especial medicina y psicología. Respecto a esta última, llama poderosamente la atención el hecho de que necesidades y problemas del campo de las deficiencias provocan soluciones que luego repercuten directamente en el desarrollo de especialidades abiertas y beneficiosas para todos los sujetos,

(111) Alfred A. Straus publica en colaboración con Laura Lehtinen en 1947 *Psychopathology of the Braininjured Child*, obra de gran relevancia en la metodología de la educación especial (Scheerenberger, 1984, ps.342-344).

entre las que sobresalen las técnicas de **evaluación de la inteligencia** y la **psicología de la rehabilitación**.

De igual forma y sin olvidar las **medidas legales e institucionales** en favor de todos los deficientes, hay que destacar como culminación de todos estos avances un acontecimiento que, junto con el **siglo de oro español**, constituye uno de los momentos más brillantes de toda la historia de las deficiencias, la **participación activa de los deficientes** en los distintos frentes de la Segunda Guerra Mundial.

Algunos de estos **avances**, en particular el **movimiento rehabilitador** y la **psicología de la rehabilitación**, suponen un adelanto temporal de la **tercera revolución en salud mental**, más en concreto, un anticipo del descubrimiento y acentuación de los **determinantes psicosociales y socioambientales** y de la consecuente puesta en marcha de tratamientos en base a y desde tales **variables exógenas** (112). En definitiva, tratamientos que a no muy largo plazo dan lugar a la **intervención comunitaria** y al modelo **socio-ambiental** e, incluso, que prefiguran los modelos más recientes, los **bio-psico-sociales**, imperantes en el período que pasamos a desarrollar de seguido.

(112) En relación con tales determinantes socioambientales, puede ser ilustrativo y esclarecedor el comentario de Roberta B. Trieschmann (1984b, p.347), quien afirma que «centrarse exclusivamente en las características internas de una persona como el único eje de su rehabilitación» sería como buscar una llave bajo una farola, aunque se haya perdido más allá, con la única excusa de que hay más luz.

5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

5.1. INTRODUCCION.....	207
5.2. LA INTERVENCION COMUNITARIA	208
5.3. LAS «DECADAS PRODIGIOSAS»	215
5.4. LOS OCHENTA	232

5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

La rehabilitación (o habilitación) es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad.
Rehabilitación Internacional, **Carta para los años 80.**

5.1. INTRODUCCION

*La tercera revolución en salud mental sobreviene a comienzos de la década de los sesenta, dado que los modelos anteriores, **demonológico, organicista, intrapsíquico**, no proporcionan alternativas coherentes y eficaces en función de las exigencias planteadas en el ámbito de la salud mental. Como aportación más novedosa, esta tercera revolución acentúa los **determinantes psicosociales y socioambientales** y, como correlato, la **intervención comunitaria.***

*Desde nuestra perspectiva de las deficiencias, al margen de que gran parte de lo aportado en este período es consecuencia de desarrollos habidos en este campo (recuérdese al respecto la incidencia de la psicología de la rehabilitación en otras áreas), la **tercera revolución en salud mental** supone un gran interés en prácticamente todo lo relacionado con las deficiencias, de tal forma que es la ocasión histórica en que las deficiencias están más conectadas con las corrientes dominantes en la sociedad y en el campo de la salud, e, incluso, puede hablarse de cierto protagonismo tanto en las tareas de **prevención** de deficiencias como en la proliferación de **centros de atención** a deficientes. De igual forma, se produce una mayor conexión interna entre los desarrollos en pro de las distintas deficiencias. Como consecuencia de todo ello, denominamos las **décadas prodigiosas** al período comprendido entre 1960 y 1980, expresión con la que queremos*

recalcar los grandes avances producidos en la concepción y tratamiento de las deficiencias, avances que hacen de este período uno de los más favorables y positivos para los deficientes, aunque la década siguiente, los ochenta, con sus recortes presupuestarios, haga tambalear tales progresos y deje patente, una vez más, la fragilidad de las conquistas protagonizadas por los deficientes.

En función de tales líneas directrices, vamos a describir, en primer lugar, la aportación más emblemática de esta **tercera revolución**, la **intervención comunitaria**, en segundo lugar las **décadas prodigiosas** y, en tercer lugar, **los ochenta**, para finalizar este ensayo histórico con una **síntesis valorativa** que sirva de conclusión final.

5.2. LA INTERVENCION COMUNITARIA

Como acabamos de adelantar, la *tercera revolución en salud mental* se produce en la década de los sesenta. Mas no surge en el vacío, sino que presenta unos *antecedentes y posibilitantes* que vamos a describir sucintamente antes de pasar a sus *aportaciones* más innovadoras (1).

* * *

Los *antecedentes y posibilitantes* están ligados, una vez más en este siglo, a los Estados Unidos de Norteamérica. En efecto, tanto el *entorno sociopolítico* como los *desarrollos internos en el campo de la salud mental* hacen inviables los planteamientos tradicionales y propician una alternativa, la *intervención comunitaria*.

Respecto al *entorno sociopolítico*, amén de algunos otros acontecimientos puntuales ya mencionados (2), el *activismo social* y el mo-

(1) Para la descripción de esta revolución nos ha servido de gran utilidad Pelechano (1979a, 1986a).

(2) En 1940 la *Conferencia de la Casa Blanca sobre el niño en la democracia* critica la primacía que se concede a la clasificación y al etiquetado y sugiere la puesta en marcha de *servicios comunitarios*. A su vez, la sentencia de 1954 del *Tribunal Supremo* contra la segregación racial y social en las escuelas propone como instrumento de lucha contra la segregación la elaboración de *programas escolares* llevados a cabo por psicólogos. Como correlato de estos y otros eventos, a partir de la década de los cincuenta se ponen en marcha toda una serie de *servicios comunitarios* muy diversificados.

vimiento de los *derechos civiles* potencian el reconocimiento general de los derechos humanos y civiles, entre los que el derecho a *asistencia* ocupa un lugar preferente. De igual forma, el gobierno democrático, en especial el *optimismo* de la administración Kennedy, propicia una creciente *subvención* de servicios humanitarios por parte del gobierno federal. En este contexto, es menester hacer mención de algunas medidas legales e institucionales que suponen la proliferación de *servicios comunitarios* y la puesta en marcha de múltiples programas. Entre éstos, cabe destacar los programas de *educación compensatoria* con vistas a la reinserción social de marginados sociales y deficientes mentales sociogénicos y el famoso *Head Start*, programa pionero de *intervención temprana*.

Por lo que concierne a los *desarrollos internos en el campo de la salud mental*, varios son los factores que potencian esta *tercera revolución*. En primer lugar, la *crisis del modelo médico y psiquiátrico*. Como consecuencia de la evolución de la psiquiatría y de las instituciones psiquiátricas (3) se pone en tela de juicio la efectividad de tales instituciones, incluso con fuerte repercusión pública, y se demandan cambios en la política social a la vez que la potenciación de *centros de salud* como solución alternativa. A no muy largo plazo, la *desinstitucionalización* y la *reinserción en la comunidad* de los enfermos psiquiátricos es la consecuencia lógica de esta crisis. En el campo de los deficientes, tiene lugar un proceso parecido que cuestiona la función de los *internados* y propone la *integración escolar* y la *integración en la comunidad*, como tendremos ocasión de comprobar en páginas sucesivas.

En segundo lugar, la *crisis en las concepciones diagnósticas*, tanto del *diagnóstico psiquiátrico* como del *psicodiagnóstico tradicional*. En general se les achaca su ligazón con la clasificación y su distanciamiento de los tratamientos. Más en concreto, respecto al *diagnóstico psiquiátrico* se plantean serias dudas sobre la utilidad y validez de la *nosología psiquiátrica tradicional*. En relación con el *psicodiagnóstico*, que nosotros venimos englobando bajo los desarrollos de la *evaluación psicológica*, se critica de forma acusada el llamado *modelo tradicional*

(3) Con el transcurso de los siglos se ha ido acentuando algo ya sugerido al hablar de la creación de las *instituciones manicomiales*: las tareas de ayuda terapéutica y de investigación van siendo sustituidas por las de administración y burocracia, llegándose a una situación en la que predominan las labores de custodia y cuidado en detrimento de la *terapia* y de la reinserción social, objetivos iniciales. La saturación de crónicos y la disminución del número de altas son las consecuencias inmediatas.

«testológico», es decir, el excesivo uso de los tests y su aislamiento y crecimiento hipertrofiado al margen de la psicología científico-experimental. En suma, ambos modelos de diagnóstico, el *psiquiátrico* y el «testológico» tradicional, están en «crisis», se cuestiona tanto su carácter científico como su utilidad, situación que, junto con la necesidad de diagnósticos/evaluaciones más rigurosas de cara al tratamiento, se convierte en campo abonado para la búsqueda de alternativas, como veremos a continuación.

En tercer lugar, la *crisis de la psicología clínica y profesional*. Al margen del cuestionamiento recién mencionado del predominio de la *testología* y del *etiquetado*, esta crisis presenta tres frentes dignos de ser destacados: el planteamiento de la efectividad de las *psicoterapias* y de las *limitaciones de la modificación de conducta* y la evolución de la *psicología profesional* en otras áreas.

En relación a las *psicoterapias*, ya a comienzos de la década anterior Eysenck (1952) plantea la polémica sobre los resultados de las psicoterapias, en especial las llevadas a cabo bajo la influencia del psicoanálisis. A partir de entonces las críticas no cesan y, como ya se ha dicho, también se cuestiona su aplicación al campo de las deficiencias. En todo caso, el planteamiento crítico de la efectividad de las psicoterapias suscita la urgencia de poner en marcha otro tipo de intervenciones psicológicas.

Respecto a la *modificación de conducta* (4), también se proponen críticamente sus *limitaciones* de cara a la intervención social (5) y se

(4) Pelechano (1978a) fija la *tercera fase del conductismo* entre 1959 y 1969: se trata de una *fase de constitución y consolidación* y de predominio norteamericano: dentro de la transición del laboratorio a la clínica. Ullman y Krasner (1965) ofrecen estudios de casos, de retrasados mentales entre otros. A su vez, la *cuarta fase del conductismo* tiene lugar entre 1970 y 1976, *fase de rupturistas y continuistas*, caracterizada por: pluralismo conceptual y técnico; papel activo del sujeto, gestor de su tratamiento; expansión de las aplicaciones; acercamientos al mundo de la educación, la salud y el ámbito biomédico; apertura al diseño y evaluación ambiental; aparición, en torno al 70, de obras sistemáticas que tratan de integrar las técnicas hasta entonces desarrolladas, como *Principles of Behavior Modification*, de Bandura (1969), modelo de aprendizaje observacional; *Behavior Therapy*, de Yates (1982); desarrollo del *biofeedback* y de la *medicina conductual*.

(5) Entre otros, se plantean problemas de *eficacia*, de generalización y consolidación de los logros de la clínica en el contexto social; disparidad y salto interpretativo entre el modelo animal y humano individual al comportamiento humano individual y colectivo; disociación notable entre lo real y lo ideal, lo fáctico obtenido y el deseo perseguido (Pelechano, 1979a).

toma conciencia de la necesidad de *modificar la modificación de conducta* convencional en la medida en que se desee su aplicación masiva al mundo comunitario.

En lo relativo a la evolución de la *psicología profesional*, también experimenta en otras áreas cambios profundos que obedecen a una demanda social concreta de ayuda. Así, la *psicología industrial y del trabajo* pasa de la clasificación de personas y análisis de tareas al diagnóstico de empresas y a convertirse en *psicología de las organizaciones*, acercándose progresivamente a la *psicología social*. Por su parte, la *psicología educativa* cambia sus funciones clasificadoras por otros planteamientos de intervención más activa, como consecuencia de la democratización y masificación educativas y demás cambios sociales acaecidos en el campo de la educación.

En definitiva, los acontecimientos producidos en el *entorno sociopolítico norteamericano* junto con los *desarrollos internos en el área de la salud mental* (*crisis del modelo médico/psiquiátrico, crisis en las concepciones diagnósticas psiquiátricas y testológicas, potenciación y crisis de la psicología clínica y profesional*) coadyuvan a la constatación de un hecho, a saber, que los planteamientos tradicionales resultan inviables y que se hace de todo punto necesaria la búsqueda de alternativas coherentes y eficaces en función de las exigencias actuales. La *intervención comunitaria* viene a cumplir dicho papel y a convertirse en el *eje* de los cambios aportados por la *tercera revolución en salud mental*.

* * *

Revisados ya los *antecedentes y posibilitantes* de esta revolución, vayamos con sus *aportaciones* más novedosas, que vienen sintetizadas en el **cuadro 16**. Sobre el particular, interesa destacar tres aspectos por lo que tienen de innovador de cara a nuestro campo de atención, las *deficiencias* (6). En primer lugar, las *categorías* relevantes

(6) Amén de lo específico para nuestro tema, Pelechano (1986a) describe las siguientes como notas distintivas de esta *tercera revolución*: reconocimiento de diversidad de *modelos* y de sistemas de prestación de *servicios*: comunidades terapéuticas, hospital de día, centros de salud mental; creciente interés en los *niños* e incorporación de una sensibilidad de *prevención*: ampliación de la base profesional del campo, ya no privativo de la medicina, sino *multiprofesional* y *multidimensional*; crisis del modelo tradicional de enfermedad mental y apelación a modelos *sociogenéticos* de etiología y mantenimiento de conductas desadaptadas; ampliación de la responsabilidad ciuda-

en el tema de la *salud*, en general, y de la *salud mental*, en particular, son objeto de una *inflexión*, en el sentido de pasar de *biológico-organistas* o *intrapsíquicas* a *socioambientales* y *psicosociales* (7). Posteriormente, a partir de los setenta, se retoman los determinantes *biológicos* al acentuarse la interacción entre los factores *bio-psico-sociales*.

En segundo lugar, las estrategias de intervención tradicionales, preferente y casi exclusivamente individualizadas, sufren una transformación hacia un *enfoque comunitario* (8). Sus secuelas inmediatas,

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> — Proliferación <i>cuantitativa</i> de servicios, pero no aumento de calidad ni eficacia de atención — Recortes presupuestarios — Fragilidad de las conquistas protagonizadas por los deficientes — Necesidad de la <i>reforma institucional</i> y de la <i>disinstitucionalización</i> 		<ul style="list-style-type: none"> — Acentuación de los <i>determinantes psicosociales</i> y <i>socioambientales</i> — <i>Intervención comunitaria</i>, <i>proliferación de centros de salud</i> y <i>movimiento preventivo</i> — Interés en lo relacionado con las deficiencias: conexión con las corrientes sociales y en salud; conexión entre las distintas deficiencias

Cuadro 16.—Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la tercera revolución en salud mental.

dana en la prestación de servicios: generación de *paraprofesionales* y *coterapeutas*; a pesar del tono ambientalista, aparición de modelos cognitivos de autocontrol como recursos instruccionales y terapéuticos; recuperación de un problema antiguo medio abandonado, la *deficiencia mental*.

(7) «Una inflexión importante en el tipo de categorías que se utilizan para enjuiciar la problemática de la salud mental que pasan de ser *biológicas* a *psicosociales*» (Pelechano, 1986a, p.493).

(8) Pelechano (1979a) señala las siguientes como características de la *intervención comunitaria*: *enfoque conceptual*: modelo *ecéctico* que da cabida a la rica variedad de modelos y escuelas contemporáneas inspirados en modelos científicos; se trata del comienzo de lo que más adelante aboca en *pluralismo conceptual y técnico*; *nivel de acción*: la intervención se orienta, más que al caso individual o de pequeño grupo, al análisis social de amplio espectro y de las organizaciones; *estilo de prestación de servicios*: no de *espera* tradicional sino de *búsqueda* en sus dos variantes, la actuación *directa* del profesional en el ambiente en que surge el problema y la *didáctica* de promover que el cliente sea su propio terapeuta o promoviendo paraprofesionales; *cuándo y en función de qué objetivos se realiza la intervención*: acentuación de la prevención y postergación de la intervención en crisis evolutivas o accidentales.

los *centros de salud mental* (9) y el *movimiento preventivo* (10), tienen una especial repercusión en el campo de las deficiencias, como lo atestiguan la prioridad concedida a la *prevención* de las deficiencias y la proliferación de *centros de atención* a deficientes.

En tercer lugar, finalmente, al aislamiento histórico de los temas relativos a las deficiencias sucede una mayor *conexión* con las corrientes dominantes en el campo de la salud. Dicha *conexión externa* se traduce en influencias positivas recíprocas. Por un lado, los desarrollos de la *psicología de la rehabilitación* tienen una especial repercusión en la potenciación de la psicología clínica. Por otro lado, los enfoques dominantes en las ciencias de la salud, los *comunitarios* y, más adelante, los *bio-psico-sociales*, los avances en las *ciencias biomédicas*, los desarrollos producidos en las diversas áreas de la psicología, en especial *evaluación psicológica, modificación de conducta, psicología de la salud y psicología comunitaria*, repercuten de forma decisiva en el campo de las deficiencias, como se verá en su momento.

* * *

(9) Respecto a los *centros de salud mental*, en los Estados Unidos de Norteamérica se produce la proliferación de centros, servicios, equipos de salud, etc.. Ahora bien, cabe formular la crítica de que se incrementa la cantidad de los servicios prestados, pero no hay datos de un consiguiente aumento de la calidad ni de la eficacia de la atención. Como correlato de la proliferación de centros, se plantea la *desinstitucionalización* y la *reinserción en la comunidad* de los enfermos psiquiátricos, reinserción que en la mayoría de los casos también ha sido meramente cuantitativa. A su vez, la *integración escolar* de deficientes todavía no ha dado los resultados esperados (Pelechano, 1986a).

(10) En relación con el *movimiento preventivo*, la prevención posee gran tradición y ha demostrado su utilidad en numerosas ocasiones, en problemas orgánicos y biológicos, como epidemias, enfermedades infecciosas, etc.. En lo que aquí nos concierne, se acepta el modelo de Caplan que distingue tres tipos de prevención: **primaria**: eliminar o disminuir el riesgo de aparición de los trastornos; **secundaria**: reducción de incidencia y prevalencia de trastornos, detección de casos de riesgo; **terciaria**: reducción de la tasa de alteraciones en una comunidad. Siguiendo a Pelechano (1986a), el modelo *preventivo caplaniano* también es objeto de algunas críticas: la *prevención terciaria*, ni se debería haber propuesto, pues lo que se pretende es aplicar tratamientos eficaces; la *secundaria* no debería aplicarse de modo generalizado, pues si ya se da el trastorno no hay tal prevención y, en los casos de alto riesgo, no hay técnicas eficaces de diagnóstico diferencial de trastornos transitorios y duraderos; finalmente, la *primaria* no ha alcanzado resultados alentadores; item más, los partidarios no se ponen de acuerdo al adscribir determinados tipos de tratamientos a uno u otro nivel preventivo; se trata de un modelo lineal y secuencial que olvida la multideterminación de los fenómenos humanos; en suma, el modelo de prevención «se presenta como insuficiente, con graves problemas terminológicos, de coherencia interna e ideológicos» (Pelechano, 1986a, p.485).

Esta nueva orientación de la intervención se plasma en una serie de medidas concretas, que también tienen sus antecedentes (11). Así en 1965 la *Conferencia de Boston* constituye el surgimiento oficial de la *psicología comunitaria* (12) y propone un nuevo modelo de formación de psicólogos, que viene a sustituir al establecido en Boulder. Esta nueva regulación de la APA representa un *salto cualitativo* para la psicología profesional, en el sentido de que la función que se asigna a estos profesionales, los nuevos *psicólogos clínico-comunitarios*, va más allá de la ayuda individual tradicional, pues se les confiere un papel activo en el cambio social, se les convierte en «*conceptualizadores participantes*», en palabras de Pelechano, para quien este nuevo profesional ha de ser:

«... "conceptualizador participante" de los problemas que presenta el cliente. No se deben ocupar únicamente de la intervención individual: sus decisiones se encuentran enmarcadas en un contexto social-institucional que debe tomar en cuenta y en caso que lo considere necesario intervenir decididamente en el cambio social que promueva un mayor desarrollo personal y elimine focos estresantes ... Desde esta perspectiva, la profesionalización de la psicología clínica no vino impuesta por la formulación de modelos funcionales que se encontraban apoyados sobre una base experimental sólida, sino como demanda social de ayuda. El asentamiento experimental comenzó a hacerse desde la propia psicología, algún tiempo después, si bien, todo hay que decirlo, con una relativa celeridad» (13).

* * *

En suma, la tercera revolución en salud mental supone un cambio relevante en la medida en que acentúa los determinantes socio-ambientales y hace girar los tratamientos tradicionales, individualizados, hacia un enfoque socialcomunitario. Posteriormente, a partir de los setenta, se retoma lo biológico y se habla de categorías bio-psico-sociales. Todo ello, no sin problemas, tiene una repercusión directa en el campo de las deficiencias.

(11) Entre tales antecedentes hay que recordar varios ya mencionados: en 1946 el *Congreso Nacional de Salud Mental* admite la profesión del *psicólogo clínico con funciones terapéuticas*; en 1949 el *Congreso de Boulder, Colorado*, instituye un programa de formación de *psicólogos clínicos profesionales*.

(12) En 1967 la APA formaliza una *División de Psicología Comunitaria*.

(13) Pelechano (1979a, p.39).

5.3. LAS «DECADAS PRODIGIOSAS»

Como ya adelantamos, al asignar el calificativo de las *décadas prodigiosas* al período comprendido entre 1960 y 1980 pretendemos recalcar los numerosos y notables avances acaecidos en prácticamente todos los temas relativos a las deficiencias. En efecto, durante estas dos décadas los deficientes son objeto de una serie de medidas, sin precedentes en cuanto a su intensidad y generalización, que convierten esta época en una de las más positivas y favorables para estas personas. A ello contribuye de forma decisiva el reconocimiento general de los derechos humanos y civiles junto con la creciente subvención de servicios humanitarios por parte del gobierno federal de los Estados Unidos. Además, este período de bonanza no es exclusivo de Norteamérica, sino que se extiende a Europa, en especial a los países nórdicos y al Reino Unido y, con mayor lentitud y dilación a otros países, entre los que hay que mencionar Francia y España.

* * *

También adelantamos que es la ocasión histórica en que las deficiencias están más conectadas con las corrientes dominantes en la sociedad y en el campo de la salud, e, incluso, hasta con cierto protagonismo, como se manifiesta a través de la prioridad que se concede a la *prevención* de las deficiencias y a la creación de *centros de atención* a deficientes. Pero, asimismo, en el sentido de una mayor conexión e interacción entre los desarrollos acaecidos en las múltiples áreas de la salud mental y los producidos en el campo de las deficiencias, por un lado, y, por otro, entre los producidos en éste último. Es decir, mayor *conexión externa* con las *corrientes sociales* y con el *área de la salud e interna dentro del propio campo de las deficiencias*, como vamos a tratar de precisar a continuación.

En cuanto a la *conexión con el área de la salud*, aparte del ya descrito acicate que para la *psicología clínica y profesional* supone el desarrollo de la *psicología de la rehabilitación*, el campo de las deficiencias se beneficia de los planteamientos y enfoques dominantes en las ciencias de la salud, los *comunitarios* y los *bio-psico-sociales*. De otro lado, los avances en las *ciencias biomédicas* se traducen en mejoras considerables en la comprensión e identificación de causas biológicas de las deficiencias. La continuación de los avances *biomédicos*, la «letanía» de descubrimientos de que ya hablamos al hacer referencia a las dé-

cadav anteriores, los cuarenta y en especial los cincuenta, avances a los que siguen algunos otros de especial relevancia (14), todos estos avances biomédicos, decimos, tienen un efecto directo en la *mejora de los tratamientos* y en la *prevención de las deficiencias*.

De igual forma, también tienen repercusión directa en el campo de las deficiencias los desarrollos producidos en las diversas áreas de la psicología, en especial en la *evaluación psicológica* (15) y la *modificación de conducta* (16), sin olvidar los planteamientos de la *psicología comunitaria*, que participa de la mayoría de los principios y características descritos para la intervención comunitaria en las páginas anteriores.

Por lo que atañe a la *conexión interna* entre los avances producidos dentro del campo de las deficiencias, los desarrollos del *movimiento rehabilitador* y de la *psicología de la rehabilitación*, inicialmente destinados a discapacitados físicos, se expanden y generalizan a todos los deficientes. De modo similar, los avances producidos en lo relativo a la deficiencia mental resultan de aplicación para físicos y sensoriales, en especial el *principio de normalización* y la *desinstitucionalización* (17).

* * *

(14) La asociación del síndrome de Down con la edad de la madre; el descubrimiento del cromosoma extra por Lejeune, Gautier, y Turpin en 1959, que permite el desarrollo de diagnósticos prenatales de anomalías cromosómicas: el descubrimiento de Lubs del frágil cromosoma-X y su fenotipo asociado que explica un porcentaje elevado de los casos de retraso en varones; los últimos avances en genética, como el desarrollo de tests prenatales y presintomáticos; la vinculación genética entre el síndrome de Down y la enfermedad de Alzheimer que sugiere que la demencia en personas de mediana edad con síndrome de Down es cualitativamente idéntica a los efectos de la enfermedad de Alzheimer; los avances en el conocimiento de la bioquímica de algunas formas de retraso, que han permitido identificar vulnerabilidades particulares en el desarrollo del cerebro durante el último trimestre del embarazo y en los dos primeros años de crecimiento postnatal, etc. (Clarke y Clarke, 1987).

(15) El *cuarto período* de la *evaluación psicológica* abarca desde 1966 a 1975 y se caracteriza por la expansión del análisis funcional de conducta, la refundición del modelo psicométrico clásico y la búsqueda de alternativas, el situacionalismo y pragmatismo y la pérdida de purismo en planteamientos teóricos; tiene como representantes a McReynolds, Cronbach, Wiggins, Wahler, Cook, Barker (Pelechano, 1988a).

(16) Como ya se ha dicho, la *tercera fase* del *conductismo* (1959-69) es de *constitución y consolidación* y de predominio norteamericano. La *cuarta* (1970-76), fase de *rupturistas y continuistas*, está caracterizada por el pluralismo conceptual y técnico (Pelechano, 1978a).

(17) Esta tendencia lleva a no pocos a defender posiciones y conceptos *amplios y generales*, incluso *genéricos*. Posiciones inicialmente acertadas y potencialmente efi-

En varias ocasiones hemos mencionado la modificación producida en el modelo socio-ambiental a partir de los setenta, al retomarse los *determinantes biológicos* en los enfoques *bio-psico-sociales* imperantes a partir de entonces en las *ciencias de la salud*. Esta orientación bio-psico-social, que supone la *integración multicausal de lo biológico, lo psicológico y lo ambiental* (18), ofrece un nuevo puente de comunicación entre las disciplinas implicadas en la salud. En efecto, el tradicional desconocimiento mutuo y la ausencia de relación, cuando no enfrentamiento, entre dos de las más importantes de tales disciplinas, la psicología y la medicina, parecen estar siendo superados a través de una cierta cooperación en temas de *salud* en el marco de tales enfoques *bio-psico-sociales*. Al respecto, Ibáñez y Belloch (1989, p.5) escriben:

« ... se pretende abrir el diálogo entre dos ciencias, la Psicología y la Medicina, que a pesar de tener un origen común nunca llegan a encontrarse, al igual que las líneas paralelas».

Tal diálogo viene facilitado por y, a la vez, es una respuesta al reto que suponen las *enfermedades crónicas*. Los avances biomédicos en prevención, diagnóstico y tratamiento suponen mejoras considerables en la erradicación y curación de las *enfermedades infecciosas y agudas*. Pero, por contra, traen consigo la presencia de un nuevo tipo de *enfermo*, cuyas tasas de supervivencia y esperanzas de vida son elevadas, pero que presenta *problemas de salud* con carácter *crónico y complejo*. La complejidad proviene de la interacción de factores psicosociales que requieren un abordaje multiprofesional (En el **cuadro 17** pretendemos representar gráficamente la contraposición entre estos dos tipos de *enfermedades, infecciosas versus crónicas*, recalcando de forma especial sus consecuencias de cara a la intervención). En este contexto, diversas subespecialidades psicológicas, *psicología de la rehabilitación* y *psicosomática*, inicialmente, *medicina conductual*, *psicología de la salud* y *psicología comunitaria*, más re-

caces. Pero, salvadas las distancias entre tales corrientes, lo que aquí se pretende cuestionar es su carácter generalizador e inconcreto y difícilmente operativo, es decir, su inclinación hacia la teoría y la ideología en detrimento de la práctica y los programas específicos. Además, presentan en ocasiones ciertos puntos débiles que pueden conducir, y de hecho han conducido en determinados momentos y contextos sociopolíticos, a confusión, dado su carácter *generalista*, de tal forma que puede resultar difícil deslindar lo que afecta a unos y a otros y, lo que desde nuestro punto de vista resulta más lamentable, a la no diferenciación de servicios y de programas, aspecto sobre el que volveremos más adelante.

(18) Moos y Schaefer (1984).

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	VERSUS	ENFERMEDADES CRÓNICAS
<p style="text-align: center;">BIOLOGICA</p> <p>PREDOMINANTEMENTE BIOLÓGICO MAYORITARIAMENTE SIMILAR Y PREVISTO EN GENERAL, SÍNDROME CONOCIDO</p> <p style="text-align: center;">FASE AGUDA</p> <p>EN «FASES», MAYORITARIAMENTE SIMILAR, PREDOMINANTEMENTE ORGÁNICO, ADAPTACION «PASIVA», DEPENDENCIA DE TERCEROS</p> <p>PREDOMINANTEMENTE BIOLÓGICA DIAGNÓSTICO SINTOMÁTICO, CRITERIOS CATEGORIALES DICOTÓMICOS</p> <p>TERAPIA PREDOMINANTEMENTE BIOLÓGICA, TERAPIA PALIATIVA EN VARIABLES RESTANTES EN GENERAL, PREVISTO, DESCRITO Y CONOCIDO CLÍNICA, OBSERVACIONAL Y CORRELACIONAL ESTUDIOS COMPARATIVOS</p>	<p style="text-align: center;">ETIOLOGIA</p> <p style="text-align: center;">CURSO</p> <p style="text-align: center;">PRONOSTICO</p> <p style="text-align: center;">CONCOMITANTES</p> <p style="text-align: center;">CLAVE</p> <p style="text-align: center;">PROCESO</p> <p style="text-align: center;">INTERVENCION</p> <p style="text-align: center;">EXPLORACION</p> <p style="text-align: center;">TRATAMIENTO</p> <p style="text-align: center;">RESULTADO</p> <p style="text-align: center;">METODOLOGIA</p>	<p style="text-align: center;">BIO-PSICO-SOCIAL</p> <p>INTERACCION DE FACTORES BIO-PSICO-SOCIALES MAYORITARIAMENTE DIFERENCIAL E IMPREVISTO EN GENERAL, CUADROS IMPREVISTOS Y DESCONOCIDOS CRONICIDAD, PROGRESIVIDAD O IRREVERSIBILIDAD</p> <p>MAYORITARIAMENTE DIFERENCIAL, ESPECIFICO, VARIABLES BIO-PSICO-SOCIO-AMBIENTALES, ADAPTACION «ACTIVA», IMPLICACION PERSONAL</p> <p>MULTIPROFESIONAL Y MULTIFOCAL</p> <p>EVALUACION DIMENSIONAL, SELECCION DE VARIABLES INTERVINIENTES RELEVANTES</p> <p>PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES, ACTUACION SOBRE AREAS PRIORITARIAS</p> <p>VALORACION DE RESULTADOS, SEGUIMIENTO CUASI-EXPERIMENTAL Y EXPERIMENTAL ESTUDIOS LONGITUDINALES</p>
<p>PESTE; MENINGITIS; TRAUMATISMO ÓSEO POLIOMIELITIS ENFERMEDAD TRAUMATISMO MEDULAR Y AMPUTACION</p>	<p style="text-align: center;">EJEMPLOS</p>	<p>DIABETES; ASMA; CORONARIAS SECUELAS DE POLIOMIELITIS DISCAPACIDAD LESION MEDULAR Y AMPUTACION DISCAPACIDADES</p>
<p>Cuadro 17.—Contraposición entre enfermedades infecciosas y crónicas.</p>		

cientemente, constituyen los canales a través de los que se ha y se está desarrollando la contribución de la psicología al *enfrentamiento bio-psico-social ante los problemas de salud* (19). Finalmente, Matarazzo (1981) e Ibáñez y Belloch, (1989) expresan acertadamente lo positivo de este enfoque, de esta asociación revitalizada, y, a la vez, su carácter de reto:

«La relación entre las disciplinas de la psicología y la medicina es palpable en escritos desde los comienzos de la historia. Esta interacción se caracterizó en unas épocas por interés y apoyo mutuos, mientras que en otras por un desinterés relativo. En la pasada centuria se produjeron varios intentos formales de reconocer tal interdependencia y de reavivar y codificar en una base más permanente las relaciones de trabajo entre científicos y practicantes de ambas, la psicología y la medicina. Estas oscilaciones de interés durante el siglo veinte, interés que creció y disminuyó, han sido identificadas por nombres como psicósomática y psicología de la rehabilitación. Por diversidad de razones, en especial la ausencia de una base suficiente de conocimiento en ambas disciplinas, la deseada asociación no se produjo. Este estado de cosas parece estar cambiando en las dos últimas décadas ... durante los setenta, los especialistas en medicina, las ciencias de la conducta y otros segmentos de la sociedad alcanzaron un consenso acerca de que la conducta del sujeto es una de las fronteras, aún hoy sin explorar, para la práctica moderna de la medicina y para todo lo relativo a los servicios de salud» (Matarazzo, 1981, p.vii).

«En definitiva, todo lleva a pensar que si médicos y psicólogos no han logrado entenderse en la enfermedad, es probable que puedan lograrlo en la promoción de la Salud» (Ibáñez y Belloch, 1989, p.7).

* * *

En todo caso, durante estas dos décadas el **movimiento reabilitador y la psicología de la rehabilitación** acentúan las tendencias esbozadas en los cincuenta, es decir, amplían sus cometidos y los colectivos beneficiados (**cuadros 14 y 18**). En esta tendencia

(19) Basmajian (1980); Bishop (1980); Matarazzo (1980, 1981, 1982); Moos (1984); Moos y Schaefer (1984); Ibáñez (1987, 1991); Ibáñez y Belloch (1989); Belloch y Barreto (1987).

amplificadora y generalizadora tienen un papel decisivo algunos manuales (20), pero la *psicología de la rehabilitación*, inicialmente dominada por la *teoría de campo*, se abre a y se beneficia de la introducción de otras corrientes, en especial *modificación de conducta*, *psicología ecológica*, *movimiento de los derechos civiles* y para la *vida independiente* y *enfoques comunitarios* (21). Estas influencias no impiden el desarrollo de una especialidad, vigorosa y nítidamente diferenciada (22), bajo la égida de la *División 22, Rehabilitation Psychology*, de la APA, cuyos principios aparecen proclamados en 1972 y 1975, cuya orientación se resume en la *identificación entre rehabilitación y rehabilitación profesional* y cuyos máximos exponentes pueden encontrarse en los clásicos manuales editados por Bolton, por Neff y por Golden (**cuadro 18**).

* * *

Por contra, el **principio de normalización**, que viene ampliado en el **cuadro 19**, inicialmente desarrollado en relación con la deficiencia mental, se expande y aplica a todos los deficientes, especialmente en su vertiente de *desinstitucionalización e integración escolar*. La irrupción del *principio de normalización* se produce a finales de la década de los sesenta en los países escandinavos, inicialmente por parte del danés Bank-Mikkelsen, luego ampliado por el sueco Nirje y posteriormente recogido y reformulado por Wolfensberger. Este principio se convierte en un clásico de la literatura especializada. El concepto de normalización supone un avance en los objetivos y metas terapéuticas, un *cambio en la sensibilidad*, por

(20) Como el editado por Cruickshank (1955/1980), el cual, no obstante incluir en sus tres primeras ediciones uno de los capítulos más clásicos y representativos de psicología de la rehabilitación, *Somatopsychology of Physical Disability* (Meyerson, 1955/1963/1971), sustituido en la cuarta edición, mejor revisión, por otro no menos clásico, *Theories about the Adjustment to Having a Disability* (Shontz, 1980), realmente es un manual de *sujetos excepcionales*; igualmente, el manual de *evaluación psicológica*, cuyo título, *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps* (Mittler, 1970/1981), revela la amplitud de sus contenidos.

(21) Referencias de la introducción de otras corrientes en *psicología de la rehabilitación: modificación de conducta* (Meyerson, Kerr y Michael, 1967; Kerr, 1976; Fordyce 1964, 1971, 1974, 1976; Asken, 1976; Ince, 1976, 1980); *psicología ecológica* (Vineberg y Willems, 1971; Willems, 1972); *enfoques comunitarios* (Boswell y Wingrove, 1979; Helander, Mendis y Nelson, 1979); *movimiento de los derechos civiles* (Burgdorf, 1980); *movimiento para la vida independiente* (Pflueger, 1977; De Jong, 1979a,b, 1981, 1984; Bilotto et al., 1979; Lassiter et al., 1983).

(22) Shontz y Wright (1980); Fraser (1984); y, entre nosotros, Aguado (1988, 1989a, 1991).

AÑO	OBSERVACIONES
1958/60	— <i>Primera y Segunda Conferencia de la División 22.</i>
1966-67	— <i>Actitudes hacia discapacitados:</i> Yuker y cols.: The Measurement of Attitudes ...: escala de actitudes; Siller y cols.: varios trabajos: Attitudes toward ...
1967	— Meyerson, Kerr y Michael: Behavior Modification in Rehabilitation: teoría de campo e introducción de principios de <i>modificación de conducta</i> en rehabilitación.
1970	— Mitler edita The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps, clásico manual de evaluación de físicos, sensoriales y deficientes mentales.
1970	— <i>Tercera Conferencia de la División 22 de la APA. 1971:</i> Neff edita Rehabilitation Psychology, actas de esta <i>Tercera Conferencia.</i>
1971	— Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, de Lotquist, Dawis y Hendel, sobre <i>rehabilitación profesional</i> , en concreto <i>adaptación al trabajo.</i>
1971-72	— Aplicación de la <i>psicología ecológica</i> a la rehabilitación: Vineberg y Willems: Observation and Analysis of Patient Behavior in the Rehabilitation Hospital; Willems: The Interface of the Hospital Environment and Patient Behavior.
1972	— Cull y Hardy editan Vocational Rehabilitation, rehabilitación profesional; revisado en 1987 por Gandy, Martin, Hardy y Cull, Rehabilitation Counseling and Services.
1972	— La División 22 publica Proposed Platform, principios de <i>psicología de la rehabilitación.</i>
1975	— El <i>Comité Ejecutivo de la División 22</i> publica Psychology in Action: Statement of Beliefs and Objectives of APA Division 22 (Rehabilitation Psychology), principios.
1975	— Shontz publica The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability, desde un acercamiento <i>personalístico.</i>
1976	— Bolton edita Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation, manual clásico de <i>evaluación</i> en psicología de la rehabilitación.
1976	— <i>Técnicas conductuales en rehabilitación:</i> Kerr: Field Theory and Behavior Modification in Rehabilitation; Fordyce: Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness; Asken: Behavioral Techniques and Orthopedic Disability; Ince: Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine.
1977	— Stubbins: Social and Psychological Aspects of Disability; incluye un magistral capítulo de Shontz, Physical Disability and Personality: Theory and Recent Research.
1977	— Pflueger publica Independent Living, movimiento para la <i>vida independiente.</i>
1979	— De Jong publica The Movement for Independent Living, movimiento <i>vida independ.</i>
1979	— Bilotto y Washam publican A Rationale for the Integration of Independent Living with Vocational Rehabilitation, <i>vida independiente y rehabilitación profesional.</i>
1979	— Boswell et al.: The Handicapped Person in the Community, enfoque <i>comunitario.</i>
1979	— Helander et al.: Training Disabled People in the Community: manual práctico, auspiciado por la OMS, sobre <i>rehabilitación en el seno de la comunidad.</i>
1979-81	— Brown: Rehabilitation Indicators: niveles de funcionalidad física, social y de otros factores predictores de funcionamiento en aspectos cruciales de la rehabilitación.
1980	— Ince: Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications: técnicas conductuales en rehabilitación.
1980	— Burgdorf: The Legal Rights of Handicapped Persons, enfoque de los <i>derechos civiles.</i>
1980	— Cruickshank revisa Psychology of Exceptional Children and Youth; capítulo magistral de Shontz, Theories about the Adjustment to Having a Disability.

AÑO	OBSERVACIONES
1981	— Crewe y Athelstan: Functional Assessment Inventory (FAI) ; evaluación de factores predictivos de la capacidad para el trabajo o para otras actividades productivas.
1983	— Wright revisa Physical Disability: A Psychological Approach .
1983	— Lassiter y cols. editan Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People , aplicación del movimiento para la <i>vida independiente</i> a la rehabilitación de <i>discapitados gravemente afectados</i> .
1984	— Golden edita Current Topics in Rehabilitation Psychology , clásico manual de <i>psicología de la rehabilitación</i> de los ochenta.
1984	— De Jong y cols. publican Independent Living Outcomes in Spinal Cord Injury , <i>vida independiente</i> como objetivo de la rehabilitación de <i>lesionados medulares</i> .
1986	— Brown y Reynolds editan Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality. A Handbook , enfoque de la <i>excepcionalidad</i> .
1988	— Yunker publica Attitudes toward Persons with Disabilities .
1988	— Van Hasselt, Strain y Hersen editan Handbook of Developmental and Physical Disabilities , enfoque <i>evolutivo</i> .

Cuadro 18.—Desarrollo y expansión de la psicología de la rehabilitación.

cuanto añade la posibilidad de facilitar la adaptación, hacerla accesible normalizando el ambiente. No obstante, también este concepto tan aceptado es objeto de muchas significaciones, incluso contradictorias, como trata de reflejar el **cuadro 19** (23). Con las últimas matizaciones, *desinstitucionalización* y *comunitarización*, el principio de normalización queda plenamente conectado con la *intervención comunitaria*.

* * *

Finalmente, la *conexión con las corrientes dominantes en la sociedad* se manifiesta a través de la proliferación de *medidas legales e institucionales*, algunas específicas para determinados colectivos de afectados y otras de alcance general para todos los deficientes. A destacar la participación de organismos internacionales, *Naciones Unidas*, *UNESCO*, *Organización Mundial de la Salud*, *Organización Internacional del Trabajo*, *Rehabilitación Internacional* (24). En este contexto hay

(23) Seguimos a Pelechano (1984), Sanz del Río (1985), Fierro (1986), García García (1988a) y Scheerenberger (1987).

(24) En 1964, la ONU lleva a cabo un estudio sobre los aspectos legislativos y administrativos de la rehabilitación de personas discapacitadas en determinados países, concreta-

EL PRINCIPIO DE NORMALIZACION

- **Gobierno danés:** 1959. *ley relativa al cuidado de los retrasados mentales y de otras personas excepcionalmente retrasadas*: objetivo, *normalizar sus vidas*.
- **Bank-Mikkelsen** (1969): la posibilidad de que el deficiente desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible; acentúa el resultado, *una vida tan normal como sea posible*; «normalización de la vida».
- **Nirje** (1969): hacerle accesibles patrones y condiciones de vida tan semejantes como sea posible a las normas y patrones de la sociedad en general; recalca los medios y métodos para conseguirla; «normalización de las condiciones de vida», «generación de ambientes adaptados».
- **Wolfensberger** (1972, 1980): aportación sistematizadora: tres grandes variaciones y dimensiones significativas: a) Uso de medios culturalmente valiosos, que permitan vivir vidas valiosas a las personas: empleo de recursos económicos y científicos encaminados a mejorar la calidad de vida; b) Uso de medios culturalmente normativos que ofrezcan condiciones de vida, tan buenas, al menos, como las del ciudadano medio y, a la vez, que se apoye, en la medida en que sea posible, la conducta, apariencia, *status* y reputación de la persona deficiente: creación de ambientes diferenciados aunque con el mismo *standard* de vida, así como utilización de recursos instruccionales, educativos y de programación de actividades de trabajo y ocio, al uso en el mundo de la normalidad; c) Uso de medios, tan normativos culturalmente como sea posible para establecer, promover o apoyar conductas, apariencias y experiencias lo más culturalmente normativas que sea posible.
- **Wolfensberger** (1983, 1984): modificación añadida al concepto de normalización: **valoración del rol social**: creación, apoyo y defensa de roles sociales valiosos para las personas de alto riesgo de devaluación social, mediante la intensificación de su «*imagen social*» y de sus «*capacidades personales*»; no se trata de valorar simplemente a la persona en sí, sino de asignarle un rol social valioso; la normalización, en su conceptualización más actual, consiste en la promoción y defensa de roles sociales y valiosos en la persona devaluada.
- Secuelas: el proceso de **desinstitucionalización** y un nuevo concepto: **comunitarización**: generación de servicios asistenciales y de ayuda en las comunidades locales.

Cuadro 19.—Significaciones del principio de normalización.

que resaltar el *reconocimiento universal* de los derechos de los deficientes, discapacitados y minusválidos: en efecto, la ONU aprueba la

mente en 18; en 1964, la *Conferencia General* de la UNESCO adopta una resolución sobre *educación especial* para personas sordas, ciegas, con parálisis cerebral, retrasadas mentales y deficientes similares; en 1971, *Rehabilitación Internacional* (RI) celebra en Roma la *Primera Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos*; en 1975 se hace pública una resolución del *Consejo Económico y Social* de la ONU sobre *prevención de la discapacidad y rehabilitación* de las personas minusválidas; en 1976, la ONU realiza un *Estudio comparativo de la legislación, organización y administración de los servicios de rehabilitación para el minusválido*, referente a 49 países; en 1977, la misma ONU lleva a cabo otro estudio, *Tendencias recientes en la legislación sobre servicios de rehabilitación para minusválidos*, sobre 33 países; en 1978, tiene lugar en Manila la *Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos* de RI.

Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales y la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas, ambas en 1971 (25).

En cuanto a los EEUU, en 1961 el presidente Kennedy convoca el *Panel on Mental Retardation*, que en 1962 presenta varias recomendaciones para prácticamente todo lo relativo a las deficiencias y cuyos puntos más sobresalientes son la insistencia en *investigación y prevención* y la prestación de *servicios continuos y centrados en la comunidad*. Tales recomendaciones cristalizan en 1963 en la *Public Law 86-164*, entre cuyas medidas destaca la creación de centros de investigación de la deficiencia mental asociados a universidades, lo que redunda en un incremento considerable de investigaciones (26). De igual forma, poco después surgen otras disposiciones legales, *Rehabilitation Act* y *Education for All Handicapped Children Act* (27), que junto con otras medidas legislativas reconocen la obligación de la sociedad de proveer educación adecuada, empleo, oportunidades, etc., a los deficientes (28). Estas dos piezas clave de la legislación americana presentan la novedad de acentuar el *trabajo multiprofesional*, sin supervisión médica, y conceder al psicólogo un papel decisivo en evaluación y tratamiento (29). Todas estas medidas se plas-

(25) La *Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales* incluye, entre otros, los siguientes derechos: atención médica adecuada; formación y asesoramiento; seguridad económica; nivel de vida decente; trabajo productivo u ocupación significativa; vivir en familia y tomar parte en la vida de la comunidad; ser protegidos de la explotación, el abuso y los tratos degradantes; un tutor cualificado; protección jurídica frente a la restricción de sus derechos; la *Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas* reitera las declaraciones anteriores, la *Universal de los Derechos Humanos* de 1948 y la de las *Personas Deficientes Mentales*, y añade: el derecho a que sus especiales necesidades sean tenidas en cuenta en la planificación social y económica; la consulta a las organizaciones de minusválidos en asuntos que afecten a sus derechos (*Secretaría General de la ONU, 1975; Rehabilitación Internacional, 1987*).

(26) *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act*.

(27) La *Rehabilitation Act* de 1973 supone la potenciación de la *rehabilitación funcional y profesional* llevada a cabo por *equipos multiprofesionales*; dicha normativa no especifica la *supervisión médica*, sino que concede especial relevancia a la participación del *psicólogo*; más adelante, en 1978, en las *enmiendas* a esta ley (*Amendments to the Rehabilitation Act of 1973*), se crea el *National Institute of Handicapped Research* (NIHR, *Instituto de Investigación sobre Discapacitados*), que sustituye a *Vocational Rehabilitation Administration* (VRA, *Administración de Rehabilitación Profesional*); luego, en 1986, el NIHR se transforma en *National Institute on Disability and Rehabilitation Research* (NIDRR, *Instituto de Investigación sobre Discapacidad y Rehabilitación*); la *Education for All Handicapped Children Act* de 1975 recalca el enfoque multiprofesional y atribuye un papel central del *psicólogo* en evaluación y tratamiento.

(28) Van Hasselt, Strain y Hersen (1988c).

(29) Frank, Gluck y Buckelew (1990).

man en importantes avances en la *concepción de las deficiencias*, en las *prácticas sociales* y en los *tratamientos impartidos*, progresos que Scheerenberger (1984) sintetiza del modo siguiente:

«En las dos décadas que nos ocupan, las personas retrasadas mentales salieron de las sombras en que se hallaban. Se aceptó que la herencia y los traumatismos físicos graves eran responsables de sólo el 10-15% de los casos, mientras que la inmensa mayoría de los restantes se atribuían a un amplio abanico de experiencias culturales, o bien a la ausencia de ellas. La sensibilidad pública crecía y la concesión de mayores oportunidades pasó a ser el santo y seña de las obras sociales» (p.361).

«Ningún otro período de 20 años fue escenario de tantos avances humanitarios como las décadas de 1960 y 1970: reconocimiento de derechos, incorporación a la corriente general de la sociedad, defensa legal, normalización, modelos de desarrollo y desinstitutionalización; subvenciones locales, estatales y federales ... Muchos fueron los logros, e incontables personas deficientes se beneficiaron de oportunidades inimaginables hasta entonces» (p.371).

* * *

Por lo que concierne a la concepción de la deficiencia mental, Grossman (1973/1977/1983) reelabora la *definición oficial* adoptada por la AAMD, introduciendo algunas novedades dignas de destacar y estableciendo la siguiente definición de 1983:

«Retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media que resulta de o está asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período de desarrollo».

Como novedad, ya desde la definición de 1973 el punto de corte queda establecido en *dos desviaciones típicas* por debajo de la media, con lo que la clasificación pasa a adquirir una estructura cuádruple, al ser excluidos los casos *límite* o *bordeline*. Novedosa resulta también la carencia de alusiones a criterios de maduración o biológicos y la refundición de aprendizaje y adaptación social en conducta adaptativa, lo que supone una *cierta psicologización* del concepto de deficiencia mental (30).

(30) Pelechano (1975b, p.133).

También paralela a la *definición oficial*, la AAMD aprueba la nueva *clasificación etiológica* que establece las siguientes categorías: *infecciones e intoxicaciones; traumatismo o agente físico; metabolismo o nutrición; daño cerebral grave (postnatal); causa prenatal desconocida; anomalías cromosómicas; otras condiciones durante el período perinatal; subsiguiente a desórdenes psiquiátricos; influencias ambientales; otras condiciones* (31).

* * *

En cuanto a las *prácticas sociales*, se produce una mejora sustancial en la sensibilidad pública hacia los deficientes como resultado, en primer lugar, del *activismo social y legal* y del *movimiento de los derechos civiles*, tan efervescentes en los setenta en los EEUU, en los que las *asociaciones de padres y profesionales* ocupan un papel destacado, y, en segundo lugar, de las *medidas institucionales y legales*, algunas de las cuales acaban de ser mencionadas. Dicha mejora sustancial se traduce en cambios positivos en la imagen de los deficientes y en las actitudes colectivas hacia ellos, cambios a los que no son ajenos los *estudios sobre actitudes*, en especial los de los equipos dirigidos por Yuker y Siller (32) y las campañas y programas americanos de *imagen y de formación y cambio de actitudes* (33).

* * *

Por lo que concierne a los *tratamientos impartidos*, amén del desarrollo de programas de *intervención temprana*, entre los cuales el *Head Start* (1965) es el pionero, la *educación especial* experimenta cambios significativos como consecuencia de la difusión de la *modificación de conducta* y de las *críticas* que cuestionan su eficacia y plantean la *reforma institucional*, la *desinstitucionalización* y la *potenciación de la atención comunitaria*.

La *modificación de conducta*, en su vertiente skinneriana, introducida en lo relativo a la deficiencia mental por Bijou (1963, 1966), es uno de los acicates para la mejora de las técnicas de tratamiento en educación especial. Si bien hasta 1965 son escasos los estudios sobre técnicas conductuales en educación especial, entre 1965 y 1975 se

(31) Grossman (1983); Scheerenberger, (1987).

(32) Yuker, Block y Youngg (1966); Siller, Chipman, Ferguson y Vann (1967); Siller, Ferguson, Vann y Holland (1967).

(33) Wright (1984); Aguado y Alcedo (1990a).

producen numerosas publicaciones que describen diversas aplicaciones llevadas a cabo por «investigadores entrenados» y, también, por padres, maestros y «auxiliares de enseñanza» (34). Jack Tizard es el primero en advertir la importancia del estudio de los *procesos de aprendizaje*, al recalcar el hecho de que los adultos con retraso severo muestran capacidad para aprender tareas simples, para responder a incentivos e, incluso, para retener aprendizajes y transferir sus efectos a otras tareas. Los trabajos de este pionero se van ampliando a otras áreas y objetivos, como el empleo (estudios sobre aprendizaje de tareas ocupacionales simples, comparaciones entre el deficiente pasivo y dependiente sin empleo y el empleado), desarrollo de métodos, como el *proyecto Portage*, de evaluación de déficits y capacidades residuales con vistas al desarrollo de técnicas de mejora, entrenamiento de padres en el manejo de técnicas conductuales que favorezcan y estimulen el desarrollo de sus hijos deficientes, etc.. Para casos de retraso severo, el experimento de *Brooklands* realizado por Tizard (1962) fue el más efectivo: un pequeño grupo de niños procedentes de una institución masificada y que proporcionaba escasa atención son llevados a una unidad residencial. En un período de dos años consiguen incrementar significativamente la inteligencia verbal y mejorar en salud y en conducta (35).

En cuanto a las *críticas*, G. Orville Johnson (1962) revisa varios estudios de seguimiento postescolar y concluye que los retrasados mentales que asisten a clases con menos alumnos y con profesores especializados, con programas de estudios personalizados y que reciben más inversiones, cumplen los objetivos pedagógicos igual o peor que otros deficientes mentales que no tienen tales ventajas y asisten a clases regulares. Johnson no propone la supresión de las clases especiales, pero cuestiona su validez y eficacia. Otras revisiones llegan a parecidas conclusiones (36). Estos resultados junto con el movimiento de los *derechos civiles* dan lugar a serios intentos de cara a la *normalización* tanto en el medio escolar como en la comunidad.

* * *

Respecto a los *servicios residenciales*, que han aumentado considerablemente en número de centros e internos, con el consi-

(34) Morris y McReynolds (1989).

(35) Clarke y Clarke (1987).

(36) Scheerenberger (1984).

guiente incremento de la saturación y descenso de la calidad, en 1966 Burton Blatt y Fred Kaplan publican un sobrecogedor reportaje fotográfico, **Christmas in Purgatory**, sobre la vida de los deficientes en los internados. Incluso los tribunales americanos toman cartas en el asunto, declarando inconstitucionales muchos de sus procedimientos y condiciones. También es declarada inconstitucional la *servidumbre voluntaria*, trabajos de los deficientes en los centros, y se obliga a pagar el salario mínimo y horas extras. Como consecuencia de todo ello, la *reforma institucional* y la *disinstitucionalización* pasan a ser objetivos prioritarios.

* * *

Todas estas tendencias también llegan a España, con retraso, pero llegan. El *medio siglo de retraso* respecto a Europa en el abordaje de la deficiencia mental de que habla Fierro (1984a) queda reducido. El *principio de normalización* es objeto de *medidas legales* y de *publicaciones* en revistas españolas (37) y tiene repercusión entre los especialistas, aunque en los ochenta (38). Incluso, las *Guías bibliográficas del Servicio Internacional de Información sobre Subnormales* (SIIS) suelen dedicar un apartado de «*cuestiones sociales*» a «*integración y normalización*».

De otro lado, los principios de *previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos* adquieren rango constitucional (39). De igual forma se ponen en marcha toda una serie de medidas legales e institucionales en beneficio de los *anormales* (40) y de los *accidentados labora-*

(37) Bank-Mikkelsen (1975, 1977, 1979); Wolfensberger (1986).

(38) Pelechano (1984); Sanz del Río (1985); Fierro (1986); García García (1988a).

(39) *Constitución* de 1978, artículo 49: «Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos».

(40) En cuanto a las medidas en pro de los *anormales*, en 1960 surgen en Valencia y San Sebastián las primeras *asociaciones pro deficientes mentales*, que se federan en 1964; en 1963 tienen lugar las *Primeras Jornadas Técnicas de Estudio sobre Subnormales*, que vuelven a ser convocadas en 1967, 1969 y 1972; en 1963 se instaura la *Especialidad de Pedagogía Terapéutica* en Escuelas de Magisterio; en 1968 se crea el *Servicio de Asistencia a Menores Subnormales*, que atiende a ciegos, sordomudos y sordos profundos, afectados de dos extremidades, para-, hemi- y tetra-pléjicos,

les (41). Entre todas ellas hay que destacar la creación, en 1970, del *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos* (SEREM), reconvertido en 1978 en *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (INSERSO). En 1974, bajo la iniciativa del SEREM, tiene lugar la *Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad* (MINUSVAL-74), en la que participan destacados especialistas (42).

La ya mencionada creación del SEREM a comienzos de los setenta supone la entrada de psicólogos en un organismo oficial y, por tanto, un cierto reconocimiento público del papel de la psicología (43). Sin embargo, las vicisitudes que experimenta el SEREM desde su creación, la oscilación entre la *universalización* y la *restricción* de la actividad (44), junto con las *necesidades inmediatas* de atención a *minusválidos* impiden, no ya una labor investigadora, sino lo que Pelechano se veía obligado a desear y recomendar en relación con los enfoques psicológicos de la rehabilitación en nuestro país, «la

oligofrénicos (CI < 50) y paralíticos cerebrales; en la década de los setenta, la *Ley General de Educación* de 1970 aporta la definición de la educación especial; en 1971 aparece una normativa para la realización de un censo de alumnos deficientes e inadaptados necesitados de educación especial; en 1976 se crea el *Real Patronato de Educación Especial*, que en 1978 se convierte en *Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes*; en 1978 se publica el *Plan Nacional de Educación Especial*, que incluye los principios de *normalización, integración, sectorización e individualización*; finalmente, en 1978 se aprueba el *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad*, que entra en vigor en 1982.

(41) Por lo que concierne a las medidas legales en favor de accidentados laborales, en 1961 se hace público el *Decreto sobre aseguramiento de enfermedades profesionales*, en el que se habla de *prevención, rehabilitación y reinserción laboral*. A su vez, en la *Ley de Bases de la Seguridad Social* de 1963 queda previsto un *plan de rehabilitación* que incluye tratamiento sanitario, rehabilitación funcional, orientación profesional, formación profesional (readaptación a puesto anterior y/o reeducación para otro), registro de inválidos recuperados, empleo selectivo para los registrados; cupos de rehabilitados en empresas en proporción a plantilla; centros piloto para rehabilitados, etc.. En 1968 aparece la *Orden Ministerial de ayudas a Centros de Empleo Protegido* para trabajadores minusválidos. En 1973 se regulan los *talleres y centros de trabajo protegido*. En 1974 se establece la *reserva de puestos de trabajo para minusválidos*, concretamente un 2% en empresas con más de 50 empleados.

(42) Desde el campo de la *psicología*, participan entre otros especialistas Forteza (1975) y Pinillos (1975a,b). La *Ponencia* de éste último pudo ser el inicio de un camino. Que sepamos, este camino sólo fue continuado por Camarero, cuya *Memoria de Licenciatura* (1976) dirige el propio Pinillos, y que tiene algunas intervenciones sobre *psicología en la rehabilitación de minusválidos y modelo psicológico de trabajo rehabilitador* (Camarero, 1977, 1980).

(43) En el campo de los ciegos Pajón publica en 1974 *Psicología de la ceguera*, una *psicología especial de los ciegos*, la *tiflogía*, desde la perspectiva de la *psicología individual adleriana*.

(44) García Viso e Iñiguez (1983); Aguado (1989a).

publicación tanto de discusiones teóricas como de resultados» (45). No obstante, el SEREM realiza una labor divulgadora encomiable a través de publicaciones, como la Revista **Minusval**, el **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM** (46). Paralelamente, el SEREM o INSERSO, como pasa a denominarse, publica una colección de libros, «**Temas de rehabilitación**», que contribuyen a la divulgación de la *problemática de los minusválidos*. Por último, la *Fundación MAPFRE* también merece ser citada. De igual forma, las preocupaciones inmediatas han tenido peso decisivo en su trayectoria. No obstante, son de destacar su contribución a la formación de profesionales y sus numerosas publicaciones (47).

Finalmente, es menester destacar una revista que comienza a publicarse en 1975, **Análisis y Modificación de Conducta**, «*publicación científica periódica y especializada en problemas psicológicos*», fundada y dirigida por Vicente Pelechano. En su número «0» aparecen artículos sobre *deficiencia mental*, entre los que sobresale *Concepto e incidencia de la deficiencia mental*. A partir de entonces se publican con cierta frecuencia trabajos sobre deficientes mentales y, más adelante, también tienen cabida en las páginas de esta revista los temas relativos a otros deficientes, como así trata de ilustrar el **cuadro 20**. En síntesis, **Análisis** contribuye de forma decisiva a que los estudios sobre *deficiencia mental*, en primer lugar, luego sobre otras *deficiencias*, *discapacidades* y *minusvalías*, adquieran en España *estatuto científico*.

* * *

En suma, durante este período se produce en España un salto cuantitativo y cualitativo en la atención a los deficientes. Con vacilaciones y lagunas,

(45) «Dada la carencia de publicaciones españolas profesionales en el tema ... los enfoques psicológicos de la rehabilitación han estado excesivamente ausentes de la bibliografía española ... sería de desear que, pese a la recencia de la entrada de psicólogos profesionales en estas áreas, se comenzara pronto con la publicación tanto de discusiones teóricas como de resultados (todo lo parciales que se quiera) que se vayan alcanzando ya, con lo que podría empezar a florecer una verdadera psicología española con discusiones asentadas sobre datos y experiencias directas más que sobre datos de otros países y experiencias "vicarias". Este fenómeno no es específico del tema de la rehabilitación, pero representa no solamente un reto sino una exigencia profesional ineludible» (Pelechano, 1987a, p.7).

(46) Su primer ejemplar es de 1975; posteriormente se redenomina **Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales**; en 1985 el **Boletín** desaparece por razones que lamentamos.

(47) Fundación MAPFRE (1976, 1978, 1980); Zaretsky e Ince (1981); Carrobles (1981); Ruano (1981, 1992/1993); Gaillard, Chatelangat y Stegmann-Müller (1984).

pero lo cierto es que la **distancia** se aminora. Entre las lagunas, hay que destacar el retraso en investigación, y por ende en publicaciones, retraso más acusado en discapacitados físicos. Y como conclusión general sobre estas dos décadas prodigiosas, muchos y considerables son los progresos y los avances, aunque se van anticipando algunos de los problemas que se agudizan en los años siguientes, en fin, **progresos e incertidumbres** de los que habla Scheerenberger:

«Sería ciertamente difícil, si no imposible, tratar de escudriñar a través de las distintas y variadas fuerzas que han interactuado durante todo el periodo histórico revisado con la pretensión de asignar las valoraciones adecuadas. Con todo, el tiempo transcurrido ... fue un periodo de promesa, de progreso y de incertidumbre» (1987, p.259).

Año	Autor	Título / Descriptor / Materia
1975	Brengelmann	Modificación de conducta en deficientes mentales
1975	Pelechano	Trastornos de conducta para deficientes mentales
1975	Pelechano	Concepto e incidencia de la deficiencia mental
1975/76	Pelechano et al.	Escala ETC-I: Trastornos de conducta y deficiencia mental
1975	Pelechano et al.	Binet-Simon en deficientes mentales
1975	Pimillos	Los problemas psicológicos del minusválido
1975	Brengelmann	Personalidad y rendimiento en deficientes mentales
1975	Pelechano et al.	Un análisis dimensional de CMMS (Columbia Mental Maturity Scale)
1976	Brengelmann	Problemas psicológicos en la reintegración social de def. mentales
1976	Pelechano	Una escala de hábitos sociales en deficientes mentales
1976	Pelechano et al.	Eficacia del refuerzo social en un deficiente mental
1976	Pelechano et al.	Viabilidad de una entrevista para historias de refuerzo en def. mentales
1977	Prieto et al.	La reestructuración cognitiva en un deficiente mental
1977	Pelechano et al.	Efectos de la observación y ... en una clase de def. mentales
1977	Pelechano et al.	Moldeamiento comportamental en un caso de oligofrenia
1977	Silva et al.	Aspectos de socialización en escolares normales y deficientes
1979	Pelechano	Una nota sobre estrategias la incidencia de la def. mental
1979	Silva et al.	Tipificación de las escalas AHS-1 y ETC-1 en niños canarios
1979	Carpintero et al.	Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental
1983	Botella et al.	Programas de cambio comportamental en disfunción cerebral
1985	Luciano et al.	Una revisión de procedimientos para entrenam. en sujetos retardados
1985	Simón	Valoración de efectos de biofeedback-EMG sobre músculos paréticos
1985	Romero	Disminución de conductas disruptivas en aula de educación especial
1985	Moltó	Tratamiento conductual de encopresis para deficientes mentales
1986	Pelechano et al.	Actitudes y cambio / Personalidad y motivación / Efectos esperados
1986	Simón	El pie equinovaro hemipléjico: Una aproximación experimental
1986	Del Barrio et al.	Revisión sobre el tema del castigo en el retraso mental
1986	Peñate	Aceptación de la integración de niños ciegos por sus compañeros

Año	Autor	Título / Descriptor / Materia
1987	Pelechano	Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento
1987	Sanz Aparicio	Efecto del refuerzo social en una muestra de infantes trisómicos-21
1987	Verdugo et al.	Entrenamiento de habilidades vocacionales a una deficiente psíquica
1987	Botella et al.	Evaluación de contextos, habilidades sociales interpers. y def. mental
1987	Simón et al.	Técnicas de terapia física en pie equino-varo hemipléjico
1987	Aguado	Compromiso psicosocial en la rehabili. de discapacidades motrices
1988/92	Pelechano et al.	Datos para la validación del Stanford-Binet en deficientes mentales
1989	Blanco et al.	Análisis funcional de sujetos oligofrénicos: un código de observación
1989	Ferro	Eliminación del bruxismo diurno de un niño retrasado
1990	Aguado et al.	La inteligencia como variable interviniente en los procesos de rehabilitación
1990	Aguado et al.	Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: una revisión crítica
1991	Aguado et al.	Concordancia interjueces y precisión del dibujo de la figura humana
1991	Herruzo et al.	Mejora de adherencia a tratamiento en discapacidad física
1991	Herruzo et al.	Atención primaria en psicopatología de la discapacidad e invalidez
1991	Pelechano et al.	Actitudes hacia la integración de invidentes y personalidad
1993	Rubio et al.	Generalización del comportamiento adaptativo en el retraso mental
1993	García Sánchez	Simulación del déficit visual ... integración escolar de def. visuales
1994	Cobos	Modificación de conducta en amputados: un estudio piloto
1994	Andreu et al.	Diseño N-1 para el control del efecto del tratamiento de la epilepsia

Cuadro 20.—Artículos publicados en **Análisis y Modificación de Conducta** sobre deficiencias.

5.4. LOS OCHENTA

La década de los ochenta viene diferenciada por algunas notas características: en primer lugar, la **intensificación de las tendencias** de los últimos veinte años; en segundo lugar, el **pluralismo conceptual y técnico** que, por otra parte, no es privativo del campo de las deficiencias; en tercer lugar, finalmente, la **progresiva importancia y complejidad** que adquiere el tema de la **asistencia a los deficientes, discapacitados y minusválidos**, condicionada por la **crisis económica y sus repercusiones en servicios sociales**. Precisamente estas notas constituyen el guión de este apartado que cerraremos con una referencia a nuestro país.

* * *

Por lo que respecta a las **tendencias de las últimas décadas**, durante los ochenta se intensifica la **intervención comunitaria**, con las consiguientes **proliferación de centros y servicios**, **continuación del movimiento preventivo** y de la **desinstitucionalización** bajo la óptica del principio de

normalización. De igual forma, se intensifica el *activismo social*, movimiento en el que las *asociaciones de padres y profesionales* siguen destacando, así como la *participación de gobiernos y organismos internacionales y supranacionales* en lo relativo a deficientes, como fruto de lo cual se dictan medidas y resoluciones variadas pero decisivas (48). Entre tales medidas destaca la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**, de la *Organización Mundial de la Salud* (WHO, 1980), adaptada al castellano bajo la dirección del INSERSO (1983a), clasificación sobre la que volveremos páginas más adelante.

Por lo que concierne al *pluralismo conceptual y técnico*, Pelechano señala una serie de características para el *quinto período de la evaluación psicológica* (49), la mayoría de las cuales son perfectamente extensibles a los planteamientos de la intervención comunitaria, a las corrientes generales del área de la salud mental y de la psicología y a las tendencias dominantes en el abordaje de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Las aplicables a este último campo pueden resumirse en tres rasgos característicos: en primer lugar, cierto sentimiento de *crisis y cansancio* en todas las escuelas y modelos que aboca en la *coexistencia de modos plurales de actuación*, la

(48) En 1980 la *Conferencia Mundial sobre el Decenio de Naciones Unidas para la Mujer* aprueba una resolución sobre *medidas en favor de la mujer minusválida sin discriminación de edad*; 1981 es declarado *Año Internacional del Minusválido*; en 1982 la *Asamblea General* de la ONU aprueba el *Programa de Acción Mundial para las Personas Minusválidas* y proclama el período 1983-1992 *Decenio de las Naciones Unidas para las Personas Minusválidas*, marco temporal de aplicación del programa; en 1983 la *Organización Internacional del Trabajo* (OIT) hace pública una recomendación sobre *Rehabilitación Profesional y Empleo de Personas Minusválidas*; en 1984 el *Consejo Económico y Social* de la ONU aprueba una resolución sobre *violación de derechos humanos y minusválidos*; en 1986 *Rehabilitación Internacional* (RI) celebra el *Congreso de Viena*, reunión internacional de expertos en legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, fruto de la cual se publica una recopilación, *Legislación nacional e internacional para la igualdad de oportunidades en 22 países* (*Rehabilitación Internacional*, 1987); en 1992 el *Consejo de Europa* aprueba una recomendación, *Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía*, que consagra el principio de participación plena en la vida social y el derecho a la independencia; finalmente, en 1994 la UNESCO y el Ministerio de Educación y Ciencia convocan la *Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales*, que aprueba la *Declaración de Salamanca de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales* y el *Marco de acción sobre necesidades educativas especiales*.

(49) El *quinto período* de la evaluación, a partir de 1976, se define por la coexistencia de modos plurales de actuación, la proliferación de áreas estudiadas, la preocupación por los estudios de valoración de instrumentos y de intervenciones, etc. (Pelechano, 1988a).

complejidad de perspectivas y la proliferación de áreas estudiadas; en segundo lugar, la preocupación por los estudios de valoración de instrumentos y de intervenciones; finalmente, la necesidad de contextualizar la conducta y el compromiso con problemas sociales. Todo ello da lugar a que el campo de las deficiencias adquiriera en la década de los ochenta una *amplitud, variedad y dispersión* hasta ahora desconocidas (50).

En este sentido, las tendencias dominantes en las décadas anteriores en el área de las deficiencias, por un lado, *conexión externa con las corrientes sociales y con el área de la salud y, por otro lado, conexión interna dentro del propio campo de las deficiencias,* quedan patentizadas de forma más clara, aún si cabe, en los ochenta. En efecto, prácticamente todas las corrientes y movimientos, incluso modas más o menos pasajeras, imperantes tanto en la sociedad como en el área de la salud tienen su repercusión en las deficiencias. Del mismo modo, el propio tópico de las deficiencias adquiere tal *carácter de generalidad* que, sin entrar de momento en valoraciones sobre su adecuación conceptual y operatividad práctico-aplicada, se convierte en un *campo extenso, amplio, variado y disperso* en el que, como ya se dijo, cabe de todo.

En el **cuadro 21.1** intentamos reflejar este *pluralismo conceptual y técnico* recogiendo de forma *sintética* las *tendencias actuales en deficiencias, discapacidades y minusvalías,* tendencias que revisamos en base, fundamentalmente, a las orientaciones reflejadas en los *principales manuales* al uso y que vienen *ampliadas* en el **cuadro 21.2**. Como puede apreciarse, desde prácticamente todos los modelos se aborda el tema de la deficiencia, bien es cierto que con distinta fortuna y aunque hay quien piensa que los modelos «no son excluyentes entre sí» (51), vamos a ceñirnos a los modelos científico-positivos, pues son los que realmente aportan concepciones, estrategias y resultados contrastables y de utilidad social. El **cuadro 22** recoge los *ejes de agrupación de los enfoques actuales de las deficiencias en función de estrategias dominantes de investigación y contenidos psicológicos.* Dicho cuadro ha sido confeccionado siguiendo la *agrupación de Pelechano (1980b)* de la *psicología científico-positiva contemporánea.* Esta clasificación de la *psicología científica contemporánea y de los enfoques actuales de las deficiencias* se articula en torno a dos *ejes interpretativos, el polo*

(50) Van Hasselt, Strain, y Hersen (1988c).

(51) García García (1988b, p.212).

natural-social y el **polo descripción-intervención**, teniendo en cuenta que la selección de autores y disciplinas se efectúa en función de su *acento predominante y no exclusivo* y, a la par, en la *nota común de una metodología científico-positiva*. Comentaremos estos modelos junto con los implícitos en los *contenidos de los manuales*, es decir, las orientaciones presentes en los tratados académicos de mayor prestigio (52).

Como vimos en su momento, el **cuadro 15.1** recoge los *principales manuales norteamericanos de psicología de la rehabilitación* y el **15.2** las publicaciones en castellano sobre la misma materia. Con dichos cuadros pretendemos reflejar las direcciones que ha ido tomando el *movimiento rehabilitador*, sin duda el más estructurado y de mayor pujanza, y la *tardanza* con que ha llegado a nuestra lengua. Cabe añadir, dicho sea de paso, que faltan por traducir algunos de los mejores manuales, concretamente Golden (1984), Van Hasselt, Strain y Hersen (1988a) y Brown y Reynolds (1986). Parece oportuno ampliar el análisis de las direcciones allí apuntadas, cometido que abordamos de inmediato y que reflejamos en los **cuadros 21.1** y **21.2**, *contenidos de los manuales*, y en el **cuadro 22**, *modelos científico-positivos* (53).

Por un lado, queda patente la *heterogeneidad de modelos* desde los que se abordan las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Téngase presente que nos limitamos a los *modelos científico-positivos*, como

(52) «... no digo que la psicología deba ocuparse tan sólo en ofrecer ayuda social hasta el punto que esa urgencia social ahogue a la ciencia misma ... sino algo muy distinto. ¿Por qué el estudio de los problemas reales en situaciones reales es una "aplicación" mientras que el estudio psicológico de conductas peligrosamente irrelevantes como las series de sílabas sin sentido en situaciones unipersonales y en ambientes tan artificiosos como un laboratorio insonorizado son estudios de "ciencia pura" o "ciencia básica"? Posiblemente si los psicólogos científicos se hubiesen preocupado, ocupado y estudiado más estos problemas reales, más o menos graves pero en todo caso frecuentes fuera del laboratorio, hoy estaríamos en posesión de una ciencia psicológica distinta. Algunos psicólogos están llevando a cabo estudios científicos y con el máximo rigor posible de problemas de este tipo desde la segunda guerra mundial cada vez con mayor finura y profundidad, lo que ha redundado en la obtención de muchos datos, técnicas y posibilidades y, de rechazo, en un cisma que está a punto de presentarse agriamente entre los puristas del laboratorio y los puristas de la acción social invertebrada ... Creo que merecería una atención especial llevar a cabo un intento teórico en el que el mundo social no fuese la "aplicación" de los conocimientos científicos sino su lugar de extracción, elaboración y contrastación» (Pelechano, 1980b, p.338).

(53) Hemos elaborado el **cuadro 22** en base a Pelechano (1980b).

hemos reiterado. Por otro lado, en tales modelos actuales confluyen varias *influencias* y *tradiciones*, no siempre perfectamente delimitables ni compatibles. Dicho de forma más directa y ejemplificada, la tradicional *rehabilitación profesional* no tiene mucho en común con los *enfoques evolutivos*, salvo su aplicabilidad a los mismos sujetos.

Tratando de encontrar un hilo conductor ante tal diversidad de *influencias* y *tradiciones*, hay que volver sobre algunos conceptos ya expuestos. Nos referimos a las *conexiones múltiples, externas e internas*, y al *pluralismo conceptual y técnico* característicos del campo de las deficiencias a partir de la *tercera revolución en salud mental*, que detallamos a continuación.

TENDENCIAS ACTUALES

A. PSICOLOGIA DE LA REHABILITACION:

A.1. **Psicología de la rehabilitación, orientación clásica centrada en la rehabilitación profesional y específicamente diseñada para discapacitados físicos:**

— *Rehabilitation Psychology*, Neff (1971)

A.2. **Corrientes amplificadoras de la propia psicología de la rehabilitación: ampliación de los colectivos beneficiados y de las técnicas empleadas:**

— *Current Topics in Rehabilitation Psychology*, Golden (1984)

B. ENFOQUES BIO-PSICO-SOCIALES desde la PSICOLOGIA de la SALUD:

— *Crítica de aislamiento de psicología de la rehabilitación, reivindicación de conexión con área de la salud*

B.1. **La discapacidad física abordada como enfermedad física (Moos, 1984) o crónica** (Burish et al., 1983)

B.2. **La discapacidad física abordada desde la medicina conductual** (Bishop, 1980)

B.3. **La deficiencia mental abordada desde el enfoque multidisciplinar** (Clarke et al., 1985)

B.4. **La deficiencia mental abordada desde el enfoque conductual** (Matson, 1981/90)

C. ENFOQUE DE LA EXCEPCIONALIDAD:

— Aborda problemática de sujetos **únicos o excepcionales**: *deficientes y superdotados*

— *Psychology of Exceptional Children and Youth*, Cruickshank (1955/1963/1971/1980)

— *Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality*, Brown et al. (1986)

D. NECESIDADES ESPECIALES y EDUCACION ESPECIAL:

— Aborda problemática multicondicionada de **sujetos con necesidades educativas especiales**

— *Educación Especial*, Gisbert et al. (1980/6); *Manual de Educación Especial*, Mayor (1988)

— *Special Education*, Morris et al. (1986); *Handbook of Special Ed.*, Wang et al. (1987/1989)

E. MOVIMIENTO DE LOS DERECHOS CIVILES:

— Corriente muy ligada al *activismo social* y *movimiento de los derechos civiles americanos*

— *The Legal Rights of Handicapped Persons*, Burgdorf (1980)

F. ENFOQUES EVOLUTIVOS:

- Engloba el ciclo vital; término y concepto: **discapacidades físicas y evolutivas**
- **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, Van Hasselt et al. (1988)

G. ENFOQUES COMUNITARIOS:

- Acentuación de *prevención, normalización, integración y generación de recursos comunitarios*

G.1. La discapacidad abordada desde la psicología comunitaria:

- **The Handicapped Person in the Community**, Boswell et al. (1979)

G.2. La discapacidad, desde el movimiento de rehabilitación en el seno de la comunidad:

- **Training Disabled People in the Community**, Helander et al. (1979)

H. MOVIMIENTO PARA LA VIDA INDEPENDIENTE:

- *Prevención de la dependencia, rehabilitación para independencia y mantenimiento de independencia*
- **Independent Living**, Pflueger (1977); **The Movement for Independ. Living**, De Jong (1979a)

I. INNOVACION SOCIAL EXPERIMENTAL:

- Tratamiento contextual de los problemas; implantación social de resultados de investigación
- **Programa comunitario de educación especial en Cantabria**, Pelechano (1987b)

Cuadro 21.1.—Tendencias actuales según el análisis de los principales manuales (síntesis).

TENDENCIAS ACTUALES (AMPLIACION)

A. PSICOLOGIA DE LA REHABILITACION:

A.1. Psicología de la rehabilitación, orientación clásica centrada en la rehabilitación profesional y específicamente diseñada para discapacitados físicos:

- **Rehabilitation Psychology**, Neff (1971); actas de la *Terzera Conferencia de la División 22 (Rehabilitation Psychology)* de la *American Psychological Association*, Monterrey; incluye: «*Rehabilitation and Work*» de Neff, en el que se afirma: «Uno de los más curiosos y significativos aspectos del movimiento rehabilitador en los Estados Unidos ha sido la proximidad de sus compromisos con los problemas referentes al trabajo y al empleo ... el mundo de la rehabilitación y el mundo del trabajo ... la relación ha sido de hecho muy estrecha ... las históricas relaciones entre rehabilitación y trabajo» (1971b, p.109); «*The State of the Art: An Overview*», Criswell; «*The State of the Art: Rehabilitation Research Utilization*», Usdane; «*Research Utilization in Rehabilitation*», E.M. Rogers; «*Rehabilitation Psychologist: Roles and Functions*», Brieland; «*Psychologist in Rehabilitation: Manpower and Training*», Vineberg; «*The Social Psychology of Disability*», Kutner; «*Professional-Client Relations in a Rehabilitation Hospital Setting*», Leviton; «*Physical Disability and Personality*», Shontz; «*Cognitive and Motor Aspects of Handicapping Conditions in the Neurologically Impaired*», Diller; «*Rehabilitation and Poverty*», Goldin; «*Race, Ethnicity, Social Disadvantage, and Rehabilitation*», Gordon; «*Behavioral Methods in Rehabilitation*», Fordyce

- *Reivindicada ardientemente como área de especialidad distinta*: Shontz y Wright (1980): «*The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology*»; Fraser (1984): «*An Introduction to Rehabilitation Psychology*», sobre el carácter distintivo y las peculiaridades de la especialidad, cuestión sobre la que afirma: «La psicología de la rehabilitación se enfrenta a problemas que pueden ser

crónicas o de larga duración. Mientras que el campo se aplica al problema de la deficiencia mental, del envejecimiento y de otros grupos minoritarios sometidos a graves deprivaciones, el énfasis principal se sitúa en las necesidades multicondicionadas de aquellos pacientes afectados de diversas discapacidades físicas crónicas que no son bien atendidas por otras áreas de especialidad» (ps.1-2)

- También por Lotquist (1979), Trieschmann (1984b), Aguado (1987, 1989a)
 - También en «*Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives. A Collection of Articles Published in Rehabilitation Literature 1959-1984*», compilado por Regnier et al. (1985)
 - Patente en la presencia de temas clásicos, como indicadores y criterios de éxito en rehabilitación (Brown, 1979-1982, 1980-1981; Crewe et al., 1981), *lesión medular* (Trieschmann, 1980, 1988; Brucker, 1983), y en *cursos de formación* (Fundación MAPFRE, 1930; Zaretsky et al., 1981; Gaillard et al., 1984)
- A.2. **Corrientes amplificadoras de la propia psicología de la rehabilitación: ampliación de los colectivos beneficiados y de las técnicas empleadas:**
- **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, Bolton (1976), manual clásico de *evaluación* en psicología de la rehabilitación: **convivencia de:**
 - **Temas clásicos de Rehabilitation Psychology:** en «*Introduction*» Bolton acentúa el objetivo del manual: *la rehabilitación focalizada en la «funcionalidad profesional», de tal forma que «el adecuado ajuste profesional favorecerá satisfactoriamente el ajuste en otras áreas de la vida»* (1976b,p.xvii); incluye capítulos sobre aplicaciones clásicas en rehabilitación: «*Vocational Evaluation*» de Gellman et al.; «*Measurement of Client Outcomes in Rehabilitation*», Walls et al.; «*The Minnesota Theory of Work Adjustment*», Dawis; revisión de instrumentos clásicos: «*Intelligence Tests*», Miller; «*Aptitude and Achievement Tests*», Parker et al.; «*Personality and Psychopathology Inventories*», Eber; «*Projective Techniques*», Plummer; «*Vocational Inventories*», Harmon et al.
 - **Temas nuevos:** ciegos, «*Psychological Evaluation of the Blind Client*», Bauman; sordos, «*Psychological Evaluation of the Deaf Client*», Levine; retrasados mentales adultos, «*Psychological Evaluation of the Mentally Retarded Adult*», Rosen et al.
 - **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, Golden (1984), el más clásico manual de *psicología de la rehabilitación* de los ochenta: **convivencia de:**
 - **Temas clásicos de Rehabilitation Psychology:** «*An Introduction to Rehabilitation Psychology*», Fraser, sobre carácter distintivo de la especialidad; «*Training in Rehabilitation Psychology*», Leung, sobre formación; «*Brain Damage and Rehabilitation*», Horton et al., sobre daño cerebral; «*The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*», Trieschmann, interesante e innovador capítulo sobre uno de los temas «estrella», *lesión medular*; «*Vocational Rehabilitation of Severely Handicapped Persons*», Wacker et al., *rehabilitación profesional* de grandes afectados; «*The Role of Personality in Attitudes toward those with Physical Disabilities*», clásico capítulo del clásico especialista en actitudes, Siller
 - **Temas nuevos:** «*Rehabilitation of Chronic Pain Syndromes*», Grzesiak, sobre dolor crónico; «*Rehabilitation and Aging*», Barry, tercera edad o envejecimiento
 - **Técnicas recientes:** «*Biofeedback in Rehabilitation*», interesantísimo capítulo de Brucker, sobre una de las técnicas más eficaces en rehabilitación, *biofeedback*
- B. **ENFOQUES BIO-PSICO-SOCIALES desde la PSICOLOGIA de la SALUD:**
- Inclusión de las deficiencias en *área de la salud y de la salud mental*
- ANTECEDENTES:
- **The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps**, Mittler, (1970/1981), manual clásico de *evaluación* de «*minusvallias*»: ruptura de la frontera entre psicología clínica y

escolar, entre normalidad y «handicap», continuum normalidad-handicap, aborda: en adultos: pacientes psiquiátricos agudos y crónicos, déficits neurológicos, retrasados mentales y pacientes geriátricos; en niños: deficiencias visuales y perceptivas, sordera y déficit auditivo parcial, minusvalías físicas, problemas de aprendizaje, retraso mental, niños mal adaptados, privados culturalmente y con trastornos de lenguaje

- Inclusión de deficiencia mental en psicopatología (De Ajuriaguerra, 1973; Vallejo-Nájera, 1976), psicopatología infantil (Ollendick et al., 1983/1986a) o en psicología anormal (Sarason, 1972/1977; Eysenck, 1960/1973/1983a)

ACTUALIDAD:

- Críticas del excesivo aislamiento respecto de la corriente principal de la psicología por parte de la psicología de la rehabilitación, centrada en la teoría de campo y en la rehabilitación psicosocial y profesional (Elliott et al., 1990); idem a la psicología de las deficiencias; reivindicación de mayor conexión con área de la salud, psicología, psicología de la salud, medicina conductual
- B.1. La discapacidad física abordada como enfermedad física (Coping with Physical Illness, Moos, 1984) o como enfermedad crónica (Coping with Chronic Disease, Burish et al., 1983)
- B.2. La discapacidad física abordada desde la medicina conductual: Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management, Bishop (1980): problemas conductuales en discapacitados: agresividad, alcohol, drogas, suicidio, relaciones con equipo, con familia, etc.
- B.3. La deficiencia mental abordada desde el enfoque multidisciplinar (Mental Deficiency: the Changing Outlook, Clarke et al., 1985)
- B.4. La deficiencia mental abordada desde el enfoque conductual (Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded, Maitson, 1981/90)

C. ENFOQUE DE LA EXCEPCIONALIDAD:

- Aborda problemática de sujetos únicos o excepcionales: deficientes y superdotados
- Psychology of Exceptional Children and Youth, Cruickshank (1955/1963/1971/1980, 1973): clásico manual de excepcionalidad, aunque incluye en sus tres primeras ediciones uno de los capítulos más clásicos y representativos de psicología de la rehabilitación, «Somatopsychology of Physical Disability» (Meyerson, 1955/1963/1971, 1973), sustituido en la cuarta edición, mejor revisión, por otro no menos clásico, «Theories about the Adjustment to Having a Disability» (Shoultz, 1980); aborda: retraso mental, superdotados, deficiencias auditivas y visuales (Lowenfeld, 1973), trastornos de lenguaje, enfermedad crónica y discapacidad física, discapacidades de aprendizaje y trastornos emocionales
- Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality, Brown et al. (1986): aborda: superdotados, retraso mental, discapacidades de aprendizaje, privación económica y cultural, trastornos de atención, perturbación emocional, deficiencias visuales y auditivas, trastornos de habla y lenguaje, epilepsia, discapacidades físicas motoras con y sin afectación cerebral

D. NECESIDADES ESPECIALES y EDUCACION ESPECIAL:

- Problemática múltiple de sujetos con necesidades especiales, educativas en particular
- Educación Especial, Gisbert et al. (1980/16): retraso mental, trastornos de lenguaje, trastornos de conducta, psicosis infantiles, inadaptación social, delincuencia infantil y juvenil, epilepsia, educación del minusválido físico y educación y escolarización del niño crónicamente enfermo
- Manual de Educación Especial, Mayor (1988): deficiencias físicas y sensoriales; deficiencias cognitivas y comunicativas: trastornos de atención e hiperactividad, deficiencia mental, privación sociocultural, trastornos del lenguaje y niño autista; dificultades de aprendizaje y conducta disruptiva en el aula; excepcionalidad del superdotado

- **Special Education**, Morris et al. (1986): *información evaluativa, intervención precoz, modificación de conducta, necesidades especiales, superdotado, problemas de lenguaje, sensoriales*
- **Handbook of Special Education**, Wang et al. (1987/1989): *educación adaptativa: características de aprendizaje, programas diferenciados y no categoriales, condiciones leves: retraso mental leve, problemas de conducta y discapacidades de aprendizaje; condiciones de baja incidencia: educación del sordo, del deficiente visual y del minusválido*

E. MOVIMIENTO DE LOS DERECHOS CIVILES:

- Corriente muy ligada al *activismo social* y *movimiento de los derechos civiles norteamericanos*
- **The Legal Rights of Handicapped Persons**, Burgdorf (1980)
- Kahn (1984) señala la existencia de dos perspectivas sobre los discapacitados: la *tradicional*, la *rehabilitación*, y la *alternativa*, los *derechos civiles*. Al respecto, escribe: «Una concepción alternativa está en considerar a las personas con discapacidades como miembros de un grupo minoritario que carecen de poder y que se les niegan sus derechos civiles. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidades se enfrentan a problemas que provienen de una sociedad que estigmatiza y devalúa a quienes son diferentes ... la sociedad debe realizar los cambios físicos y sociales necesarios para que los empleos, las viviendas y las relaciones plenas con los demás puedan convertirse en una realidad para las personas que poseen minusvalías» (p.516)
- Asch (1984a): diferencias discapacitados y no discapacitados en educación, ingresos, trato, etc.; Asch (1984b): combinación de las dos perspectivas, *rehabilitación y derechos civiles*
- Weicker (1984): los problemas de los discapacitados dentro de la campaña para promover medidas legales anti-marginación, campaña no favorecida por la política de Reagan

F. ENFOQUES EVOLUTIVOS:

- Perspectiva que engloba el ciclo vital y que parte de que toda persona, con independencia de la gravedad de sus deficiencias, tiene capacidad potencial para desarrollarse y madurar; pretende maximizar tal potencial; acentúa la importancia del contexto psicosocial; término y concepto: *discapacidades físicas y evolutivas*
- **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, editado por Van Hasselt, Strain y Hersen (1988): aborda la discapacidad de forma comprehensiva: aspectos evolutivos, psicológicos, sociológicos, legales, legislativos, profesionales, médicos; es decir, las perspectivas del «*consorcio multidisciplinar*» que trabaja en *discapacidades físicas y evolutivas*: educadores, psicólogos, médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación, ingenieros, etc.; incluye prácticamente *todas las deficiencias*: *asma, autismo, parálisis cerebral, dolor crónico, epilepsia, déficits de audición, hiperactividad y déficits de atención, discapacidades de aprendizaje, retraso mental en niños y adultos, niños plurideficientes, discapacidades musculoesqueléticas, problemas de lenguaje y comunicación, lesión medular, accidente cerebrovascular, déficits visuales*
- **Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation**, Hodapp et al. (1990)
- **Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective**, Cicchetti et al. (1990)
- **Handbook of Early Childhood Intervention**, Meisels et al. (1990)

G. ENFOQUES COMUNITARIOS:

- Acentuación de *integración y normalización* y *generación de recursos en la propia comunidad*

G.1. La discapacidad abordada desde la psicología comunitaria:

- **The Handicapped Person in the Community**, Boswell y Wingrove (1979)
- **Behavioral Approaches to Community Psychology**, Nietzel et al. (1977)

- G.2. La discapacidad, desde el movimiento de rehabilitación en el seno de la comunidad:
- **Training Disabled People in the Community. A Manual on Community-Based Rehabilitation**, Helander, Mendis y Nelson (1979): *manual práctico y documento de trabajo*, auspiciado por la *Organización Mundial de la Salud* y otros organismos internacionales, sobre *rehabilitación en el seno de la comunidad*; pensado y diseñado para implantar y/o potenciar servicios de rehabilitación para todos los *deficientes* en el *tercer mundo*
 - **Seminario Iberoamericano sobre Rehabilitación en el seno de la Comunidad** (1990), organizado por el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*
 - **Alternativas institucionales en rehabilitación: Documentos y experiencias** (SIS, 1990b)

H. MOVIMIENTO PARA LA VIDA INDEPENDIENTE:

- Corriente que pretende un triple objetivo: la *prevención* de la dependencia, la *rehabilitación* para la independencia y el *mantenimiento* de la independencia
- **Independent Living**, Plueger (1977)
- **The Movement for Independent Living**, De Jong (1979)
- **A Rationale for the Integration of Independent Living with Vocational Rehabilitation**, Bilotto y Washam (1979a), adaptación a *rehabilitación profesional*
- **Environmental Accessibility and Independent Living Outcomes**, De Jong (1981)
- **Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People**, Lassiter et al. (1983), rehabilitación de *discapacitados gravemente afectados*
- **Independent Living Outcomes in Spinal Cord Injury**, De Jong (1984), *lesionados medulares*

I. INNOVACION SOCIAL EXPERIMENTAL:

- Actitud propia de la intervención comunitaria; sensibilidad ecológica; pero, frente a la lógica preventiva, asunción de la existencia de solución/es no predeterminada/s de los problemas; tratamiento contextual de los problemas; reorientación de la investigación: acercamiento del laboratorio al ámbito natural de los problemas humanos; reaceramiento de disciplinas tradicionalmente alejadas, como análisis psicométrico, análisis funcional y análisis organizacional, personalidad, terapia; remisión al análisis de parámetros (estímulo, tarea, personalidad) frente a la teorización de los niveles de procesamiento o variables de la persona, a la hora de explicar la varianza; implantación social de los resultados de la investigación; actitud ecológica, actuación en los distintos niveles de contextualización del individuo, con las consiguientes pluralidad de análisis y flexibilidad evaluativa
- **Programa comunitario de educación especial en Cantabria** (Pelechano, 1987b; Pelechano et al. 1986a,b,c)
- **Aceptación, habilidades sociales y motivación en la integración de niños ciegos** (Pelechano, 1993; Pelechano et al. 1994; Peñate, 1986)

Cuadro 21.2. Tendencias actuales según el análisis de los manuales (ampliación).

* * *

POLO SOCIAL CIENCIA SOCIAL - DETERMINANTES SOCIALES - ESTUDIOS DE CAMPO			
POLO DESCRIPCION DESCRIPCION Y PREDICCION DE RESPUESTAS	SOCIAL - DESCRIPTIVO GENESIS SOCIAL MODELO FRECUENCIAL DE ANORMALIDAD OLIGOPRENIA, ESTUDIOS COMPARATIVOS, MEDICION DEL CI, MODELO EVOLUTIVO, FASES DE REACCION A LA DISCAPACIDAD PROCESOS COGNITIVOS EN DEFICIEN. MENTAL,	SOCIAL - MODIFICADOR GENESIS Y MODELO SOCIOAMBIENTAL MOVIMIENTO REHABILITADOR, PSICOLOGIA DE LA REHABILITACION, REHABILIT. EN EL SENO DE LA COMUNIDAD, MODIF.CONDUCTAS, NECESIDADES ESPECIALES PSICOFARMACOLOGIA, METODOS OPERANTES,	POLO INTERVENCION MODIFICACION Y CAMBIO DE LA SITUACION
	ALARMA EUGENESICA, PESIMISMO, NEGATIVISMO, INMUTABILIDAD MODELO BIOLOGICO DE DEFICIENCIA GENESIS BIOLOGICA NATURAL - DESCRIPTIVO	BIOFEEDBACK, PREVENCION, ESTIM. PRECOZ MANIPULACION METABOLISMO NEURONAL MODELO BIOLOGICO-SITUACIONAL GENESIS BIOLOGICA y/o ESTIMULAR NATURAL - MODIFICADOR	
CIENCIA NATURAL - BASES BIOLOGICAS - METODOLOGIA DE LABORATORIO POLO NATURAL			

Cuadro 22.—Ejes de agrupación de los enfoques actuales de las deficiencias.

De una parte y por lo que concierne a las *conexiones externas*, el campo de las deficiencias aparece relacionado con los desarrollos producidos en las *ciencias de la salud* y de la *salud mental*, tanto con los avances *biomédicos*, en especial en *prevención* y *psicofarmacología*, como con los *planteamientos comunitarios* y los *enfoques bio-psico-sociales*. De igual forma, el mundo de las deficiencias se beneficia de la incorporación de los avances acaecidos en la propia *psicología*, en particular *psicología de la salud*, *psicología comunitaria*, *modificación de conducta* y *medicina conductual*. Paralelamente, también se produce una mayor conexión con las corrientes dominantes en la sociedad, en especial con los *movimientos* de los *derechos civiles* y de *reivindicación de servicios eficaces* e, incluso, con las más recientes tendencias en *pro* de la *calidad de vida* (54).

De otra parte y por lo que atañe a las *conexiones internas* dentro del propio campo de las deficiencias, cabe señalar tres direcciones. En primer lugar, la expansión del *principio de normalización*, desarrollado inicialmente en el ámbito de la deficiencia mental, hacia físicos, sensoriales y demás deficientes. En virtud de tal principio se ponen en marcha la *desinstitucionalización* y la *integración escolar*.

En segundo lugar, expansión y generalización de los avances en *educación especial* a todo el campo de las deficiencias. Tal sentido tienen los enfoques de las *necesidades especiales* y de la *educación especial*. Incluso, se ponen en práctica *programas no categoriales*, es decir, diseñados para problemas comunes a sujetos afectados de varias deficiencias.

En tercer lugar, la expansión del *movimiento rehabilitador* y de la *psicología de la rehabilitación*, inicialmente desarrollados con y para discapacitados físicos, hacia todos los deficientes, como ya se ha dicho (**cuadros 21.1 y 21.2**). En los ochenta, el *movimiento rehabilitador* y la *psicología de la rehabilitación* acentúan las tendencias esbozadas en las décadas anteriores, es decir, amplían sus cometidos y los colectivos beneficiados.

En este sentido, las corrientes actuales en el tratamiento de las **discapacidades físicas** son un buen ejemplo del *pluralismo concep-*

(54) Mittler (1986), Brown (1988), Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994), Halpern (1994) y Verdugo (1994c) amplían las necesidades de *calidad de vida* de cara a los personas con deficiencias.

tual y técnico que tratamos de destacar como distintivo del acercamiento actual a las deficiencias. Por un lado, subsiste la *orientación clásica* de la *psicología de la rehabilitación* centrada en la *rehabilitación profesional* y específicamente diseñada para *discapacitados físicos*, reivindicada ardientemente por Shontz y Wright (1980) y por Fraser (1984) como *área de especialidad distintiva*. Pero junto a este clasicismo conviven las *corrientes amplificadoras*, presentes ya en **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, manual clásico de *evaluación* en psicología de la rehabilitación editado por Bolton (1976), y patentes en el más clásico manual de *psicología de la rehabilitación* de los ochenta, **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, editado por Golden (1984), en el que se muestra claramente la *convivencia* de *temas clásicos* de *Rehabilitation Psychology* junto con *temas nuevos y técnicas recientes*.

Paralelamente, se critica el excesivo aislamiento de la *psicología de la rehabilitación*, centrada en la teoría de campo y en la rehabilitación psicosocial y profesional, respecto de las corrientes principales de la psicología y se aboga por una mayor conexión con el área de la salud y de la salud mental, con la psicología, en general, y con la *psicología de la salud* y con la *medicina comportamental*, en particular (55). En consonancia con tales críticas, la discapacidad física es abordada desde posiciones conexas a la *psicología de la salud*, como *enfermedad física* en **Coping with Physical Illness** (Moos, 1984) y como *enfermedad crónica* en **Coping with Chronic Disease** (Burish y Bradley, 1983). De igual forma, en **Behavioral Problems and the Disabled** (Bishop, 1980) se abordan los *problemas comportamentales* de los discapacitados físicos.

Pero, resulta que la discapacidad física también es abordada desde otros planteamientos. Así, los manuales de *educación especial* suelen incluir a los discapacitados físicos como *sujetos con necesidades educativas especiales* (Gisbert et al., 1980/86; Mayor, 1988a; Morris et al., 1986; Wang et al., 1989). También los enfoques de la *excepcionalidad* (Cruickshank (1955/1980; Brown et al., 1986) han englobado siempre a los físicos. De igual forma, el *movimiento de los derechos civiles* (Burgdorf, 1980; Kahn, 1984; Asch, 1984a,b; Weicker, 1984) incluye a los discapacitados físicos como sujetos marginados a causa de su discapacidad y como posibles beneficiarios de sus reivindicaciones.

(55) Elliott y Granling (1990).

También los *enfoques comunitarios* tienen propuestas para la discapacidad física (Boswell y Wingrove, 1979; Nietzel, Winnet, MacDonald y Davidson, 1977). De particular interés resulta el movimiento de *rehabilitación en el seno de la comunidad*, cuyo manifiesto puede encontrarse en **Training Disabled People in the Community. A Manual on Community-Based Rehabilitation** (Helander, Mendis y Nelson, 1979), *manual práctico y documento de trabajo*, auspiciado por la *Organización Mundial de la Salud* y otros organismos internacionales. Se trata de un manual pensado y diseñado para implantar y/o potenciar los servicios de rehabilitación para todos los deficientes, discapacitados y minusválidos en países del *tercer mundo* (Cardenal, 1990). Este movimiento está ejerciendo bastante influencia en la planificación de servicios, como puede apreciarse en el **Seminario Iberoamericano sobre Rehabilitación en el seno de la Comunidad**, celebrado recientemente (1990) en Madrid bajo el auspicio del *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*, y en **Alternativas institucionales en rehabilitación: Documentos y Experiencias** (SIIS, 1990b).

De igual forma, el movimiento para la *vida independiente* (56), ejerce su importancia y transcendencia en la lucha por la supresión de todo tipo de *barreras, físicas y sociales*. Sobre el particular resulta de sumo de interés la legislación norteamericana de 1978. En efecto, las *Enmiendas a la Ley de Rehabilitación de 1973, enmiendas sobre rehabilitación, servicios integrales y discapacidades evolutivas* (57), preven la puesta en marcha de programas, servicios y centros concebidos de cara al objetivo de la *vida independiente* (*Independent Living, IL*). Merecen ser destacados los *centros para la vida independiente*, centros especializados en aportar información, asesoramiento, entrenamiento en las *actividades de la vida diaria*, en la utilización de los recursos de la comunidad, y, en su caso, defensa de derechos conculcados, todo ello con vistas al logro de una vida lo más independiente posible.

Paralelamente, aparece **Independent Living** (Pflueger, 1977), que constituye un manual sobre el movimiento, y Gerben De Jong publica varias obras decisivas sobre IL (1979a, b, 1981). El movi-

(56) Puig de la Bellacasa (1990) prefiere la traducción de *movimiento para la autonomía personal*.

(57) *Amendments to the Rehabilitation Act of 1973 (Rehabilitation, Comprehensive Services, and Developmental Disabilities Amendments)*.

miento para la *vida independiente* también se adapta a las peculiaridades del campo de la *rehabilitación profesional* (Bilotto y Washam, 1979), a las necesidades de los *discapacitados gravemente afectados* (Lassiter, Lassiter, Hardy, Underwood y Cull, 1983; Luck y Hutchinson, 1983), e incluso a los objetivos de un grupo específico, *lesionados medulares* (De Jong, Branch y Corcoran, 1984).

Por su parte, los *enfoques evolutivos* abordan la discapacidad física dentro de las *discapacidades físicas y evolutivas*. En Van Hasselt et al. (1988a) puede encontrarse el manual más representativo y actualizado de estas corrientes. Finalmente, la propuesta de Pelechano (1986a, 1987a) de la *innovación social experimental* (58), que se amplía en el **cuadro 23** (59), ya cuenta con resultados positivos en *deficiencia mental* (1987b) y se están publicando los primeros informes con *invidentes* (1989, 1993; Pelechano et al. 1994). Dicha propuesta también es aplicable a *físicos*, cuestión en la que el autor de estas páginas está implicado, pero no es el momento de hablar de *proyectos* ni de sus *primeros resultados* aunque versen sobre temas tan relevantes como la *evaluación de lesionados medulares* (Aguado, 1994; Aguado et al. 1994).

Similar recorrido ha experimentado la *deficiencia mental* con el resultado de ser abordada en la actualidad también desde múltiples enfoques. En efecto, tradicionalmente tratada desde la *psiquiatría* y la *psicopatología* (De Ajuriaguerra, 1973; Vallejo-Nájera, 1976) o desde la *psicología anormal* (Sarason, 1972/1977; Eysenck, 1960/1983a), sigue siendo incluida en la *psicopatología infantil* (Ollendick et al., 1983/1986a, 1989). Pero, es tratada conjuntamente con *físicos* (Mittler, 1970/1981) y con sujetos *excepcionales* (Cruickshank, 1955/1980; Brown y Reynolds, 1986). Es objeto de las corrientes amplificadoras de la *psicología de la rehabilitación* (Bolton, 1976). Protagoniza gran parte de los desarrollos en *educación especial* (Gisbert et al., 1980/86; Morris et al., 1986; Mayor, 1988; Wang et al., 1989). Los movimientos de los *derechos civiles* (Burgdorf (1980) y *comunitarios* (Boswell et al., 1979; Helander et al., 1979) la incluyen entre sus beneficiarios. Los *enfoques evolutivos* le reservan lugar preferente

(58) «La posibilidad de crear un cuerpo de conocimientos y teorías psicológicas en las que la distinción entre ciencia básica y ciencia aplicada desaparezca, la posibilidad, en suma, de que la psicología cree un cuerpo de doctrina desde, dentro y para la matriz social que le da sentido» (Pelechano, 1981, p.90).

(59) El **cuadro 23** ha sido confeccionado en base a a Pelechano (1980b, 1981, 1982, 1986a, 1987).

POLO SOCIAL CIENCIA SOCIAL - DETERMINANTES SOCIALES - ESTUDIOS DE CAMPO	
SOCIAL · DESCRIPTIVO · MODIFICADOR GENESIS SOCIOAMBIENTAL DECANTACION HACIA EL POLO SOCIAL · DETERMINANTES Y CRITERIOS SOCIALES DECANTACION HACIA EL POLO DE INTERVENCION, INCLUYENDO LA INVESTIGACION SELECCION DE PROBLEMAS RELEVANTES TANTO CIENTIFICO-TEORICOS COMO PERSONAL-SOCIALES IMPLANTACION SOCIAL DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION; ACTITUD BIOLOGICA PRIORIDADES: MUNDO EDUCATIVO, DEFICIENCIAS Y MARGINACION SOCIAL OBJETIVO: PLANIFICACION DEL CAMBIO HUMANO A NIVEL INDIVIDUAL E INSTITUCIONAL ACTUACION EN LOS DISTINTOS NIVELES DE CONTEXTUALIZACION DEL INDIVIDUO INCORPORACION DE MODELOS Y TECNICAS EFICACES DESDE ENFOQUES CIENTIFICO-POSITIVOS PLURALIDAD DE ANALISIS Y FLEXIBILIDAD EVALUATIVA GENESIS BIOLOGICA y/o ESTIMULAR / SITUACIONAL NATURAL · DESCRIPTIVO · MODIFICADOR	ORIENTACION: DESCRIPCION E INTERVENCION DESCRIPCION, PREDICCION, MODIFICACION Y CAMBIO DE LA SITUACION
POLO NATURAL CIENCIA NATURAL · BASES BIOLOGICAS · METODOLOGIA DE LABORATORIO	

Cuadro 23.—Alternativa de la innovación social experimental.

(Van Hasselt et al., 1988a) e, incluso, le dedican monografías actuales (Hodapp et al., 1990; Cicchetti et al., 1990; Meisels et al., 1990). Finalmente, es objeto de la *irrupción* de los enfoques *bio-psico-sociales* (Clarke et al., 1985) y de la *modificación de conducta* (Matson, 1981/90), sin olvidar la *innovación social experimental* (Pelechano, 1987a) ni los *enfoques cognitivos* (Campione y Brown 1987; Brown y Campione, 1982, 1988).

Una última matización respecto de este pluralismo. Hablamos más atrás de *influencias y tradiciones no siempre perfectamente delimitables*. Al respecto, en algunos casos la corriente general a la que se adscribe el manual no aparece posteriormente ni con claridad ni en todos los desarrollos. Como ejemplo pueden aducirse algunos capítulos del texto editado por Van Hasselt, Strain y Hersen (1988a), lo cual no empece su condición de *mejor y más actualizado manual*.

En suma, *pluralismo conceptual y técnico y heterogeneidad de modelos* que estamos recalcando como distintivos del concepto actual de las deficiencias.

* * *

Como manifestación de este pluralismo hay que aludir a la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**, de la *Organización Mundial de la Salud*. Dicha clasificación aborda el problema de pluralidad de términos y conceptos con que se suele aludir y denominar a las personas con deficiencias. Tras arduas negociaciones y reuniones con prácticamente todos los organismos implicados en el tema, se llega a la unificación de criterios en inglés (WHO, 1980) y, casi de inmediato, se lleva a cabo la misma tarea en lengua castellana bajo la coordinación del INSERSO (1983a/1994). En la introducción de la versión castellana se relata todo el arduo, prolongado y costoso, pero eficaz, proceso de unificación, cuya lectura, así como la *presentación* efectuada por Puig de la Bellacasa (1983), recomendamos como sumamente ilustrativas. Esta clasificación establece la siguiente delimitación:

DEFICIENCIA: «Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica» (INSERSO, 1983, p.56). «Deficiencia hace referencia a las **anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia** y a la función de un órgano

o sistema, cualquiera que sea su causa ... las deficiencias representan trastornos a nivel de **órgano**» (p.40).

DISCAPACIDAD: «Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda **restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad** de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano» (p.58). «Las discapacidades reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del **rendimiento funcional y de la actividad del individuo**. Las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la **persona**» (p.40).

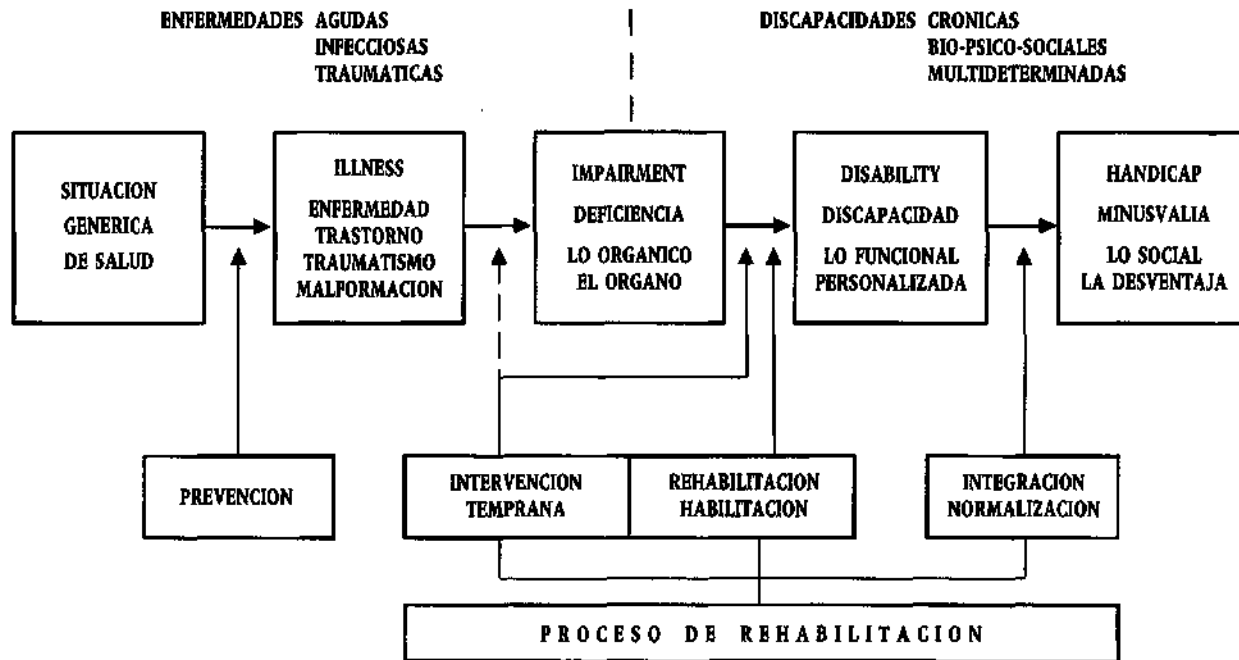
MINUSVALIA: «Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una **situación desventajosa** para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales)» (p.59). «Las minusvalías hacen referencia a las **desventajas** que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan una **interacción y adaptación del individuo al entorno**» (p.41).

El cuadro 24 (60) trata de reflejar gráficamente las relaciones entre **deficiencia, discapacidad y minusvalía** así como las **modalidades de intervención** que tienen cabida en pro de los deficientes. Como venimos diciendo, tales términos son matizaciones necesarias y convenientes, dado que precisan las *consecuencias de la enfermedad, menoscabo, traumatismo, malformación, etc.*, y nos sirven para situar las acciones tendentes a reducir sus efectos.

En cuanto a tales *acciones, las modalidades de intervención, la prevención* hace referencia al conjunto «de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales» (61). Es decir, empleamos aquí el sentido caplaniano de *prevención primaria*, la eliminación o disminución del riesgo de aparición de los trastornos, en este caso deficiencias.

(60) Hemos confeccionado este cuadro 24 partiendo de una *idea gráfica* de Casado (1991, p.66).

(61) ONU, Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1988, p.21).



Cuadro 24.—Relaciones entre deficiencia, discapacidad y minusvalía y modalidades de intervención.

El **proceso de rehabilitación** engrana y aglutina las diversas acciones que se ponen en marcha una vez producida la deficiencia. La definición más acorde con lo que aquí se está exponiendo y se quiere recalcar viene ya expresada por *Rehabilitación Internacional*:

«La rehabilitación (o habilitación) es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad» (62).

Dada la complejidad y globalidad del *proceso de rehabilitación* nos parece oportuno distinguir dos tipos de acciones, a saber, las encaminadas a *mitigar los efectos discapacitantes* de la deficiencia y las destinadas a *aminorar las desventajas sociales concomitantes*. Merece la pena ampliar estos conceptos.

En primer lugar, suelen ponerse en marcha todo un conjunto de acciones, variadas y también complejas, pero que tienen en común la pretensión de *reducir las consecuencias limitativas y discapacitantes de la deficiencia* y, a la vez, *potenciar las capacidades no dañadas*, es decir, *paliar las limitaciones funcionales y potenciar las capacidades residuales y/o no afectadas*. Tales objetivos se persiguen tanto en *intervención temprana* como en *rehabilitación*.

Por lo que atañe a *intervención temprana*, también abarca una variada panoplia de acciones cuya «finalidad consiste en activar el desarrollo de capacidades presuntamente bloqueadas por posibles deficiencias congénitas en sujetos infantiles» (63).

Por lo que concierne a *rehabilitación*, que incluye asimismo una serie extensa de acciones, pretende la capacitación funcional máxima posible en el caso de las limitaciones producidas con posterioridad.

En consecuencia, para lo efectos de esta exposición, lo que diferencia a *intervención temprana* y *rehabilitación* no son sus objetivos genéricos, sino la *edad* y la *tipología* de deficiencias, *congénitas versus adquiridas*, sobre las que actúan, aparte de las técnicas que llevan

(62) *Rehabilitación Internacional, Carta para los años 80* (1982, p.15).

(63) Casado (1991, p.119).

consigo, obviamente. Es menester matizar algo que figura en el **cuadro 24**, la *raya discontinua* que parte de *intervención temprana* y se sitúa *antes* de la deficiencia. Con tal discontinuidad se quiere hacer *alusión* a aquellos programas de *intervención temprana* aplicados a *grupos de riesgo*, pongamos por caso niños de bajo peso al nacer, que por tanto ni son deficientes ni se ha producido la deficiencia, pero que se ponen en marcha tales programas precisamente para que no aparezca la deficiencia y así evitar sus posibles consecuencias funcionales limitativas.

Amén de lo recién expuesto, hay que hacer mención de una nueva matización sobre *rehabilitación*, que incluye en cualquier caso variadas acciones. Tomada aquí en su sentido *restringido*, *rehabilitación* pretende la *restitución de la funcionalidad mermada*, por oposición a *habilitación*, que persigue la dotación y potenciación de *destrezas anteriormente inexistentes* y que resulta más adecuada como referente para los objetivos y técnicas aplicables en el caso de la deficiencia mental (64).

En segundo lugar, las acciones, también variadas y complejas, cuya finalidad estriba en *aminorar las desventajas sociales concomitantes* a la deficiencia y/o discapacidad. Tal modalidad de intervención suele recibir distintos denominativos, como *equiparación de oportunidades* (65) o *accesibilidad* (66). Por nuestra parte, como figura en el **cuadro 24**, optamos por **normalización e integración**, términos que nos parecen más pertinentes. En todo caso, se trata de acciones encaminadas a la *remoción de las barreras*, tanto *físicas* (en especial las *barreras arquitectónicas*) como *sociales* (en particular las *actitudes negativas* de los no deficientes), que impiden y/o obstaculizan la plena *integración social* de los deficientes y que, por contra, propician su *marginación*.

Entendido de esta forma, las variadas y complejas posibilidades de intervención que encajan dentro del **proceso de rehabilitación**

(64) Puig de la Bellacasa (1990), Casado (1991) y Aguado (1988, 1991) amplían las *sutiles relaciones* entre estos conceptos y términos.

(65) «*Equiparación de oportunidades* significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad (tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo) se hace accesible para todos» (ONU, **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**, 1988, p.22).

(66) Casado (1991) prefiere *accesibilidad*.

tienden, como objetivo último, a que la persona deficiente tenga la mayor participación posible en la vida social, económica y la mayor independencia (67).

* * *

Como manifestación aún más reciente de este pluralismo puede aducirse la nueva definición multidimensional de la deficiencia mental adoptada por la *American Association on Mental Retardation* (AAMR), antigua AAMD (68), que reza según los siguientes postulados:

«El retraso mental hace referencia a limitaciones importantes en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un rendimiento intelectual general significativamente inferior a la media, que coexiste con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de la conducta adaptativa: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, destrezas sociales, uso de recursos comunitarios, toma de decisiones, salud y seguridad, rendimiento académico, ocio y tiempo libre y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años» (69).

Esta definición supone una aproximación *multidimensional* basada en los siguientes *postulados básicos*: una evaluación válida debe tener en cuenta la diversidad lingüística y cultural y las diferencias de factores conductuales y de comunicación; las limitaciones en la conducta adaptativa ocurren dentro del contexto comunitario típico de los pares de la misma edad y son un índice de las necesidades de apoyo que requiere el sujeto; limitaciones adaptativas específicas coexisten a menudo con destrezas en otras áreas adaptativas; los sistemas de apoyo adecuados y prolongados provocan una mejora en el funcionamiento general de la persona con retraso mental.

El proceso de diagnóstico y clasificación que postula la AAMR consta de tres pasos: 1) *diagnóstico de retraso mental en función de los tres criterios básicos* (funcionamiento intelectual en torno a o por

(67) Consejo de Europa (1989, p.47).

(68) En 1987 la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD) se transforma en *American Association on Mental Retardation* (AAMR).

(69) Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnick y Stark (1992, p.1).

debajo de 70 ó 75; déficit en dos o más áreas de la conducta adaptativa; manifestación durante el período evolutivo); 2) *clasificación y descripción* de las destrezas y limitaciones del sujeto en relación a *cuatro dimensiones básicas: funcionamiento intelectual y conducta adaptativa, aspectos emocionales y psicológicos, salud física y etiología y características ambientales*; 3) elaboración de un *perfil del nivel e intensidad de apoyo necesitado* por el sujeto en cada una de las anteriores dimensiones.

En relación al *funcionamiento intelectual* el punto de corte se establece en *dos desviaciones típicas por debajo de la media* (CI 70-75). Este nuevo sistema no tiende a utilizar, como ha venido siendo habitual, términos tales como retraso ligero, moderado, severo o profundo. Se recomienda utilizar el término genérico de *persona con retraso mental*, a la vez que se detallan las *dimensiones* que requieren *orientación* y *apoyo terapéutico*. Se aboga por descripciones funcionales orientadas fundamentalmente a la provisión de servicios y ayudas. Sin embargo, las críticas dirigidas a la preponderancia del criterio psicométrico no se hacen esperar demasiado, aunque este criterio sigue siendo todavía el determinante primero y principal de la deficiencia mental.

En todo caso, la nueva definición, y la estrategia que lleva consigo, suponen un acercamiento multidimensional a la deficiencia mental que necesita *explicaciones* y *matizaciones* y es objeto de *revisiones críticas* (70), pero que sin duda ha de marcar el futuro de las concepciones y tratamientos impartidos a los deficientes mentales (71).

* * *

Por lo que concierne a la **asistencia a los deficientes**, ya avanzamos que adquiere una importancia y complejidad progresivas hasta ahora desconocidas. Causas de diverso tipo, económicas, demográficas, sanitarias, etc., son las responsables de esta creciente complejidad de la *asistencia a los deficientes, discapacitados y minusválidos*. En efecto, entre los factores económicos la *crisis de los ochenta* condiciona directamente la política asistencial. La crisis del *Welfare*

(70) Luckasson et al., (1992); MacMillan, Gresham y Siperstein (1993); Jacobson (1994); Borthwick-Duffy (1994); Greenspan (1994); Greenspan y Grainfield (1992).

(71) Verdugo (1994b); Pelechano (1995).

State, del Estado del Bienestar, los recortes presupuestarios, más acusados en servicios sociales, los costes de tales servicios, junto con los problemas de empleo, tienen como efecto un retroceso general respecto de los adelantos de las décadas anteriores. Por una lado, los recortes presupuestarios limitan la proliferación de centros y la prestación de servicios (72). No obstante, a pesar de tales recortes, los fondos para investigación subvencionados por el americano *National Institute on Disability and Rehabilitation Research* (NIDRR) son cuantiosos (73). Y, siguiendo en los Estados Unidos, la *Social Security Act*, produce, entre otros efectos, una potenciación de los servicios de rehabilitación (74), mientras que la *Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act* proporciona avances más que considerables en ayudas técnicas (75). Por otro lado, los elevados costes de los servicios atraen la atención pública (76) y provocan la aplicación de técnicas de *coste-efectividad*, *costo-beneficio* en la valoración de su eficacia (77). Incluso se genera un *movimiento de reivindicación de servicios eficaces*, como ya se ha mencionado. No obstante, se dice con frecuencia que los gobiernos gastan diez veces más en «programas de dependencia» que en *fomentar el funcionamiento independiente de los discapacitados* (78). Y sin olvidar la vieja idea de los inicios del movimiento rehabilitador, los principios de *rentabilidad e inversión económicas* en rehabilitación, de tal forma que el rehabilitado vuelve a desempeñar un puesto productivo y devuelve los costos de su rehabilitación a la sociedad, lo cual no es teoría, pues se ha estimado que «por cada dólar invertido en rehabilitación, se evitan 10 dólares en otros gastos» (79). Sin olvidar la aportación de Ronald W. Conley (1973) sobre las *pérdidas económicas* producidas por el desempleo y/o subempleo de deficientes mentales.

(72) Weicker (1984); Hart (1989).

(73) Fenderson, 1984; Gray (1990).

(74) La *Social Security Act*, de 1983, establece un sistema de pago anticipado a determinados tipos de enfermedades y potencia las *servicios de rehabilitación*, en especial de *daño cerebral* (Frank, Gluck y Buckelew, 1990).

(75) La *Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act*, de 1988, supone la promoción de programas de desarrollo de ayudas técnicas: se trata de tecnología compleja y sofisticada, que incluye comunicación asistida por ordenador, sillas de ruedas especiales que permiten trabajar en posición erecta, etc.

(76) Van Hasselt, Strain, y Hersen (1988b).

(77) Clarke y Clarke (1987).

(78) Van Hasselt, Strain y Hersen (1988c, p.4).

(79) «Por cada dólar invertido en rehabilitación se evitan 10 dólares en otros gastos (p.e., gastos médicos futuros y discapacidad; Alex. Brown & Sons, 1987)» (Frank et al., 1990, p. 758).

En todo caso, la recesión y el paro, la inviabilidad de *pleno empleo*, constituyen las repercusiones de la crisis económica que tienen peor cariz para los deficientes. Los primeros que pierden el acceso al empleo son ellos. La *pensión* se convierte, entonces, en *sustituto del puesto de trabajo*. Como consecuencia, la *integración socio-laboral* queda dificultada, incluso imposibilitada, por la ausencia de salidas profesionales. Los *centros de empleo especial*, inicialmente pensados como *autofinanciables* e, incluso, como *trampolín para el empleo competitivo*, se convierten en *centros de destino subvencionados*, es decir, *permanentes y no competitivos, dependientes de subvenciones, a veces gratificables, centros aislados, sin conexión con la sociedad*, por lo que acentúan la *marginación*.

De otro lado, *factores demográficos, mejoras en atención médica*, incremento de la prevención y de la atención prenatal, con el consiguiente descenso de la mortalidad infantil, junto con avances en el tratamiento de las enfermedades infantiles, etc., provocan un aumento de las expectativas de vida de los deficientes y plurideficientes y, en consecuencia, un considerable incremento de su *prevalencia*. A ello hay que añadir el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de sujetos afectados de enfermedades crónicas y de supervivientes de accidentes que demandan mejoras en tratamientos a largo plazo y/o indefinidos (80). Todo este tipo de condicionantes plantea un problema hasta ahora desconocido, el *deficiente adulto*. En suma, la incidencia de tales *avances en la demografía* contribuye a que los deficientes adquieran una *transcendencia cuantitativa* que convierte su asistencia en progresivamente más compleja.

Finalmente, se incrementa la actividad en torno a los deficientes durante los últimos años. En efecto, desde distintas y variadas perspectivas, *rehabilitación, medicina, psicología, psiquiatría, educación, educación especial* (81), etc., y desde diferentes campos, *clínico, educativo, de investigación, asistencial*, etc., se abordan sus intereses. Todos estos factores dan lugar a que el área de las deficiencias presente en la actualidad el panorama de *amplitud, variedad y dispersión* de que hablan Van Hasselt, Strain, y Hersen.

* * *

(80) Van Hasselt, Strain y Hersen (1988b,c); Solarz (1990); Frank, Gluck y Buckelew (1990).

(81) Durante los ochenta, entre otros muchos influjos positivos, la educación especial se ve beneficiada por la *revolución informática*.

En cuanto a España, el salto *cuantitativo* y *cuantitativo* que se produce en las décadas anteriores tiene su continuación en los ochenta con parecidas características tanto en lo positivo como en lo negativo. No obstante, parece necesario añadir algunas referencias a cuestiones puntuales.

En primer lugar, no puede pasarse por alto la eclosión de la ONCE: las acertadas *campañas de imagen*, la elevación de la *calidad de vida de sus afiliados* y el fomento de la *investigación*, tanto en prevención como en tratamientos, constituyen las notas más optimistas del presente. De igual forma, confirma una de las líneas más eficaces de las que se han podido comprobar en este ensayo histórico, y que a la vez ofrecen mejores perspectivas de cara al futuro, la potenciación del *movimiento asociativo*.

En segundo lugar, el retraso en *investigación* se ha aminorado y no sólo en lo relativo a deficiencia mental. Al respecto, recuérdese el papel de **Análisis y Modificación de Conducta** en la consecución de *estatuto científico* para los estudios e investigaciones sobre deficiencia, que ampliamos en el **cuadro 20** (82).

En tercer lugar, un retraso importante es el de la *prevención*, el gran vacío para Fierro, para quien «en esto el país anda todavía casi en etapas de subdesarrollo sanitario» (1984a, p.427), pues el *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad* no pasa de las actividades exploratorias iniciales, ningún programa operativo real se lleva a la práctica y sólo el área de la prevención de las enfermedades congénitas del metabolismo tiene un mínimo desarrollo. Esta ausencia de programas específicos de prevención lleva a Fierro a hablar de *pronósticos sombríos* de cara al futuro de la deficiencia mental en España.

En cuarto lugar, durante los ochenta se produce la potenciación de los servicios públicos, centrales y autonómicos, de educación especial. Paralelamente, la *integración escolar* se está llevando a cabo mediante el *Programa de Integración* que el Ministerio de Educación y Ciencia inicia en el curso 1985-86. La publicación de una *encuesta*

(82) No obstante, Fierro (1984a) mantiene una opinión más negativa cuando habla de *vacío en la investigación* respecto a deficiencia mental, dado que es más lo importado que lo directamente investigado, a excepción de los métodos de **Adiestramiento y Maduración Mental** de González Mas (1978) y las investigaciones sociales sobre prevalencia y características de la deficiencia mental y sobre el número de centros y servicios de atención.

del mismo ministerio (1988) ofrece resultados y valoraciones muy positivos de tal programa. Por su parte, Pelechano (1990) lleva a cabo una *revisión crítica* en la que se cuestionan los datos ofrecidos en dicha monografía.

En quinto lugar, la *crisis económica* tiene en España unas repercusiones muy acusadas en la política de empleo de deficientes, discapacitados y minusválidos. Los *Pactos de la Moncloa*, efectivos desde otros puntos de vista, generalizan a otros colectivos los beneficios y facilidades para el empleo de minusválidos y hacen necesaria la puesta en práctica de *medidas graciabiles*, como *doblar* la prestación de subnormalidad, que pasa de 1.500 a 3.000 pesetas, el sistema de pensiones y ayudas establecido en la *Ley de Integración Social de los Minusválidos*, de 7 de abril de 1982, que Camarero (1983, p.22) denomina «la legalización de la marginación», o la creación de centros de *empleo especial dependientes de subvenciones*. Por nuestra parte, consideramos esta situación como muy negativa y de pronóstico no muy favorable.

Ahora bien, durante los últimos años se producen algunos cambios, en particular en el *mundo académico*, que nos hacen considerar la situación de forma algo más optimista, aunque no por ello se atenúe lo que acabamos de mencionar en el párrafo inmediato. En efecto, la entrada de la temática de las deficiencias en la universidad española, tanto a través de la aparición de *estudios especializados*, *diplomaturas* y *másters* (83), como de *tesis doctorales* y *plazas docentes*, pasando por la proliferación de *investigaciones*, sin olvidar la publicación de *manuales* y *revistas especializadas* (84), teniendo en cuenta que el panorama ya no es exclusivo de la deficiencia mental, es decir, que también se abordan las otras deficiencias, todo ello, en suma, supone la consolidación y potenciación de la tendencia iniciada años atrás, el *salto cuantitativo y cualitativo en el estudio y en la atención a los deficientes* en nuestras tierras. Evidentemente que nos queda mucho para alcanzar las cotas de liderazgo, originalidad e innovación logradas en otras épocas, como el *siglo de oro*. Pero las

(83) *Diplomaturas* en «*fisioterapia*»; en «*magisterio*», con las especialidades de «*educación especial*» y de «*audición y lenguaje*»; en «*logopedia*»; en «*terapia ocupacional*»; *máster universitario* en *Integración de personas con discapacidad* y en *Integración sociolaboral del minusválido*.

(84) Para completar esta *nota* habría que emplear un espacio excesivo, pues es mucha la cantidad de referencias posibles, por lo que remitimos al lector a la *cronología*.

distancias respecto a otros países próximos a nuestro entorno socio-cultural se han aminorado y reducido, incluso en algunas áreas más que considerablemente.

* * *

*Llegados a este punto, no queda más que remitir al paciente lector a la **síntesis general** y, si aún le resta tolerancia, a la **cronología**.*

*En cuanto al capítulo que concluimos, la **tercera revolución en salud mental**, nos descubre unos determinantes, los **psicosociales y socioambientales**, y una nueva forma de tratamiento, la **intervención comunitaria**. Con el tiempo, se habla de lo **bio-psico-social** y de **pluralismo conceptual y técnico**. Paralelamente, el campo de las deficiencias encuentra uno de los momentos de mayor conexión con las corrientes dominantes en la sociedad y en las ciencias de la salud, no exento incluso de cierto protagonismo. Las que hemos denominado **décadas prodigiosas**, el período comprendido entre 1960 y 1980, y los **ochenta**, son protagonistas de grandes **avances**, que los convierten en uno de los períodos más favorables y positivos para los deficientes, pero también de preocupantes **retrocesos**, en especial por los recortes presupuestarios y sus repercusiones en el empleo y en la integración de las personas con deficiencias.*

6. SINTESIS GENERAL

6. SINTESIS GENERAL

*Ninguno hay tan inválido a quien le falten
las fuerzas en absoluto para hacer algo.*

Juan Luis Vives, **Del socorro de los pobres.**

*Después de este recorrido histórico, parece oportuno extraer algún tipo de valoración que sirva de síntesis conclusiva sin alargar más el relato. Con tales pretensiones abordamos los siguientes puntos sobre **constantes y oscilaciones históricas, modelos, conexión con el contexto social, papel social asignado, ejes de progreso, fragilidad de las conquistas y futuro:***

- **La marginación**, con sus múltiples variantes, aparece como una *constante histórica*, que Burgdorf prefiere matizar cuando afirma:

«La historia de los procedimientos formales de la sociedad para enfrentarse a las personas minusválidas pueden sintetizarse en dos palabras: segregación y desigualdad» (1980, p.51).
- También es una *constante* la **oscilación histórica a lo largo del eje pasivo-activo** de las concepciones de las deficiencias y de los tratamientos dispensados.
- Tal oscilación está presente en todos y cada uno de los *modelos de salud mental* desarrollados a lo largo de la historia de las deficiencias, tal y como aparece en el **cuadro 25**.
- En relación con tales modelos históricos, varias matizaciones. En primer lugar, no cabe hablar de *linealidad acumulativa*, sino más bien de *superposición* de características e, incluso, de modelos. Es decir, junto a las nuevas concepciones subsiste

ENFOQUES/ACTITUDES	MODELOS HISTORICOS	ENFOQUES/ACTITUDES
PASIVAS: INMODIFICABILIDAD		ACTIVAS: MODIFICABILIDAD
CAUSAS INTOCABLES		CAUSAS NO INTOCABLES
NEGATIVISMO / PESIMISMO		CONCEPCION POSITIVA / OPTIMISMO
ACEPTACION PASIVA / RESIGNACION		TRATAMIENTO / EDUCABILIDAD
SEGREGACION / MARGINACION		INTEGRACION / ACEPTACION
MODELO DEMONOLOGICO		
CAUSAS AJENAS / EXTRAÑAS		CAUSAS DESCONOCIDAS
FRUTO DEL PECADO / DEMONIO		PRACTICAS EMPIRICAS
INFANTICIDIO / HOGUERAS		CIRUGIA DE LOS HUESOS
VENTA / MUTILACIONES		TECNICAS PROTESICAS
RESIGNACION / APARTAMIENTO		HOSPITALES / ASILOS
MODELO ORGANICISTA		
CAUSAS NATURALES		CAUSAS NATURALES
CLASIFICACION / ETIQUETADO		TRATAMIENTOS MEDICOS
«ALARMA EUGENESICA»		«SORDOMUDISTICA» / INSTRUCCION
BENEFICENCIA / ENCIERRO		«REGENERACION DE POBRES»
INSTITUCIONALIZACION		«TRATAMIENTO MORAL»
MODELO PSICOLOGICISTA		
CAUSAS PSICOLOGICAS		CAUSAS PSICOLOGICAS
CLASIFICACION / ETIQUETADO		TRATAMIENTOS / PROGRAMAS
DETERMINISMO DEL CI		MOVIMIENTO REHABILITADOR
SUBNORMALIDAD / ANORMALIDAD		MODIFICACION DE CONDUCTAS
«TRAUMAS» / «REGRESION»		POSIBILIDAD DE APRENDIZAJE
MODELO SOCIO-AMBIENTAL		
CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES		CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES
FASES DE REACCION A LA DISCAPACIDAD		PREVENCION / ESTIMULACION PRECOZ
INTEGRACION «POR DECRETO»		INTERVENCION COMUNITARIA
ACTITUDES NEGATIVAS		ASOCIACIONISMO
MARGINACION		DESINSTITUCIONALIZACION
MODELO BIO-PSICO-SOCIAL		
CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES		CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES
«PENSION», UNICA SALIDA		INTERACCION DE FACTORES
«CENTROS DE EMPLEO ESPECIAL»		TRATAMIENTOS MULTIMODALES
ACTITUDES NEGATIVAS		REHABILITACION PROFESIONAL
MARGINACION		NORMALIZACION / INTEGRACION

Cuadro 25.—Síntesis de las orientaciones históricas del enfrentamiento ante la deficiencia.

parte, si no todo, del/os modelo/s anterior/es. Al respecto cabe preguntarse si el *modelo demonológico* está totalmente erradicado. En segundo lugar, *dualidad contradictoria* de los modelos, en especial por el progresivo desgaste y deterioro de lo inicialmente positivo: p.e., el carácter *activo* que inicialmente presentan las *instituciones manicomiales*, pensadas para la *reinserción social*, se transforma en algo totalmente *pasivo*, el *gran encierro*.

- La historia demuestra que la integración de los deficientes no depende de su capacidad, sino de las *necesidades de la sociedad*, o, para ser más precisos, del *contexto social*. Quien lo dude, que mire lo que ocurre en la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos de América.
- La propia deficiencia mental adquiere el carácter de *problema social*, con las dimensiones que presenta en la actualidad, como consecuencia de la *revolución industrial* y de la *escolarización obligatoria*. Es más, el nivel de complejidad y especialización requerido por la vida moderna hace aumentar el número de deficientes.
- En la actualidad, la *crisis económica* condiciona los resultados de la *rehabilitación* y de la *educación especial*, tanto por los *recortes presupuestarios* como por los *problemas y dificultades de empleo*.
- En función del *contexto social*, a los deficientes, permítasenos la expresión, *se les hace de todo*. De igual forma que otros *sujetos diferentes*, son objeto de todo tipo de *brutalidades*. Lo que ocurre es que los deficientes *siempre* forman parte de los *colectivos de marginados*.
- Entre las brutalidades, las *mutilaciones para mendigar*, las *hogueras* y las *cámaras de gas* nos parecen las acciones más execrables. Y lo peor y más preocupante es que, parafraseando a Bertolt Brecht (1898-1956), *aún es fecundo el vientre que parió el suceso inmundo*.
- Los *papeles sociales* asignados a los deficientes son muy variados y también dependen más del *contexto social* que de su *capacidad*. Es más, las *investigaciones sesgadas* y las *interpretacio-*

nes erróneas influyen poderosamente en las ideas, en las actitudes y en las prácticas sociales.

- A lo largo de la historia, ha habido *discapitados anónimos*, pero también *famosos*: Miguel de Cervantes, el Cardenal Richelieu, John Milton, Talleyrand, Lord Byron, Pasteur, Lenin, Roosevelt, Toulouse-Lautrec, Goya, Beethoven, etc.
- Es decir, se puede escribir el **Quijote sin un brazo** (Cervantes), **El paraíso perdido a ciegas** (Milton), dirigir la política francesa en el XVII y preparar el esplendor de Luis XIV *desde la cama* (Richelieu), o de la época napoleónica con *deformidades congénitas en un pie* (Talleyrand), o la rusa con una *hemiplejía* (Lenin), escribir poesía y participar en la guerra de liberación de Grecia con *deformidades congénitas en un pie* (Byron), padecer *picnodisostosis* con *atrofia* de piernas y ser un gran pintor impresionista (Toulouse-Lautrec), compatibilizar una *hemiplejía* y el laboratorio (Pasteur), soportar una *sordera* y crear las *pinturas negras* de la *Quinta del Sordo* (Goya) o componer la *Novena Sinfonía* (Beethoven), o conllevar una *paraplejía* por poliomielitis a los casi cuarenta años y ser el único presidente norteamericano reelegido para un cuarto mandato y ganar la Segunda Guerra Mundial (Roosevelt).
- Y también se puede ser diagnosticado como *deficiente mental*, ser seleccionado por el ejército, recibir un *entrenamiento suplementario* y adaptarse a las fuerzas armadas; estar *institucionalizado* y *comportarse correctamente* en la guerra y *gozar de al menos un ascenso*; ser diagnosticado como deficiente y *rendir servicios aceptables* en el ejército; ser *pupilo* de una institución y convertirse en *operador de maquinaria* en industrias de guerra, en *montador de dispositivos elevadores*, en *montador de fusibles*, en *pintor de granadas*, en *montador de balas* e, incluso, en *inspector de camiones*, etc., etc.
- Los **ejes de progreso** en la *historia de las deficiencias* provienen de tres fuentes: los *avances* en las *ciencias de la salud*, las *aportaciones de ciertos pioneros* y las *mejoras sociales* desarrolladas para los *físicos* y los *ciegos*.
- En primer lugar, el contexto social de los avances médicos y psicopatológicos, que revierten en progresos en el propio

campo de las deficiencias y en algunas ocasiones a la inversa. Como influencias externas, hay que mencionar los desarrollos de las *ciencias biomédicas*, en general, y de la *psiquiatría* y de la *psicopatología*, en particular, sin olvidar la *cirugía* y la *ortopedia*, que impulsan los avances en el estudio de la etiología e identificación de formas clínicas asociadas a las deficiencias y, en algunos casos, las mejoras en el tratamiento. Como influencias hacia afuera, hay que destacar el importante papel jugado por la *sordomudística* en el desarrollo de técnicas educativas y por la *psicología de la rehabilitación* en la potenciación de la *psicología clínica*.

- Como consecuencia de todos estos desarrollos puede hablarse, en la actualidad, de una *revolución* en el conocimiento de las posibilidades de *prevención y mejora* de algunas deficiencias. En efecto, la *prevención biomédica* es una realidad así como los avances en la *etiología* y en la *patogénesis* de la deficiencia mental.
- En segundo lugar, ciertos *innovadores, pioneros, filántropos*, casi siempre figuras aisladas, cuyo ejemplo paradigmático puede encontrarse en Ponce de León, y que por lo general van aportando su *granito de arena* en el desarrollo y mejora de los tratamientos.
- En este campo de los tratamientos, agrupados en la actualidad bajo la óptica de la *atención comunitaria* y de la *normalización, desinstitucionalización e integración escolar*, se han producido mejoras, aunque es más lo que queda por recorrer que lo conseguido hasta el presente.
- En tercer lugar, las mejoras y avances sociales promovidos en beneficio de *mutilados de guerra y accidentados laborales*, que progresivamente se van ampliando al resto de los deficientes. En esta ampliación, juega un papel decisivo el *movimiento asociativo*.
- Ahora bien, *tales progresos, tales conquistas históricas son frágiles, reversibles*. Ganadas con esfuerzos, a veces con sangre, caen cual *castillo de naipes* al menor descuido o contratiempo. Como se ha escrito, el dolor nunca muere y siempre es igual y,

también, siempre hay un hueco para la marginación. Así ha sido siempre. Así es en la actualidad.

- El tema de las *actitudes públicas, campañas de imagen, formación y cambio de actitudes*, que han recibido un impulso en los últimos años, sigue siendo una de las asignaturas pendientes y, por otro lado, una de las acciones más eficaces.
- Como consecuencia de todo lo anterior, hay que apelar a la necesidad de estar en actitud vigilante constantemente. De cara al futuro, *optimismo pero alerta*.
- Sobre este mismo punto, el *futuro*, estamos de acuerdo con Nuffield en que *será decidido más por las actitudes públicas y por las decisiones políticas que por la propia viabilidad científica de las mejoras*.
- Para concluir esta *Historia de las deficiencias* queremos tan sólo destacar las dos cuestiones siguientes.
- Por un lado, las *grandes y trascendentes aportaciones de España* al campo de las deficiencias. Desde Maimónides (1135-1204), quien habla por primera vez de posibilidad de progreso *mediante instrucción* en la deficiencia, pasando por Jofré (1350-1417) y los médicos de Valencia (s.XV), quienes ponen en práctica toda una serie de *tratamientos* con vistas a la *reinserción* de los sujetos internos, sin olvidar la *regeneración de pobres* de Vives (1493-1540), hasta llegar a la figura estelar de Ponce de León (1520-1584), *primer educador de la historia*. Todos merecen figurar con letras de oro en la *Historia de las Deficiencias*, en la *Historia de la Psicología* y en la *Historia de las Ciencias de la Salud*.
- Similar puesto de privilegio debe reservarse a las *no menos relevantes aportaciones* de los EEUU durante la *Segunda Guerra Mundial*, tanto la *participación de los deficientes en la contienda* como el *movimiento rehabilitador* y la *psicología de la rehabilitación*.
- Por otro lado y finalmente, el campo de las deficiencias, discapacidades y minusvalías presenta en la actualidad tal grado

de *complejidad, amplitud, variedad y dispersión* que su estudio requiere la colaboración de todas las disciplinas implicadas en el área de la *salud*, y, al mismo tiempo, tal *relevancia social* que constituye uno de los *retos* más decisivos para los profesionales de tales especialidades.

CRONOLOGIA

CRONOLOGIA

Págs.

1. INTRODUCCION: OSCILACIONES Y CONSTANTES HISTORICAS	275
2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL.	276
2.1. INTRODUCCION	276
2.2. PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD	276
2.3. ANTIGÜEDAD CLASICA	280
2.4. DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA	284
3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL	289
3.1. INTRODUCCION	289
3.2. APORTACIONES Y PROTAGONISTAS	290
3.3. LA ESPAÑA PIONERA DEL SIGLO DE ORO	291
3.3.1. LAS INSTITUCIONES MANICOMIALES	294
3.3.2. EL TEMA DE LA POBREZA	295
3.3.3. LA SORDOMUDISTICA	297
3.4. EL XVII Y EL XVIII, EL GRAN ENCIERRO	298
3.5. EL XIX, LA ERA DEL PROGRESO	306
4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL	320
4.1. INTRODUCCION	320
4.2. PSICOANALISIS, CONDUCTISMO Y OTRAS INNOVACIONES	320
4.3. EL CAMBIO DE SIGLO	326
4.4. EL PERIODO ENTRE GUERRAS	333

	<i>Págs.</i>
4.5. LA GUERRA Y SUS REPERCUSIONES	340
4.5.1. LOS DEFICIENTES Y LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL	340
4.5.1.1. LA EXPERIENCIA NAZI	340
4.5.1.2. LA EXPERIENCIA NORTEAMERICANA..	341
4.5.2. EL MOVIMIENTO REHABILITADOR	343
4.5.3. EXPANSION A OTROS CAMPOS	349
5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL.....	358
5.1. INTRODUCCION	358
5.2. LA INTERVENCION COMUNITARIA	358
5.3. LAS DECADAS PRODIGIOSAS	359
5.4. LOS OCHENTA	387

CRONOLOGIA (1)

1. INTRODUCCION: OSCILACIONES Y CONSTANTES HISTORICAS

- A lo largo de la historia, la *diferencia*, la *anormalidad*, la *enfermedad*, la *deficiencia*, la *discapacidad*, la *minusvalía*, etc., han sido objeto de:
- Por un lado, *actitudes persistentes* que giran en torno a una *constante histórica*, la **marginación**; hay quien prefiere hablar de **segregación y desigualdad**; hay quien opta por **alienación e intolerancia**.
- Por otro lado, concepciones y tratamientos *oscilantes entre dos polos*:
 - **Enfoque/actitud pasiva, tradición demonológica, pecado**: fruto de causas ajenas al hombre, castigo de los dioses, del demonio, etc., por tanto, situación *incontrolada e inmodificable*: segregación, rechazo, etc.

(1) Como en su momento avanzamos, la **cronología** que iniciamos a continuación pretende recoger fechas, datos, personajes relevantes en y/o relacionados con el campo de las deficiencias. Dichas *reliquias* van a ser mostradas siguiendo el criterio de la coincidencia temporal en una determinada época y espacio geográfico y/o cultural. Ahora bien, vamos a tratar de presentarlas con un esquema y una secuencia similares a los seguidos en los capítulos anteriores con la pretensión de que esta **cronología** pueda servir de forma efectiva, pero también fácil, de complemento e ilustración a este ensayo histórico. Con tal finalidad se añaden algunos comentarios introductorios breves. Finalmente, en el *texto* mantenemos el sistema tradicional de precisar a.C. y d.C. para **antes** y **después** de Cristo, respectivamente. Sin embargo, en el *margen izquierdo* simplificamos tales referencias que aparecen como **a** y **d** por motivos de ahorro de espacio.

- **Enfoque/actitud activa, tradición naturalista, enfermedad:** fruto de causas *naturales y/o biológicas y/o ambientales*, por tanto, situación *modificable*: prevención, tratamientos, integración, etc.

2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

2.1. INTRODUCCION

- El lapso temporal que transcurre antes de la *primera revolución en salud mental* abarca desde la prehistoria hasta el primer renacimiento.
- Acentuación del **enfoque pasivo**: súplica a los dioses, eliminación del deficiente, *animismo, infanticidio*, otras prácticas similares.
- Manifestaciones de una **actitud activa**: *prácticas empíricas, remedios* a discapacidades físicas, la *tradición naturalista, las voces de la moderación*.
- Probablemente los casos más graves muriesen al nacer, los leves pasasen inadvertidos, los hijos de familias de fortuna fuesen cuidados en casa.

2.2. PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD

- La tradición *demonológica* se asienta.
- Aplicación de *remedios* a las discapacidades físicas.

2.2.1. Prehistoria

- Presencia de diversas *enfermedades*, incluso una patología bastante próxima a la de los tiempos históricos.
- Inicio de cierta *actividad terapéutica, medicina pretécnica*, oscilante entre el *empirismo*, recurso a un remedio eficaz en casos similares, y el *animismo*, apelación a agentes o poderes extraños, espíritus, dioses o fuerzas animadas.

- *Infanticidio*, práctica común en la mayoría de los pueblos animistas; algunos, como las Nuevas Hébridas, sacrifican a la madre.
 - Tratamiento de *dificultades funcionales del aparato locomotor*, *reducción de fracturas y cirugía de los huesos*: restos de *esqueletos con lesiones de huesos* al parecer tratadas; *inmovilización de fracturas con astillas de árbol*; *hombre de Neanderthal con fractura en cúbito perfectamente consolidada*; una mano con *dedo amputado*.
 - *Trepanaciones de cráneos*: hipótesis: *trepanaciones para salida de espíritus*, *reducción de presión intracraneal*, *heridas de guerra*; fragmentos de *cráneo en Jutlandia*: *trepanación en niño hidrocefálico*; frecuentes hallazgos de restos de *cráneos con orificios*.
- 45000 a — Restos de Shanidar I, un hombre de Neanderthal: *atrofia de omóplato, clavícula y húmero derechos*, *amputación, probablemente en vida, de brazo derecho por debajo del codo*, *ceguera en ojo izquierdo y lesión en parte derecha de cráneo*.
- 2300 a — Kazajstán: *primera huella de prótesis*: restos óseos de *amputada de pie izquierdo*; *prótesis de tibia con una pata de morueco*: la piel, elemento de encaje, el esqueleto, de soporte.

2.2.2. China

- Descripción de *cinesiterapia y masajes*, como forma de *excitación de puntos de acupuntura*.
 - *Prácticas sociales*, indicadoras de la *relatividad cultural* de la *discapacidad física* y de la *dependencia del contexto social*: la tradición de *vendar los pies de las niñas*; la costumbre de *dejar crecer las uñas de las manos como símbolo externo de riqueza*.
- 551-479 a — Confucio, *voz de la moderación*: principios de *responsabilidad moral*, *amabilidad*, *ayuda a los débiles*.

2.2.3. India

- Los niños deformes son arrojados al Ganges.
 - El **Código de Manú** regula el infanticidio de niños ciegos y afectados de otras enfermedades graves.
 - El **Ayurveda** o **Veda de la Longevidad** recomienda prescripciones higiénicas, como ejercicios físicos, masajes y baños.
 - El **Mahabharata** describe al rey *ciego* Dhritarashtra, cuya prometida no tiene ningún inconveniente en casarse con el príncipe y *venda* sus ojos para no ser mejor que su señor en nada.
 - *Vishnu*: cuatro brazos de fuego, símbolo del Cosmos, y aplastando con un pie un *enano*, imagen de las ataduras de las almas.
- 563-483 a — Buda, *voz de la moderación*: compasión, caridad, generosidad.

2.2.4. Mesopotamia y Persia

- La enfermedad, *castigo* de los dioses por un pecado de quien la padece; *shêrtu*, palabra asiria, significa pecado, cólera de los dioses, castigo y enfermedad.
 - La religión en Persia inaugura la tradición *demonológica*: la enfermedad como *posesión de los espíritus del mal*.
 - No hay manifestaciones directas de *infanticidio*.
- S.XVIII a — Babilonia, **Código de Hammurabi**: preceptos compasivos sobre adopción de niños: no hay referencias concretas a deficiencias ni indicios de su exclusión de las estipulaciones del código.
- S.X ó VI a — Zaratustra, *voz de la moderación*: consideración hacia semejantes.

2.2.5. Egipto

- Presencia y cierta relevancia social de la discapacidad, en especial la física.
- Primeras manifestaciones de *ayudas ortéticas y protésicas*.
 - No evidencia de *infanticidio* ni de *malos tratos* a niños; los padres que dan muerte al hijo, condenados a acunarlo en sus brazos.
 - No constancia de nacimientos anómalos por la *consanguinidad*.
- 2800 a — Primera manifestación de *ortesis*: una especie de *bastón* en esculturas.
- 2300 a — Grupo escultórico de la tumba de Seneb, *director de los telares* durante la VI dinastía, aquejado de *condrodisplasia metafisiaria*.
- 2000 a — La *mano artificial* más antigua conocida.
- 1900 a — **Papiro de Ramenseun**: relajación de miembros rígidos.
- 1600 a — **Papiro quirúrgico de Edwin Smith**, egiptólogo americano que lo consigue en 1862; el texto médico más antiguo conocido: ofrece indicaciones sobre *diagnóstico, tratamiento y pronóstico* de heridas; recomienda tratamientos físicos y encantamientos mágicos; contiene la probablemente primera definición de la lesión medular: *una dolencia que no puede ser tratada*.
- 1550 a — **Papiro de Ebers**, egiptólogo alemán que lo adquiere en 1872; es probablemente el **Papiro de Tebas**, muy citado en las historias de la deficiencia mental; contiene recetas sobre ayudas para parto, aborto y lactancia y sobre tumores benignos y malignos.

- 1400 a — En un bajorrelieve, un príncipe con atrofia de pierna derecha y pie en equino, probables secuelas de polio, y con *muleta* o *bastón*.
- 1400 a — Tumba de Tutankamon: *enana acondroplásica* en barco funerario.

2.2.6. Palestina

- La Biblia describe correctamente algunas enfermedades mentales, pero desde la *ideología demonológica*: el **Deuteronomio** amenaza con severos castigos divinos entre los que incluye la *locura* (*delirio*), la *ceguera* y la *pérdida de los sentidos*; Saúl cree poseer un *espíritu malo proveniente de Yahvéh*; la *ceguera*, presagio de desorden o de muerte.
 - No *infanticidio* ni *aborto*, pero *venta* de niños como *esclavos*.
 - El **Pentateuco** recomienda ayuda al ciego y al sordo y describe abluciones, baños y vendajes ortopédicos.

2.3. ANTIGÜEDAD CLASICA

- Los trastornos mentales, considerados por primera vez *fenómenos naturales*.
- *Infanticidio*, *malos tratos*, *venta* de niños como *esclavos*, *mutilación para mendicidad*, prácticas frecuentes.
- *Escaso interés hacia la discapacidad física*.

2.3.1. Grecia

- Pionera en el abordaje de la enfermedad mental desde un *enfoque naturalista*.
- Ya están presentes las *figuras psicopatológicas* vigentes hoy día.

- Culto a la *salud* y a la *belleza física*.
 - En Esparta y Atenas se practica el *infanticidio* de deformes y de apariencia inusual: práctica usual recomendada por los *intelectuales*, como Platón (428-347 a.C.), quien considera necesario eliminar a los débiles y a los deficientes, y Aristóteles (384-322 a.C.).
 - Atenas: a los niños débiles y deformes se les coloca en una vasija de arcilla y se les deja a la puerta de algún templo por si alguien los adopta; posteriormente, práctica más generalizada.
 - Esparta: exposición del recién nacido ante un consejo que lo examina y, si aprecia alguna tara, lo despeña por el monte Taigeto.
 - Esparta: culto a la fuerza física y a la agresividad y condiciones de vida duras: elevada tasa de mortalidad.
- S.V a — Templos de Esculapio, el *dios de la curación*, primeras *casas de salud*: baños, paseos, etc.
- 460-377 a — Hipócrates: *padre de la medicina y de la psiquiatría clínica*; describe los cuadros clínicos relevantes hoy; propone *etiología biológica* con su correspondiente tratamiento; quita el carácter sagrado a la *epilepsia*; atribuye el *trastorno mental* y en ocasiones la *deficiencia* a causas naturales; describe diversas discapacidades físicas, en especial *paraplejía*; en **Fracturas y articulaciones**, origen de las actuales tracciones vertebrales, introduce métodos de *reducción por tracción* de deformidades, fracturas y luxaciones de la columna: su *banco de extensión* ha sido ampliamente utilizado.
- Ciertas figuras literarias afectadas de *ceguera*: Edipo; Tiresias, el *ciego adivino*.

2.3.2. Roma

- Ley atribuida a Rómulo: los padres pueden abandonar a un hijo inválido siempre que lo muestren a cinco vecinos que lo aprueban; su incumplimiento, confiscación de la mitad de los bienes.
- República: infanticidio de deformes durante los ocho primeros días.
- Tito Livio asigna a la roca Tarpeia funciones similares a las del monte Taigeto.
- Práctica de *mutilar niños y jóvenes para mendigar*: en la columna Lactaria son mutilados para incrementar su valor como mendigos.
- 124-40 a — Asclepiades de Prusa: tratamiento humano hacia trastornados, deficientes y epilépticos; se opone a las *sangrías* a estos enfermos con humor: *por mucho que las sangrías tuviesen éxito en Atenas, tienen todas las probabilidades de ser perjudiciales en Roma, estando como están sus ciudadanos extenuados por la corrupción.*
- 106-43 a — Cicerón, *voz de la moderación*, pionero en preocuparse de la *responsabilidad del enfermo mental*.
- S.I d — Imperio: el *infanticidio* se generaliza.
- 63 a-14 d — Augusto, ayuda estatal a necesitados, el 50% de la población.
- 10 a-54 d — Claudio, de mala salud, de apariencia poco atractiva, considerado y tratado como *discapacitado*, entre otros por Séneca, quien ridiculiza su apariencia física y sus dificultades en el habla.
- 4 a-65 d — Lucio Anneo Séneca, en su **Carta a Lucilio**, habla de su *aversión natural frente a esos monstruos*.
- 9-79 d — Vespasiano: primer *sistema de educación estatal*; abre escuelas de medicina; fomenta el desarrollo de hospitales.

- 30-98 d — Nerva intenta eliminar los malos tratos y el infanticidio mediante *colonias* para pobres y ayudas para padres indigentes.
- 53-117 d — Trajano: en el 100 d.C., el estado mantiene cerca de 5.000 niños.
- 76-138 d — Adriano destierra a un padre que ha matado a su hijo.
- S.I d — Aurelio Cornelio Celso, el mejor escritor médico romano; en **De medicina** emplea *imbecillis*: un grado moderado de deficiencia mental; defiende la *hipótesis del miedo*: castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes; difunde el *scamnun*, banco de *extensión* hipocrático para la *reducción* de problemas de la columna.
- 129-199 d — Galeno, médico griego, *padre de la neurología y fisiología experimentales*; provoca lesiones espinales y cerebrales para rastrear las vías nerviosas; identifica una causa de la afasia; en **Ejercicios con la pelotita**, precursor de la *mecanoterapia*.
- S.II d — Sorano de Efeso, médico griego, *padre de la ginecología y de la pediatría*; atiende enfermos y deficientes mentales en su propio hospital; tratamiento: reposo, lectura y representaciones teatrales.
- S.II d — Compra de hombres cojos, mancos, con tres ojos, gigantes, *enanos* o *hermafroditas* para *diversión*.
- S.IV d — La *influencia del cristianismo* empieza a hacerse sensible: se prohíbe el infanticidio y la venta de niños como esclavos.
- 2.3.3. El cristianismo primitivo
- Jesús de Nazaret, *voz de la moderación*: todos los hombres, iguales ante Dios; amor, misericordia, sensibilidad hacia los niños; *principio de los humildes* (el más pequeño de entre todos vosotros es

el mayor) relacionado frecuentemente con deficientes; curaciones de sordos, ciegos, epilépticos, paralíticos.

- *Influencia en dos direcciones*, la dulzura-amor frente a posesión demoníaca, cada una de las cuales repercute en el tratamiento a los deficientes.
 - Los *padres de la iglesia* denuncian el infanticidio y el aborto.
- 314 — Concilio de Ancira: se prohíbe de por vida la entrada en el templo a la mujer que haya dado muerte a su hijo.
- 325 — Concilio de Nicea: hospedaje en cada comunidad de enfermos, pobres y vagabundos: germen de asilos para niños.
- 324-400 — Oribasio, médico, describe el *banco de extensión* de Hipócrates.
- 370 — El obispo San Basilio funda en Cesárea de Capadocia el primer hospital conocido, una especie de *ciudad-hospital*.
- S. IV — Hospital de Bizancio, cuya existencia es dudosa.
- S. V — Hospital de Jerusalén de existencia dudosa.
- 442 — Concilio de Vaison: refugio en el templo durante 10 días para todo niño abandonado.

2.4. DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA

- Característica: *posesión diabólica*, aunque con *valerosos disidentes*.
- La mayoría de los deficientes, sometida a una *vida dura y cruel*.
- La enfermedad y las deficiencias son consideradas *inmutables y permanentes*; pero *avances*: se introducen las primeras brechas a este principio.

2.4.1. El imperio bizantino

- Tras la caída de Roma (476 d.C.), Constantinopla continúa la tradición romana pero con las influencias del cristianismo; se socorre a los menos afortunados; se fundan *orfanatos, inclusas, asilos y hospitales (nosocomios)*.
 - Complejo constituido por *hospicio militar, orfanato y asilo para ciegos* con 7.000 camas.
- 483-565 — Justiniano: compilación del código romano: los deficientes mentales no deben sufrir las mismas penas y necesitan custodios.

2.4.2. El mundo árabe

- 569-622 — Mahoma, *voz de la moderación: influencia en dos direcciones, amparo, ayuda y trato humanitario a enfermos y deficientes mentales frente a prácticas de brutalidad como las mutilaciones por robo*.
 - Los *árabes* conservan la tradición griega que pasa a Europa a través de España.
 - Limitaciones del **Corán** a la práctica médica; no obstante, en psiquiatría, libres de la demonología, hacen observaciones clínicas bien definidas sobre el enfermo mental.
 - *Sanatorios mentales* de Fez (s. VII), Metz (1100), Bagdad (1173) y el *Hospital Mansur* de El Cairo (s. XIII): hospitales dirigidos por médicos, con tratamientos humanitarios a base de música, danza, espectáculos, lecturas de relatos, prácticas de masajes y baños para múltiples enfermedades: precursores de las instituciones manicomiales españolas de la primera revolución en salud mental.
- 865-925 — Rhazes, médico persa que propone tratamiento para ciertas *enfermedades mentales*.

- 936-1013 — Abulcasis, Abul Kasin, médico cordobés, autor de **at-Tarsif**, verdadera enciclopedia médica de la época, muy influyente en la cirugía europea; es pionero en la utilización de la *psicoterapia*.
- 980-1037 — Avicena, ibn Sina, médico y filósofo persa, *príncipe de la medicina*: en **Canon de medicina** propone tratamientos para enfermedades infantiles; define distintos niveles de funcionamiento intelectual; las lesiones cerebrales pueden afectar la memoria y el habla; utiliza y modifica el *banco de extensión* de Hipócrates.
- 1090-1162 — Avenzoar, ibn Zuhr, médico sevillano, recomienda *ejercicios* similares a los de rehabilitación física.
- 1126-1198 — Averroes, ibn Rushd, médico y filósofo cordobés, discípulo de Avenzoar, autor de la **Enciclopedia médica**, prescribe *ejercicios* próximos a los de rehabilitación actual.
- 1135-1204 — Maimónides, Moses ben Maimon, médico y filósofo judío cordobés, relaciona la teoría de los humores con el funcionamiento intelectual: el cerebro del flemático genera retraso, pero *con instrucción puede hacer progresos*; primera ocasión histórica en que se habla de *algún tipo de progreso en la deficiencia mental*.

2.4.3. La Europa occidental medieval

- En medicina desaparece el *naturalismo griego*, la *farmacología árabe* sustituye a la griega, el *monje* reemplaza al médico; en el trato de enfermedades y trastornos mentales triunfa la *demonología*, la *posesión diabólica*.
- La *Iglesia Católica* se convierte en la única institución benéfica: practica la *medicina monástica* y da acogida a perturbados y a deficientes mentales.
 - *Alta edad media*: economía agrícola, elevada tasa de mortalidad y necesidad de mano de obra: no se

- practica el infanticidio, se recomienda dejar en las iglesias a los hijos no deseados.
- 625-690 — Pablo de Egina, médico, inventor de la *laminotecnica descomprensiva*; describe el *banco de extensión* de Hipócrates; partidario de la extirpación de una apófisis espinosa fracturada que cause dolor.
- 685 — Juan de Beverley (6??-721) publica un ensayo teórico aislado sobre *educación de sordomudos*.
- 742-814 — Carlomagno: decreto: los niños abandonados, esclavos de quien los encuentre: *tráfico de niños para esclavos y/o mendigos*.
- 787 — Datheus, arzobispo de Milán: *asilo para niños abandonados*.
- Asilos y orfanatos a los que van a parar muchos deficientes.
- 850 — Saint-Gall, el hospital más antiguo conocido, muestra ideal de la arquitectura hospitalaria benedictina.
- *Baja edad media*, cambios: los deficientes son considerados hijos del pecado y del demonio y objeto de la Inquisición.
- 1150 — Decreto de Graciano: *todo ser humano concebido por concubinato nace con el pecado original y es reo de impiedad y muerte*: aceptado por la Iglesia y por la Reforma y vigente durante siglos.
- *Inquisición*: ninguna persona mentalmente diferente de la norma se escapa de la acusación de brujería.
- *Régimen familiar* de Gheel, Bélgica: sistema de atención a enfermos y deficientes mentales.
- 1210 — **Chirurgia**, de Rolando de Parma, profesor de Palermo: descarta el *banco de extensión* hipocrático y propone la *extensión manual*.

- 1212 — Tras la batalla de las Navas de Tolosa, los excombatientes *ciegos* constituyen una *cofradía* en Toledo a la que el rey castellano Alfonso VIII protege y concede privilegios.
- 1247 — *Bethlem Royal Hospital* de Londres, el hospital europeo más antiguo de los existentes en la actualidad; recibe enfermos mentales en 1377; en 1547 se convierte en *manicomio*, *asilo para lunáticos*.
- 1260 — Creación, atribuida a Luis IX de Francia (1214-1270), de un *centro de invidentes* para los soldados ciegos tras las cruzadas. Se trata del *Hospicio de los Quince Veintes* en el que Buero Vallejo ambienta **El concierto de San Ovidio**.
- 1324 — Eduardo II de Inglaterra (1284-1327) promulga la *King's Act*, ley por la que las propiedades de los *idiotas de nacimiento* pasan a la Corona: la *idiocia*, considerada *congénita y permanente* y con *reconocimiento legal*.
- Grandes epidemias, frecuentes guerras, invasiones, *cruzadas*: incremento considerable del número de *mutilados*, *legiones de mendigos*, amenaza social: se les acusa de brujería y de artes diabólicas; de otro lado favorece el desarrollo de la *técnica protésica*.
- 1400 — *Prótesis manual de hierro* con pulgar rígido y flexión de dedos.
- 1443 — *Hôtel Dieu* de Beaune, Borgoña, fundado por el *canciller Nicolás Rolin*, uno de los primeros *hospitales de inválidos*.
- 1433-1485 — Rodolfo Agrícola: relata el caso de un sordomudo instruido.
- 1473-1518 — *Barbarroja*, Arug o Aruy, pirata herido en el ataque a Bugia: cojera y amputación de brazo (*la mano derecha de plata*).
- 1487 — **Malleus Maleficarum (El martillo de las brujas)**, *cruel enciclopedia sobre brujería*, de los monjes

dominicos alemanes Jacob Sprenger y Heinrich Kraemer, máxima expresión de la *demonología*.

2.4.4. Primer renacimiento y reforma

- *Humanismo*; culto a la belleza, interés por el cuerpo y por su *anatomía*, desarrollo de la *cirugía*, en especial la *ortopédica*, mejora de la medicina.
- Persistencia de ideas y prácticas medievales; primeras brechas a la inmutabilidad de la enfermedad y de la deficiencia mentales y de otras discapacidades: no todos se presentan en el mismo estado, algunos pueden mejorar.
 - La *Reforma* no supone un alivio para los deficientes: para Lutero (1483-1546) y Calvino (1509-1564) están habitados por *Satanás*.
- 1509 — *Mano de hierro* del caballero Gotz von Berlinghingen.
- 1534 — **New Natura Brevium**, de Sir Anthony Fitzherbert (1470-1538), un primitivo test para determinar la incapacidad del *idiota*: contar veinte peniques, decir quién es su padre o madre, saber su edad, medir un metro de tejido, nombrar los días de la semana.
- 1601 — Isabel I de Inglaterra (1533-1603) sanciona la *ley de pobres*, medidas para prestar asistencia a los necesitados.

3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

3.1. INTRODUCCION

- La *primera revolución en salud mental* se inicia a finales del siglo XVI y principios del XVII, dentro de un proceso más amplio de *laicización* del individuo y protagonizada por la *corriente humanista* emergente en el *renacimiento*.

- Paso de la *concepción demonológica* a otra de corte *naturalista*, a un *modelo organicista y biologicista*; de la idea de *pecado* a la de *enfermedad*.
- Las **instituciones manicomiales** y la constitución de los conceptos de **locura** y de **neurosis** caracterizan este período que va desde el XVI a finales del XIX.
- Aportaciones pioneras de la España del *siglo de oro*: las *instituciones manicomiales*, el tema de la *pobreza* y la *sordomudística*.

3.2. APORTACIONES Y PROTAGONISTAS

- Nacimiento de las **instituciones manicomiales**: objetivos: *cuidados* y rudimentos de *psicoterapia* y *laborterapia*; su mayor mérito, tratar a los perturbados como pacientes y no como endemoniados; pero fabricación de la locura y, a la larga, el *manicomio* se convierte en *encierro permanente y definitivo*.

1350-1417 — Juan Gilaberto Jofré, impulsor de la creación de los *hospitales psiquiátricos* españoles del siglo XV.

1486-1535 — Cornelius Agrippa, pionero de esta primera revolución en salud mental.

1493-1540 — Juan Luis Vives, *padre de la psicología empírica moderna* y partidario del trato humanitario; recomienda que los desequilibrados ingresen en el hospital y se determine diagnóstico, pronóstico y tratamiento; primer humanista preocupado por asuntos sociales, la pobreza y la limosna; en **De subventionem pauperum** plantea ideas actuales, como *terapia ocupacional*, *trabajo protegido*, etc.

— Gazoni reclama que los dementes sean recogidos en hospitales.

1515-1588 — Jean Wier o Weyer trata de explicar racionalmente la conducta irracional: distingue entre *posesión diabólica*, eliminable por exorcismo, y *alteración mental*, dolencia natural.

1520-1584 — Pedro Ponce de León, *primer educador de la historia, padre de la educación especial.*

1533-1592 — Michel Eyquem de Montaigne: concepción naturalista del trastorno mental.

3.3. LA ESPAÑA PIONERA DEL SIGLO DE ORO

— En el *siglo de oro*, en España se inventa, se innova y hasta se exporta a Europa toda una serie de medidas innovadoras y revolucionarias: las *instituciones manicomiales*, en las que son acogidos muchos *deficientes mentales*; el tema de la *pobreza*, que afecta a *discapacitados físicos y sensoriales* y a algunos *deficientes mentales*; la *sordomudística*, que pone en práctica por primera vez en la historia la *educación especial.*

1495-1550 — San Juan de Dios funda en Granada, en 1540, uno de los primeros *hospitales de inválidos*; en 1548, otro en Toledo.

1520-1606 — Luis de Mercado, enseña a *curanderos (algebristas)* técnicas *manipulativas vertebrales e instrumental.*

1530-1592 — Juan Huarte de San Juan, autor del **Examen de los ingenios para las ciencias** (1575), precursor de la *psicología diferencial* y de la *evaluación psicológica.*

1547-1616 — Miguel de Cervantes Saavedra, *príncipe de los ingenios*, eximio escritor, novelista, *darmaturgo* y poeta, *excombatiente mutilado*, en la batalla de Lepanto (1571) pierde la funcionalidad del brazo izquierdo a resultas de una herida de arcabuz, *discapacidad* que no le impide escribir **El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha**, *inmortal obra* que marca el cenit de la novela.

1553 — **Libro del ejercicio corporal y de sus provechos por el cual cada uno podrá entender qué ejercicio le sea necesario para conservar su salud**, de Jaén Cristóbal Méndez, el primer ensayo sistematizado sobre *educación física y reeducación motriz y funcional.*

- 1554 — **Vida de Lazarillo de Tormes y de sus fortunas y adversidades**, de autor anónimo: aparece la figura de un *ciego ruin* que castiga con crueldad las travesuras del pícaro Lázaro.
- 1558-16?? — Cristóbal Pérez de Herrera, médico militar interesado por *excombatientes*.
- Jerónimo de Ceballos se interesa por los *inválidos militares*.
- «*La infanta Isabel Clara Eugenia de España con Magdalena Ruiz*», retrato atribuido a Teodoro Felipe de Liaño (1515-1590), pintor de la corte y discípulo de Alonso Sánchez Coello (1531-1588); Magdalena Ruiz, aquejada de *displasia espondiloepifisaria*, es amiga y confidente de la *infanta Isabel Clara Eugenia* (1566-1633) y tratada como un miembro de la familia real, incluido el propio Felipe II (1527-1598); también de la escuela de Sánchez Coello procede un *estudio de la cabeza* de Magdalena Ruiz; ambas obras se encuentran en el Museo del Prado.
- 1618 — «*Felipe IV con el enano de la corte Soplillo*», cuadro perteneciente a la colección del Museo del Prado, del pintor Rodrigo de Villandrando, antecesor de Velázquez como pintor de la corte; Soplillo (1???-1659), afectado de *hipocrecimiento hipofisario*, se convierte en confidente de Felipe IV (1606-1665).
- 1580-1645 — Francisco de Quevedo y Villegas, excelso escritor, ardiente defensor de los valores del espíritu y de una exacerbada sensibilidad moral, pero agrio, mordaz y sarcástico crítico de las mezquindades humanas, entre las cuales incluye los *defectos físicos*: en **Historia del Buscón don Pablos, ejemplo de vagabundos y espejo de tacaños**, *novela picaresca*, prototipo de su *prosa satírica*, muestra una cruel y desmesurada caricatura de la apariencia física del *Dómine Cabra*; en el *soneto A una nariz* aparecen las más desafortunadas comparaciones de la *poesía satírico-burlesca*; autor también de sátiras despiadadas contra el aspecto físico de Alarcón.

- 1581-1639 — Juan Ruiz de Alarcón, abogado y dramaturgo nacido en México y afincado en Madrid; su desgraciado aspecto físico, cifosis y lordosis, le convierte en el objetivo de las más crueles burlas de Quevedo, Lope de Vega, Góngora y otros *escritores satíricos*: «*camello enano*», «*mona*», «*don Talegas*», «*baúl poeta*», son algunos de los calificativos que recibe.
- 1591-1652 — José de Ribera, el *Españoleto*, pintor barroco de *crudo y descarnado realismo*, como aparece en «*El patizambo*» o «*El niño cojo*» (Museo del Louvre).
- 1599-1660 — Diego de Silva y Velázquez, uno de los pintores más insignes de todos los tiempos: en sus cuadros incluye varias personas de *talla reducida*: Francisco Lezcano, «*El niño de Vallecas*», personaje pintado con cierta ternura, aquejado probablemente de *cretinismo*; Sebastián de Mora, *acondroplásico*; Diego de Acedo, «*El primo*», *pseudoacondroplásico*; «*Baltasar Carlos y un enano*»; finalmente, «*Las Meninas*», en el que aparecen perfectamente integrados en la escena cortesana María Barbola, *acondroplásica*, y Nicolás Pertusato, afectado de *hipoprecimiento hipofisiario*; todos estos cuadros están en el Museo del Prado; alguno de estos personajes de *baja estatura* son posteriormente *copiados* por otros pintores, destacando en especial las *reproducciones y grabados* de Goya, las *versiones* de «*Las Meninas*» de Pablo Picasso y la copia de Salvador Dalí, «*Retrato del enano y bufón de la corte Sebastián de Mora, nacido en Cadaqués a principios del siglo XX*».
- 1616-1685 — Juan Carreño de Miranda, pintor barroco apreciado como *retratista*, autor de varios retratos de *enanos y bufones* de la corte; dos de los que se conservan en el Museo del Prado representan, *vestida y desnuda*, a Eugenia Martínez Vallejo, «*La monstrua*»; Eugenia (1674-17???) está afectada del *Síndrome de Prader-Willi*.

3.3.1. Las instituciones manicomiales

— La tradición naturalista griega vuelve a Europa en la primera revolución en salud mental a través de las instituciones manicomiales españolas que siguen la tradición de los sanatorios mentales árabes.

- 1409 — *Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes* de Valencia, el primer hospital psiquiátrico de Europa, fundado por el padre Jofré: se retiran las cadenas a los enfermos; se instaura el tratamiento moral y la terapia ocupacional; el primero en crear un departamento para niños; la comedia de Lope de Vega **Los locos de Valencia** está ambientada en este hospital.
- 1425 — *Hospital Nuestra Señora de Gracia* de Zaragoza, fundado por Alfonso V de Aragón (1396-1458); Pinel alaba su régimen abierto y de trabajo ocupacional rural; Lope sitúa aquí **El loco por fuerza**.
- 1436 — *Hospital de Inocentes* de Sevilla, cuya fundación se atribuye a Marcos Sánchez de Contreras.
- 1456 — *Hospital Psiquiátrico* de Palma, fundado a impulsos de Jofré.
- 1481 — *Hospital Psiquiátrico* de Barcelona, fundado a impulsos de Jofré.
- 1483 — *Hospital de Inocentes* de Toledo, fundado por el nuncio Francisco Ortiz.
- 1489 — *Casa de Orates* de Valladolid, fundada por Sancho Velázquez de Cuéllar para asistencia a dementes.
- 1527 — *Hospital de Dementes* de Granada.
- 1546 — *Hospital de las Cinco Llagas, vulgo de la Sangre*, de Sevilla, originariamente para mujeres.
- 1565 — *Hospital de San Hipólito*, México, el primero de América, fundado probablemente a instancias del obispo fray Alonso de Motúfar por Bernardino Alvarez, el pionero de los psiquiátricos del nuevo

mundo, fundador de una cadena de hospitales en México, Guatemala y Cuba durante el siglo XVI.

3.3.2. El tema de la pobreza

- 1212 — Tras la batalla de las Navas de Tolosa, los excombatientes que quedan *ciegos* forman una *cofradía* en Toledo a la que el rey castellano Alfonso VIII protege con exenciones y privilegios; poco después, se crea otra *cofradía* en Madrid.
- 1314 — Se funda en Valencia la *cofradía de los ciegos oracioneros*, encargados de dirigir el rezo del rosario.
- 1329 — *Asociación de mendigos* de Valencia: determina los puestos para pedir limosna; cuota para casos de enfermedad y para sepelio.
- 1329 — *Cofradía de los ciegos trovadores*, de Barcelona, que agrupa a invidentes músicos y poetas.
- 1392 — *Cofradía de curtidores* de Valencia: sus estatutos regulan cierto auxilio de invalidez.
- 1448 — *Cofradía de mareantes* de Deva, en cuyas ordenanzas se regula el auxilio de invalidez.
- 1501 — *Licencia de Colector de Limosnas en Zaragoza*, concedida por Fernando el Católico (1452-1516) a la *cofradía del Hospital General*: permite la limosna como fuente de ingresos del hospital.
- 1518 — *Reglamentaciones de la limosna*: las Cortes de Valladolid regulan la mendicidad.
- 1525 — *Concesión de célula*: las Cortes de Toledo otorgan célula para mendigar.
- 1526 — **De subventione pauperum**, de Luis Vives, propone suprimir la mendicidad a través de un método ingenioso: averiguar el número de pobres, mendigos y vergonzantes; enviar los sanos a sus respectivos lugares de procedencia; enseñar a tra-

- bajar a los útiles; socorrer convenientemente a ciegos, ancianos, enfermos, vergonzantes y mendigos; los recursos, de limosnas voluntarias, rentas e ingresos de instituciones de caridad, presupuesto de la ciudad para fiestas, rentas de superiores eclesiásticos.
- 1528 — *Reiteración de la obligación de célula para mendigar*: las Cortes de Valladolid y Madrid reiteran la célula obligatoria para mendigar.
- 1537 — *Cofradía de ciegos* de Zaragoza: monopolio en favor de los ciegos, previo reconocimiento médico, de cantar y recitar oraciones por las casas; sistema de sustituciones en caso de enfermedad.
- 1540 — *Disposición para la asistencia a los verdaderos pobres*: el Consejo Real establece criterios para erradicar la mendicidad: dependencia social y minusvalía física y psíquica.
- 1545 — **De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna para remedio de los verdaderos pobres**, de Juan de Medina (1490-1546): desde el pragmatismo y en línea con Vives, recomienda no prohibir la mendicidad pero sí hacerla innecesaria.
- 1545 — **Deliberación en la causa de los pobres**, de Domingo de Soto (1494-1560): protesta ante la regulación de la mendicidad por contraria a la libertad de los pobres y desvirtuación de la caridad; opuesto a Vives y a la intervención de los poderes públicos.
- 1555 — Las Cortes de Valladolid piden la figura del *padre de pobres*, policía de mendigos.
- 1562 — *Regulación de la célula de limosna*: los enfermos y los ciegos pueden mendigar sin célula.
- 1565 — *Orden de socorro de pobres verdaderos*: ciegos, lisiados y ancianos han de ser provistos de célula.

- 1567 — *Nueva recopilación sobre pobreza*: menciona ciegos y enfermos.
- 1579 — **Tratado de remedio de pobres**, de Miguel de Giginta: postura conciliadora respecto a Vives y De Soto: propone la creación de *Casas de Misericordia*.
- 1598 — **Discursos del amparo de los legítimos pobres**, de Cristóbal Pérez de Herrera (1558-?), discípulo de Giginta: propone la creación de *Albergues* para los *verdaderos pobres*.
- 1666 — Creación del *Hospital-Colegio Pozo Santo*, en Sevilla, de las Terciarias de San Francisco, para acoger y educar a los *ciegos*.

3.3.3. La sordomudística

- 15?? — **Doctrina para los mudos-sordos**, de Pedro Ponce de León (1520-1584): método práctico de instrucción, técnicas de aprendizaje oral, lectura labial y pronunciación.
- 1550 — **Tratado legal de los mudos**, del Licenciado Lasso: primeras noticias sobre Ponce de León.
- 1575 — **Las antigüedades de las provincias de España**, de Ambrosio de Morales (1513-1591): elogios a la figura de Ponce de León.
- 1579-1633 — Juan Pablo Bonet, continuador del método de Ponce de León: **Reduction de las letras y arte de enseñar a ablar a los mudos** (1620), *primera obra metódica conocida sobre enseñanza de sordomudos*: alfabeto manual, observación oral.
- 1584-1650 — Manuel Ramírez de Carrión, continuador del método de Ponce de León en **Maravillas de la naturaleza** (1629).
- 17??-1663 — Pedro de Castro, difusor el método de Ponce en *Italia*.

- 1676-1764 — Benito Jerónimo Feijoo, **Teatro crítico universal** (1726), en las *glorias de España* incluye a Ponce de León; su lectura interesará a Pereira en los métodos de la sordomudística.
- 1715-1780 — Jacobo Rodríguez Pereira, difusor en Francia de los métodos de Ponce; añade el *aprendizaje por tacto*; muy conocido e influyente.
- 1795 — Lorenzo Hervás y Panduro (1735-1809) emplea por primera vez el término **sordomudo** en su obra **Escuela española de sordomudos o Arte para enseñarles a escribir y hablar el idioma español**.
- 1795 — Carlos IV (1748-1819) y Manuel Godoy (1767-1851): *Escuela Real para sordomudos*, en el *Colegio de las Escuelas Pías del Avapiés*, bajo la dirección del padre José Fernández Navarrete; poco después, otra en Barcelona bajo la tutela del sacerdote Juan Abert.

3.4. EL XVII Y EL XVIII, EL GRAN ENCIERRO

- En general, las concepciones dominantes están presididas por el *pesimismo* y el *negativismo*, las deficiencias siguen siendo consideradas *permanentes, constantes e inmutables* y se produce la *segregación indiscriminada* y el *internamiento masificado, el gran encierro*; pero se introducen las *primeras brechas efectivas* a esta concepción, entre las que las *derivaciones de la sordomudística* junto con el *tratamiento moral* son las más destacables.
- Reconocimiento de la *deficiencia mental como entidad*.
- *Avances en medicina* que revierten en la deficiencia mental: *circulación de la sangre, vacuna contra la viruela, estudio del sistema nervioso, amplia expansión del conocimiento del cerebro, de la epilepsia y de la hidrocefalia*.
- Avances en la lucha contra la *invalidez y la discapacidad física* a través del desarrollo de la *ortopedia*; fase moderna de la *cirugía ortopédica*.

- Expansión de los tratamientos aportados por y desarrollados a partir de la *sordomudística española*.
- Prosigue la mayoría de las prácticas del pasado: *abandono*, más frecuente que el *infanticidio*, *mutilaciones para mendicidad*, *compra* y *subasta* de niños, etc.
- Internamiento masificado para *trastornados* y para *deficientes mentales*.
- En los hospicios, orfanatos, prisiones, manicomios, peor vida que antes: *reclusión*, *hacinamiento*, *celdas oscuras*, *cadena*, *grilletes*, *celdas de castigo* y otros aparatos especiales, *hambre*, *falta de asistencia*, *crueledad de trato*, etc..
- Cambios en la educación, influenciada por ciertos reformadores pedagógicos y por los progresos en la educación de sordos y ciegos.
 - *Bicêtre* desempeña funciones de hospital general, hospicio para indigentes, correccional y asilo de enfermos crónicos y ancianos.
- 1493-1541 — Paracelso, Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim: se interesa por la deficiencia mental, que distingue de los trastornos mentales.
- 1510-1590 — Ambroise Paré, cirujano francés, *padre de la cirugía moderna*, impulsor de la *cirugía ortopédica*, creador de artificios protésicos: un brazo artificial móvil y la primera *mano estética de cuero*; en **Dix livres de chirurgie** (1564) modifica el *banco de extensión hipocrático*; se ocupa de *fenómenos* como las *niñas bicéfalas*, los *niños-cabra*, el *hirsutismo femenino* y de *monstruos*, *prodigios* y *malformaciones*.
- 1522-1605 — Ulises Aldrovandi, científico italiano profesor de medicina en Bolonia; en **Monstruorum historia** describe tres *enanos*, Michael Magnanus y los hermanos Sebastián y Angélica.

- 1536-1614 — Félix Plater, médico suizo, describe la deficiencia mental, *stultitia originalis*, en distintos niveles; uno de los primeros en utilizar el término *cretino* y en señalar la existencia del *cretinismo endémico*; distingue diversos tipos de malformaciones y de problemas de crecimiento y es autor de tres *descripciones clínicas de enanos*.
- 1547 — El *Bethlem Royal Hospital* de Londres, convertido en *manicomio, asilo para lunáticos*.
- 15??-1653 — Robert Pemell, autor de un texto sobre enfermedades de la cabeza; propone 45 tratamientos posibles para la *epilepsia*.
- 1581-1660 — San Vicente de Paúl: destaca por sus servicios a necesitados; en el priorato de *Saint-Lazare* y en *Bicêtre*, crea para dementes una casa especial en la que también instruye a deficientes.
- 1585-1642 — Armand-Jean du Plessis, cardenal Richelieu, estadista y árbitro de la política francesa, primer ministro (1624-1642) de Luis XIII; de *cuerpo débil* y de *mala salud*, pasa muchos años en cama.
- 1587-1649 — John Winthrop, en su **Modelo de la caridad cristiana** hay un reconocimiento de las *diferencias en capacidad*.
- 1597-1677 — Francis Glisson, profesor inglés de anatomía y estudioso del *raquitismo*, identifica el origen de la *hidrocefalia*.
- 1606-1674 — John Milton: pierde la vista hacia 1651-52, a pesar de lo cual escribe varias obras, entre otras, **El paraíso perdido**.
- 1614-1672 — Franciscus Sylvius, Silvio, anatomista cerebral, describe la *epilepsia* y atribuye la deficiencia a las convulsiones repetitivas.

- 1614-1681 — Wolfgang Hoefler, médico vienés, autor de la primera descripción extensa del *cretinismo*, que atribuye a la alimentación y educación.
- 1616-1698 — William Holder, uno de los primeros educadores de sordos ingleses.
- 1616-1703 — John Wallis, uno de los primeros educadores de sordos ingleses.
- 1633-1714 — Bernardino Ramazzini, médico italiano y catedrático de medicina de la universidad de Padua, publica en 1700 **De morbis artificum diatriba**, el primer tratado sistemático de *medicina laboral* y la primera obra sobre *enfermedades profesionales*.
- 1647-1732 — Walter Harris, llama la atención sobre la *herencia* y sobre el consumo de *bebidas alcohólicas* por los niños.
- 1651 — Harsdorffer crea una *tablilla de cera* para que escriban los ciegos.
- 1654 — Fundación de *La Salpêtrière* de París, que es abierta en 1657 como *asilo para pobres*.
- 1662 — El primer *hospicio* de Norteamérica en Boston.
- 1674-1740 — Matthias Buchinger, conocido como el «*milagro de Ansbach*», por la ciudad alemana de donde procede; incluido en el grupo de *falsos enanos*, presenta *dismelia con muñones*, es decir, nace sin manos, piernas ni pies, alcanzando un talla de unos 75 centímetros; casado en cuatro ocasiones tiene once hijos; consumado viajero, ejerce diversas actividades y muestra múltiples habilidades, como *prestigitador*, su verdadera profesión, mago, juega a las cartas, a los dados y a los bolos, toca diversos instrumentos musicales, baila, escribe en diferentes idiomas en ambas direcciones y en escritura invertida, dibuja retratos, paisajes, escudos heráldicos, etc.

- 1674-1750 — Jean Louis Petit, médico francés, autor de **L'art de guérir les maladies des os** (1705).
- 1692 — Proceso de *Salem*, colonias inglesas de Norteamérica, entre los acusados hay deficientes mentales.
- 1702 — Primera monografía científica sobre *defectos congénitos*, de Phillippus Jacobus Duttel.
- 1704-1780 — Nicolás André, cirujano francés, publica en 1741 **L'Orthopedie ou l'art de prevenir et corriger dans les enfants defformités du corps**: manual sobre deformidades del aparato locomotor y su tratamiento preventivo y curativo; emplea por primera vez el término **ortopedia**.
- 1706-1790 — Benjamín Franklin, impulsor del primer *hospital* de Norteamérica, el *hospital* de Pensilvania, Filadelfia.
- 1707-1778 — Carl von Linné, profesor sueco de medicina y botánica de la universidad de Upsala, describe una pareja de hermanos con *hipoprecimiento* que atribuye a ingesta de *alcohol* y no a *raquitismo*.
- 1710-1790 — William Cullen, médico escocés y profesor de medicina, hacia 1769 acuña el término de **neurosis**.
- 1712-1778 — Jean-Jacques Rousseau, **Emilio** (1762), importancia del aprendizaje y de la experiencia sensorial.
- 1713-1784 — Denis Diderot, filósofo *ilustrado* francés, escribe sobre la competencia intelectual y física de los ciegos.
- 1714-1766 — Robert Whytt propone en 1758 la descripción más elaborada de la *hifrocefalia*.
- 1727 — Primer *correcional* norteamericano en Connética.
- 1727-1790 — Samuel Heineke: enseña a hablar a un sordo en su escuela de Eppendorf; en 1778 establece en Leipzig la primera escuela para deficientes de Alemania.

- 1732-1822 — William Tuke, primer representante de una dinastía que dirige la psiquiatría inglesa hacia el ideal filantrópico de los *cuáqueros*; en 1796 funda con la colaboración de su hijo Henry Tuke (1755-1814) el *Retreat (Retiro)* de York, en el que acoge a deficientes y enfermos mentales, a los que proporciona un trato benevolente y humano, el *tratamiento moral*; su nieto Samuel Tuke (1784-1857) escribe en 1809 la **Descripción del Retiro**, gracias a la cual se restablece el *tratamiento moral*.
- 1745-1813 — Benjamín Rush, médico norteamericano, autor de un clásico manual de medicina militar, **Directions for Preserving the Health of the Soldiers**, y de **Medical Inquiries and Observations Upon the Disease of the Mind**, sobre enfermedades mentales y *fatuidad*; fundador del primer dispensario gratuito para pobres, fundador de la psiquiatría estadounidense, primer médico que relaciona el tabaco con cáncer, primer abogado de los regímenes de vida sana; director del *hospital* de Pensilvania, Filadelfia, el primero de Norteamérica, en el que dispensa *tratamiento moral y rehabilitación a través del trabajo*.
- 1745-1822 — Valentín Haüy, inventor de la *escritura en relieve* y fundador de la primera escuela para *ciegos*; en 1771 presencia en un café de París una farsa ridiculizante, una orquesta de diez ciegos con *partituras y luces*; su indignación le lleva a proponerse la enseñanza de la lectura de los ciegos; comienza con letras grabadas en trozos de madera, luego en papel grueso; en la *Institution Nationale des Jeunes Aveugles* (1784) enseña la *escritura en relieve* y *música* e imprime libros *en relieve*. La contemplación de un *grabado* que reproduce esta misma escena de la orquesta parisina inspira a Buerro Vallejo **El concierto de San Ovidio**.
- 1745-1826 — Philippe Pinel, el fundador de la psiquiatría en Francia, director médico de *Bicêtre* y *La Salpêtrière*; habla de *demencia* e *idiotia*, que considera bastante afines; defensor del *tratamiento moral*.

- 1746-1827 — Johann H. Pestalozzi, innovador pedagógico suizo, instaura centros de internamiento en régimen semifamiliar.
- 1752 — Los *cuáqueros*, con la ayuda de Benjamín Franklin, ponen en marcha el *hospital* de Pensilvania, Filadelfia, el primer *hospital general* de Norteamérica; dispone de *secciones separadas* para *deficientes* y *enfermos mentales*; bajo la dirección de Benjamín Rush se combina *tratamiento moral* y *rehabilitación a través del trabajo*.
- 1755-1830 — Samuel Thomas Sömmering, anatomista y fisiólogo, autor de la primera ilustración anatómica de un caso de *hipocrecimiento*.
- 1759-1813 — Johann C. Reil, médico neuroanatomista alemán, el primero que acuña el término **psiquiatría**.
- 1760 — *Primera escuela para disminuidos*, concretamente *sordo-mudos*, la *Institution Nationale des Sourds-Muets* de París, fundada por Charles Michel, abate de L'Epée (1712-1789), impulsor de la *comunicación manual*.
- 1771 — Primer *orfanato* de Norteamérica en Filadelfia.
- 1772 — *Hogar de inválidos* en Pforzheim, Baden-Württemberg, Alemania.
- 1773 — Primer *hospital* de Norteamérica exclusivamente dedicado a *deficientes mentales*, en Virginia.
- 1773 — Primer *asilo de caridad* de Norteamérica en Filadelfia.
- 1776 — *Ley de pensiones*: compensaciones económicas a los *excombatientes mutilados* en la *guerra de la independencia* de EEUU.
- 1780 — Thomas Braidwoods abre la *Academia para Sordos y Mudos* en Edimburgo, Escocia.

- 1782-1852 — Friedrich Fröbel, reformador pedagógico alemán, abre sus propias escuelas; interés en educación preescolar; propone la *educación global* y la *educación acompañante*.
- 1784 — Valentín Haüy (1745-1822) funda en París la primera escuela para *ciegos*, la *Institution Nationale des Jeunes Aveugles* bajo los auspicios de la *Société Philantropique*; incluye de actividades académicas, música y trabajos manuales; también *impresiones en relieve* de libros; en ella se forma Louis Braille (1809-1852).
- 1787 — Abraham Joly suprime las cadenas de los dementes en Ginebra.
- 1788 — Joseph Daquin (1733-1815), médico francés amigo de Pinel, es nombrado director del *Hospital de Incurables* de Chambéry, en el que introduce *reformas humanitarias* para los *orates*.
- 1788 — Vincenzo Chiarugi (1759-1820), médico italiano, es nombrado responsable de los *alienados* del *Hospital de San Bonifacio* de Florencia: propone un *reglamento* que contiene principios del *tratamiento moral* y que proscribire las **cadenas**.
- 1790 — *Centro para tratamiento del aparato locomotor* en Orbe, Suiza.
- 1791 — Henry Darnet, con el recurso a *limosnas*, abre una *escuela de instrucción para ciegos indigentes* en Liverpool, Inglaterra: proporciona enseñanza de música y actividades mecánicas.
- 1793 — Pinel es nombrado director médico de *Bicêtre*: instaura el *trato moral* y *rompe las cadenas* de los pacientes varones internos, escena que inmortaliza el pintor Charles Louis Lucien Muller (1815-1892) en «*L'appel des dernières victimes de la Terreur*».
- 1794-1866 — John Conolly, médico de origen irlandés y profesor en varios centros ingleses, *padre* y promotor

del *non-restraint*, supresión total de los medios de coerción física de los alienados, autor de **Tratamiento de los insanos sin contención mecánica** (1856).

- 1795 — Pinel, médico jefe de *La Salpêtrière*: tratamiento moral y retirada de cadenas de las mujeres internas, escena que queda inmortalizada en el famoso cuadro de Tony Robert-Fleury (1837-1912), «*Pinel libère les fous de leurs chaînes*».
- 1801 — **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**, de Pinel (1745-1826): el mejor compendio de los conocimientos acumulados a finales del XVIII sobre deficiencia mental: distingue demencia e idiocia, formas congénitas y adquiridas y diversos niveles.

3.5. EL XIX, LA ERA DEL PROGRESO

- El siglo XIX constituye la **era del progreso**, de avances, reformas y tragedias.
- *Creciente interés por el estudio de la deficiencia mental*, grandes avances en descripción, clasificación e identificación de formas clínicas asociadas; mejoras sensibles en el trato, el *tratamiento moral*; dos líneas en la comprensión de la deficiencia mental: *biologicista* y *social*.
- Progresos en *medicina* que revierten directamente en las deficiencias.
- Consolidación de la *psiquiatría*, que a finales de siglo está ya reconocida como especialidad médica y como ciencia.
- Reconocimiento, aunque incipiente, de los problemas de los *inválidos*.
- Epoca de las *instituciones asistenciales*: proliferación de *programas residenciales* en la segunda mitad del XIX.

- Los *manicomios* y *sanatorios mentales* siguen siendo brutales e inaceptables, con una elevada proporción de idiotas incurables; extrema dureza de orfanatos, correccionales, manicomios, etc.
- Progresiva responsabilidad de los gobiernos en centros, asilos, hospitales, etc.
- Segunda mitad del XIX: creación de la *educación especial*: clases especiales, introducción de ideas y métodos vigentes hoy.
- En EEUU: leyes de pobres, *emplazamiento externo*, subastas y ventas, manutención familiar, *traspaso*, asilos, hospicios, correccionales, etc.
- *Optimismo* de algunos pioneros frente al *pesimismo generalizado* de la época.
 - Principios del XIX se funda el primer *jardín de infancia*, *kindergarten*, en Alemania: antecedente de la *educación infantil temprana*.
 - EEUU: El *primer programa de educación especial* se concede al sistema de escolarización pública de Providence, Rhode Island.
 - Escuela para jóvenes deficientes en Columbus, Ohio.
 - Heine, *padre de la ortopedia mecánica*, idea artulugios ortopédicos de acero para parálisis y una cama articulada con extensión para el tratamiento de las contracturas articulares.
- 1746-1828 — Francisco José de Goya y Lucientes, *sordera* en su madurez.
- 1754-1838 — Charles-Maurice Talleyrand(-Périgord), estadista y diplomático francés; *deformidades en un pie* a consecuencia de daño cerebral congénito o de una caída desde una cómoda a los cuatro años.

- 1758-1828 — Franz Joseph Gall; *padre de la frenología*; las facultades mentales, localizadas en determinadas áreas del cerebro.
- 1770-1827 — Ludwig van Beethoven, atormentado por *sordera* y problemas emocionales en su madurez.
- 1772-1840 — Jean-Etienne-Dominique Esquirol; destaca por su coherencia terminológica y por un cambio sustancial de concepto: en **Enfermedades mentales: tratado de la locura** diferencia enfermedad (*demenia*) y deficiencia mental (*amencia*) con dos niveles, *imbecilidad* e *idiocia*.
- 1774-1838 — Jean-Marc-Gaspard Itard, preceptor de *Víctor, el niño salvaje de Aveyron* e impulsor de la educación especial; 1801, el abate Bonnaterre pone en contacto a Itard con *Víctor*.
- 1783-1855 — François Magendie, fisiólogo francés, *padre de la fisiología experimental*, aporta conocimientos sobre el líquido céfalorraquídeo y sobre raíces espinales motoras y sensitivas.
- 1788-1824 — George Gordon Byron, poeta romántico, aquejado de *deformidades congénitas en un pie*.
- 1793-1859 — Johann Traugott Weise, creador de la *escuela auxiliar* en Halle, Sajonia, que tiene gran difusión en toda Europa.
- 1793-1860 — Thomas Addison, médico inglés, describe en 1855 los trastornos de las glándulas suprarrenales.
- 1796-1859 — Horace Mann, gran defensor estadounidense de la enseñanza pública, contribuye a la mejora del estatuto y la calidad de las escuelas públicas gratuitas y de la preparación de los maestros.
- 1800-1880 — J.E. Belhomme, publica en 1835 **Essai sur l'idiotie, propositions sur l'éducation des idiots, mise en rapport avec leur degré d'in-**

telligence, en el que reclama la educación de los deficientes, afirmando que son educables de acuerdo con su grado de idiocia.

- 1801-1876 — Samuel Gridley Howe, pionero de la reforma institucional en EEUU para *ciegos y deficientes mentales*.
- 1802 — La *Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País* funda el *Colegio Nacional de Sordomudos*, en el que se imparte enseñanza general y adiestramiento profesional.
- 1802-1877 — Dorothea Linde Dix, infatigable luchadora norteamericana en favor de las instituciones especializadas para deficientes mentales.
- 1805-1861 — Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, zoólogo francés iniciador de la *taratología* (estudio de anomalías) y tratadista del *hipocrecimiento*.
- 1806-1875 — Guillaume B.A. Duchenne, llamado *Duchenne du Boulogne*, neurólogo francés, describe en 1849 la *distrofia muscular progresiva* tipo *Duchenne du Boulogne*.
- 1809-1852 — Louis Braille, alumno ciego de la *Institution Nationale des Jeunes Aveugles* y creador del *método de lectura para ciegos*: sustituye la *escritura en relieve* desarrollada por Haüy por un sistema más fácil para el tacto: partiendo de la *signografía Barbier* (doce puntos de cuyas combinaciones surgen los signos fonéticos), Braille opta por *seis puntos en dos filas verticales*; el sistema tarda en imponerse: en 1854 es aceptado en la *Institution Nationale*; en 1878, en París, es adoptado como sistema universal de enseñanza para los ciegos.
- 1809-1882 — Charles Robert Darwin, *padre del evolucionismo biológico*, publica en 1859 el **Origen de las especies**.
- 1811-1874 — Charles Summer participa en el primer programa institucional norteamericano financiado públicamente para deficientes.

- 1812 — Creación del *primer hospital de inválidos* en Würzburg, Prusia.
- 1812 — Apertura de la *primera escuela* para deficientes de los EEUU, una *escuela privada para niños sordos* en Baltimore, en la que se siguen los métodos del escocés Thomas Braidwoods.
- 1812-1880 — Onésime Edouard Seguin, el más versado en deficiencia mental durante la primera mitad del XIX, figura decisiva en la idea y la práctica de la educación especial; 1846, **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés**; 1866, **Idiocy and its Treatment by the Physiological Method**.
- 1816 — *Instituto ortopédico* en Würzburg, Alemania, fundado por Heine, padre de la ortopedia mecánica.
- 1816-1863 — Johann Jakob Guggenbühl creador del controvertido e influyente *Abendberg* e impulsor de servicios residenciales.
- 1817 — Thomas Hopkins Gallaudet (1787-1851) abre, con la ayuda del Congreso, la *primera escuela pública* para sordos de los EEUU en Hartford, Connética, el *American Asylum for Deaf-mutes* (2).
- 1817-1886 — J.B. Richards, impulsor de residencias especializadas en EEUU.
- 1818 — Inclusión en *Colegio Nacional de Sordos* de las enseñanzas de un *arte u oficio* para los sordomudos pobres.
- 1818 — Peter Beill idea la *primera prótesis de antebrazo movida por el tronco y el hombro*; 1844, Van Paterson, escultor holandés, la fabrica.
- 1820 — Primera escuela para *ciegos* de España, en Barcelona.

(2) *Asilo Americano para Sordomudos*.

- 1820-1883 — Hervey B. Wilbur, impulsor de las residencias especializadas para deficientes en los EEUU: en 1848 abre una escuela privada en Barre, Massachusetts; en 1851 funda una escuela experimental en Albany; en 1855 se traslada a Siracusa.
- 1820-1903 — Herbert Spencer, *padre del asociacionismo evolucionista*, publica en 1855 **Principios de psicología**.
- 1821-1902 — Rudolf L.K. Virchow, patólogo alemán, decisivo en el estudio de la función celular.
- 1822 — Creación del *Instituto Técnico Industrial* de Munich, en el que se imparte atención médica, educación, reeducación profesional, etc.
- 1822-1884 — Gregor Johann Mendel, naturalista austríaco, sienta las bases de la genética actual con sus famosas *leyes*: publica en 1866 **Experimentos con plantas híbridas**.
- 1822-1895 — Louis Pasteur, químico y microbiólogo francés, fundador de la bacteriología moderna, *padre de la teoría de los gérmenes*, decisiva en la inmunización y eliminación de epidemias y asepsia de los hospitales; en 1868 sufre el primer ataque de *hemiplejía* y en 1887 el segundo, quedando paralizado del lado izquierdo, a pesar de lo cual continúa su activa vida investigadora.
- 1824-1880 — Pierre Paul Broca, médico francés: estudio de la anatomía, fisiología y cirugía del cerebro, autor de un *atlas cerebral*.
- 1825-1893 — Jean-Martin Charcot, psiquiatra francés, impulsor del estudio de la enfermedad mental.
- 1826-1896 — John Langdon Down, protagonista de avances en la clasificación de la deficiencia mental; 1866, describe la *idiotia tipo mongoloide*; funda un centro privado para hijos de familias acomodadas.

- 1828 — Guillaume Marie André Ferrus crea una sección separada para *idiotas e imbeciles* en *Bicêtre*.
- 1828 — Fundación en Montpellier de un *hospital* para *inválidos* que dispone de amplios espacios y jardines para ejercicios y actividades variadas; posteriormente se funda el *Orthopedic Hospital* de Birmingham y otros en Berlín, París, Londres, Hannover, etc.
- 1829-1889 — Laura Bridgeman, sordomuda y ciega, alumna y luego colaboradora de Howe en el *Instituto Perkins*.
- 1831 — **A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity** de Isaac Ray (1807-1881): noción de *imbécil moral* conectada con *frenología*.
- 1831 — Jean Pierre Falret, sección para *mujeres idiotas* en *La Salpêtrière*.
- 1832 — Samuel Gridley Howe crea la *Perkins Institution for the Blind*, luego *Massachusetts School for the Blind* (3).
- 1832-1909 — William Weatherspoon Ireland, autor de **On Idiocy and Imbecility** (1887), primer tratado verdaderamente exhaustivo sobre deficiencia mental: anticipa la *necesidad de comparación* de los deficientes con sujetos *no retrasados* y de *diferentes grupos de edad*.
- 1833 — Apertura del *Worcester State Hospital* en Massachusetts, especializado para *insanos*, gracias a la decisiva contribución de Horace Mann; S. Bayard Woodwarth, su primer supervisor.
- 1834 — Auguste Felix Voisin funda una escuela privada en Issy, Francia, en la que actúa como *director médico, higiénico y fisiológico*.
- 1834-1893 — Isaac N. Kerlin, activo presidente de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots*

(3) *Instituto Perkins para Invidentes y Escuela Massachusetts para Invidentes*, respectivamente.

- and Feeble-minded Persons* e impulsor de las residencias especializadas.
- 1835 — Sección de ciegos en el *Colegio Nacional de Sordomudos* a propuesta de la *Sociedad Económica Matritense*.
- 1835-1909 — Cesare Ezechio Marco Lombroso, criminólogo italiano, impulsor de *antropología criminal*, *teoría fisiológica de la imbecilidad moral*.
- 1838 — Seguin crea una *clase experimental* en *La Salpêtrière*.
- 1840 — EEUU: primer intento de estimar la *prevalencia* de la deficiencia mental, cálculo que se repite en 1850 y en décadas sucesivas.
- 1840-1909 — Désiré-Magloire Bourneville, neurólogo francés, autor de una *nomenclatura* ampliamente aceptada; crea un *Instituto medico-pedagógico* en *Bicêtre*: educación, adiestramiento y atención médica.
- 1842 — Carl Wilhelm Saegert promueve centros en Berlín: una institución para sordomudos y una escuela para deficientes.
- 1842 — J.J. Guggenbühl crea el *Abendberg*, primer centro residencial reconocido para deficientes, en Interlaken, Suiza; uno de los centros más prestigiosos, controvertidos e influyentes de la época.
- 1842 — Seguin pone en marcha clases para idiotas en *Bicêtre*.
- 1843-1910 — Robert Koch, bacteriólogo alemán, fundador de la bacteriología moderna, descubre en 1882 el bacilo de la tuberculosis.
- 1843-1926 — Camillo Golgi, estudioso del sistema nervioso, recibe el premio Nobel conjuntamente con Ramón y Cajal en 1906.

- 1844 — Creación de la *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (4), la asociación médica americana de más antigua raigambre, partidaria de instituciones separadas para enfermos y deficientes mentales.
- 1845-1904 — Hermann Emminghaus, autor del *primer texto de psiquiatría infantil* (1887), **Die psychischen störungen im kindesalter.**
- 1846 — Escuela privada para deficientes en Bath, Avon, Inglaterra.
- 1846 — Karl Ferdinand Kern: una institución para deficientes en Leipzig.
- 1848 — *Centro residencial* para deficientes en Highgate, Londres.
- 1848 — Samuel G. Howe crea una *escuela experimental para idiotas* en el *Instituto Perkins*; posteriormente, en 1855, se consolida como la *Escuela Massachusetts para Jóvenes Idiotas y Débiles Mentales* (5).
- 1848 — Seguin emigra a EEUU y crea una escuela de día en Nueva York; después funda la *Physiological School for Weak-Minded and Weak-Bodied Children* en Nueva York.
- 1849 — *Ley General de Beneficencia*: sanciona la obligación de los poderes públicos en el mantenimiento de prestaciones y servicios y crea una red de órganos y centros responsables de su aplicación; afecta a dementes, ciegos, sordomudos, *imposibilitados e impedidos*.
- 1850 — *Colegio de Sordomudos*: talleres, carpintería, sastrería, zapatería.

(4) *Asociación de Superintendentes Médicos de las Instituciones para Alienados Mentales.*

(5) *The Massachusetts School for Idiotic and Feebleminded Youths.*

- 1850 — Creación del *Montepío de Socorros Mutuos para Ciegos y Semiciegos La Unión Fraternal*.
- 1850 — Heinrich Karl Rösch edita **Beobachtungen über den Cretinismus**, primera publicación periódica exclusiva para la deficiencia mental.
- 1851 — S.G. Howe crea una *escuela para idiotas* en Nueva York.
- 1852 — Fundación del *Alwyn Institute*, bajo la denominación de *The Pennsylvania Training School for Idiotics and Feeble-minded Children*; en 1966 es depositario de los archivos de la AAMD.
- 1852 — Massachusetts aprueba la *escolarización obligatoria* gracias a la gestión de Horace Mann.
- 1852-1934 — Santiago Ramón y Cajal, *padre de la teoría de la neurona*, premio Nobel en 1906.
- 1853 — J.B. Richards funda una escuela para deficientes en Pensilvania.
- 1854 — Sir John y Lady Jane Ogilvy fundan una institución para deficientes en Dundee, Escocia.
- 1855 — *Escuela de día para deficientes educables* en La Haya, Holanda.
- 1855 — Escuela para deficientes en Earlswood, Surrey, Inglaterra.
- 1855 — Escuela privada para deficientes en Copenhague, Dinamarca.
- 1855-1926 — Emil Kraepelin, la figura más relevante de la época en la *psiquiatría organicista*.
- 1857 — Asilo para deficientes en Basilea, Suiza.
- 1857 — *Colegio de Sordomudos: escuela normal para profesores de sordos*.

- 1857 — Escuela para deficientes en Connética y en Ohio.
- 1857 — *Ley de Instrucción Pública*: contempla a ciegos y sordos y permite a los sordomudos asistir a las escuelas públicas.
- 1860 — Creación de *escuelas especiales para sordomudos*.
- 1860/1870 — Gurling (1860) y Fagge (1870) demuestran la relación del *cretinismo* con el *hipotiroidismo*.
- 1861 — *Institución Nacional Escocesa para la Educación de Niños Imbéciles*, en Tarbert, Stirlingshire, bajo la dirección de Ireland.
- 1861 — William J. Little (1810-1894), cirujano inglés, describe el síndrome de *diplejía espástica*, la *enfermedad de Little*, y le reconoce una etiología perinatal; a finales de siglo, William Osler (1849-1919), también médico inglés, la denomina *parálisis cerebral*.
- 1863 — Primer colegio español de *ciegos* en Alicante.
- 1863 — *Asilo para idiotas* en Suecia.
- 1863 — Friedrich von Recklinghausen (1833-1910), patólogo alemán, describe la *neurofibromatosis*, *enfermedad de Recklinghausen*: afección congénita familiar por trastorno del desarrollo embrionario.
- 1863 — Se funda la *New York Society for the Relief of the Ruptured and Crippled*, bajo la dirección de James Knight, y el prestigioso *Hospital for Special Surgery*.
- 1864 — Apertura del *Royal Albert Asylum* en Lancaster, Inglaterra.
- 1864 — Escuela para deficientes anexa al psiquiátrico de Ibbs, Austria.
- 1864 — Escuela para deficientes en Star Cross, Exeter, Inglaterra.

- 1866 — Escuela para deficientes en Knowle, Birmingham, Inglaterra.
- 1866 — John Z. Laurence (1830-1874), oftalmólogo inglés, y Robert C. Moon (1844-1914), oftalmólogo norteamericano, describen el *síndrome de Laurence-Moon*, afección genotípica heredofamiliar por mutación recesiva de dos genes de un mismo cromosoma.
- 1866 — P.M. Duncan y W. Millar publican **A Manual for the Classification, Training, and Education of the Feeble-minded, Imbecile, and Idiotic**: clasificación de la deficiencia mental basada en la *conducta*.
- 1869 — Apertura de la *Stewart Institution* en Palmerston, Dublín.
- 1870-1952 — María Montessori, primera mujer estudiante de medicina en Italia, gran innovadora pedagógica; sus *escuelas*, difundidas por el mundo.
- 1870/1871 — *Asilo* para deficientes e *institución* para 300 deficientes en Praga.
- 1872 — Primer *jardín de infancia* en los EEUU; poco después los *jardines* entran a formar parte del sistema de enseñanza pública.
- 1876 — Constitución en el *Alwyn Institute* de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotics and Feeble-minded Persons* (6), posteriormente *American Association on Mental Deficiency*; Seguin, primer presidente; las actas de la reunión, publicación periódica, **Proceedings of the Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotics and Feeble-minded Persons**; en 1896 se redenomina **Journal of Psycho-Asthenics**.
- 1876 — Escuela para deficientes en Ontario, Canadá.

(6) *Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales.*

- 1876 — Primera escuela para deficientes en Finlandia.
- 1877 — *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiots and Feeble-minded Persons*: primera definición de la deficiencia mental: tres niveles, *idiocia, imbecilidad y debilidad mental*; 1884, Isaac N. Kerlin (1834-1893), presidente de la asociación, añade otra categoría, *imbecilidad moral*.
- 1877 — Escuela privada para deficientes en Noruega; dispone de secciones separadas para chicos y chicas.
- 1878 — Congreso internacional, en París: se adopta el *Braile* como sistema universal de enseñanza para ciegos.
- 1878 — Prisión-Asilo del estado de Nueva York en Newark.
- 1879 — Institución para deficientes en Budapest.
- 1879 — W.A. Sturge (1850-1919) y F.P. Weber (1863-1962), médicos ingleses: *síndrome de Sturge-Weber*, encefalopatía congénita.
- 1880 — Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), neurólogo francés, y John James Pringle (1855-1922), médico inglés, describen la *enfermedad de Bourneville-Pringle, esclerosis tuberosa*.
- 1881 — Heinrich Matthias Sengelmann promueve la edición de *Zeitschrift für das Idiotenwesen*, órgano oficial de una asociación de directores de las instituciones alemanas; en 1885 se redenomina *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger and Epileptiker*; en 1929, *Zeitschrift für die Behandlung Anormaler*.
- 1881 — Warren Tay (1843-1927), médico inglés, y Bernard Sachs (1858-1944), neurólogo norteamericano, describen la *idiotia amaurótica familiar infantil, enfermedad de Tay-Sachs*.

-
- 1882 — Philippe C. Gaucher (1854-1918), médico francés: *lipoidosis cerebrósida, enfermedad de Gaucher.*
- 1883 — Asilo para deficientes en Viena.
- 1885 — Friedrich Pelizaeus, neurólogo alemán, y Ludwig Merzbacher, médico alemán, describen la distrofia progresiva heredofamiliar, *síndrome de Pelizaeus-Merzbacher.*
- 1885 — Wilhelm K. Roentgen (1845-1923) descubre los rayos X.
- 1889 — Primera escuela para deficientes en Italia.
- 1889 — *Programa de rehabilitación para físicos en el Cleveland Rehabilitation Center: incluye atención médica, psicológica y profesional.*
- 1890 — Primera escuela para deficientes en Japón.
- 1891 — George R. Murray (1865-1939), médico endocrinólogo inglés, pone a punto el primer *tratamiento tiroideo del cretinismo.*
- 1892 — Asilo para idiotas y epilépticos en Heinault, Bélgica.
- 1893 — Primera escuela de EEUU para discapacitados físicos, la *Industrial School for Crippled and Deformed Children*, en Boston (7).
- 1894 — Prisión-Asilo en Roma.
- 1896 — Bernard J.A. Marfan (1858-1942), pediatra francés, describe un conjunto de malformaciones hereditarias por alteraciones congénitas de los tejidos ectomesodérmicos, la *enfermedad de Marfan.*
- 1896 — Clases especiales para deficientes mentales en Springfield, Massachusetts.
-

(7) *Escuela Industrial para Niños Tullidos y Deformes.*

- 1897 — El estado de Minnesota sanciona la primera legislación de EEUU sobre tratamiento y educación de niños discapacitados físicos.
- 1898 — Pierre Curie (1859-1906) y Marie Curie (1867-1956), descubren el radio.

4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

4.1. INTRODUCCION

- La *segunda revolución en salud mental* se inicia a finales del siglo XIX coincidiendo con el surgimiento de las *ciencias sociales* y de la *psiquiatría* como ciencia; supone el paso del *modelo organicista* al *modelo intrapsíquico*.
- El *psicoanálisis*, el *conductismo*, la *psicología clínica*, la *psicopatología infantil* y la *evaluación psicológica* son sus aportaciones más relevantes.

4.2. PSICOANALISIS, CONDUCTISMO Y OTRAS INNOVACIONES

- 1718-1775 — Greding, clínico interesado en el *estudio del caso individual*.
- 1755-1824 — James Parkinson, médico inglés, describe en 1817 una afección, el *síndrome agitante*, conocida hoy como *enfermedad de Parkinson*.
- 1764-1844 — John Haslam, clínico interesado en la *elaboración de la historia clínica*.
- 1795-1878 — Ernst H. Weber, *padre de la psicofísica*: estudio de los *umbrales diferenciales*.
- 1797-1860 — J. Guislain, médico francés autor de **Leçons orales sur les phrénopathies**: propone la observación de hechos objetivos y del estado actual del paciente para compararlo con población general.

- 1801-1887 — Gustav Theodor Fechner, *padre de la psicofísica*, profesor de física en Leipzig, publica **Elementos de Psicofísica** en 1860, estudio de las relaciones entre estimulación física y respuestas verbales.
- 1817-1892 — Ludwig Snell, psiquiatra alemán, que describe el *delirio querulante*, propone pruebas objetivas para detectar a *simuladores* de enfermedades mentales.
- 1822-1911 — Sir Francis Galton: **Hereditary Genius** (1869): método genealógico en la transmisión de facultades intelectuales; estudio de la inteligencia a través de pruebas sensoriales y tiempos de reacción; 1884, instrumentos de medición en el *laboratorio antropométrico*, en el *South Kensington Museum*.
- 1832-1920 — Wilhelm Wundt, el *fundador* de la *psicología experimental*: en 1879 instaura en Leipzig el *primer laboratorio de psicología*.
- 1839-1914 — Hubert von Grashey, psiquiatra y psicólogo alemán: estudio de *afasias* y *agnosias* subsiguientes a *traumatismos craneales*.
- 1842-1910 — William James, padre e iniciador de la psicología en EEUU, autor de **The Principles of Psychology** (1890).
- 1844 — **American Journal of Psychiatry**, publicada por la *American Psychiatric Association*.
- 1844-1924 — Granville Stanley Hall, psicólogo norteamericano, *maestro* de Goddard, Terman y Kuhlmann en la universidad de Clark; idea la *baby biography*, primer método de estudio de la infancia; funda en 1887 la primera revista americana de psicología, **American Journal of Psychology**; contribuye también a la fundación en 1892 de la *American Psychological Association* (*Asociación Americana de Psicólogos*, APA), de la que es su primer presidente.
- 1848-1905 — Karl Wernicke, psiquiatra alemán, autor de trabajos sobre localización de funciones cerebrales y detección de deficiencia mental.

- 1848-1935 — Hugo De Vries, botánico belga, redescubre las *leyes de Mendel*.
- 1849-1936 — Ivan Petrovich Pavlov, *padre de la reflexología* y del *condicionamiento clásico*.
- 1855-1939 — Conrad Rieger, psiquiatra alemán: *batería de ocho tipos de pruebas* para evaluación del funcionamiento mental de pacientes.
- 1856-1939 — Sigmund Freud, *padre del psicoanálisis*: elaboración de una psicopatología específicamente *psicológica*; búsqueda de un modo de conocimiento *clínico* que se plasma en un tratamiento psicológico, la *psicoterapia* o *psicoterapia psicodinámica*.
- 1857-1911 — Alfred Binet, psicólogo francés, figura decisiva en el diagnóstico de la deficiencia mental.
- 1859-1952 — John Dewey, psicólogo norteamericano, uno de los pioneros del *funcionalismo*; potencia la psicología aplicada a la educación.
- 1863-1950 — Georg T. Ziehen, psiquiatra alemán, autor de una batería de pruebas para detectar alteraciones mentales.
- 1864-1901 — Henry de Toulouse-Lautrec, pintor impresionista francés; de baja estatura, mide 152 centímetros, es diagnosticado posteriormente de *picnodisostosis*; a los catorce y quince años sufre una fractura del fémur izquierdo y otra del fémur derecho, respectivamente; ambas fracturas, consecuencia de su alteración de huesos, dejan sus piernas *atrofiadas* y *con dificultades para caminar*.
- 1864-1915 — Alois Alzheimer, neurólogo alemán, describe en 1906 una demencia presenil, que Kraepelin denomina *enfermedad de Alzheimer*.
- 1870-1924 — Vladimir Ilich Ulyanov, Lenin, *padre de la revolución de octubre*, sufre en 1922 un atentado que le acarrea una *hemiplejía*.

- 1870-1937 — Alfred Adler, *padre de la psicología individual*; aporta los conceptos de *afán de superioridad, inferioridad, compensación*.
- 1875-1961 — Carl Gustav Jung, *padre de la psicología analítica*; aporta los parámetros de *introversión y extraversión*.
- 1876-1941 — Fred Kuhlmann recalca las *influencias socioculturales, la provisionalidad del diagnóstico de la deficiencia mental*.
- 1878-1958 — John Broadus Watson, *fundador del conductismo y gran impulsor de aplicaciones clínicas y educativas de la psicología experimental*.
- 1886-1980 — Jean Piaget, psicólogo suizo especialista en *psicología evolutiva y desarrollo intelectual*.
- 1887 — **American Journal of Psychology**, fundada por G.S. Hall.
- 1888-1964 — E. Kretschmer, *tipología constitucional*.
- 1890 — James McKeen Cattell (1860-1944) emplea el término **test mental** en su artículo *Mental Tests and Measurements* de la revista **Mind**.
- 1890 — **The Principles of Psychology**, de William James (1842-1910).
- 1890-1947 — Kurt Lewin, *padre de la teoría de campo*.
- 1891 — Hugo Münsterberg (1863-1916) describe *tests escolares*.
- 1892 — Creación de la *American Psychological Association (Asociación Americana de Psicólogos, APA)*: G.S. Hall, su primer presidente.
- 1895 — **Psychologie individuelle**, de A. Binet y Victor Henri (1872-1940).

- 1896 — Lightner Witmer (1857-1956), *primer psicólogo clínico*, acepta el tratamiento de un niño con *problemas de ortografía* y funda la *primera clínica psicológica* en la universidad de Pensilvania; introduce la *psicología clínica* y potencia la *psicopatología infantil*.
- 1897 — G.E. Johnson efectúa un estudio con el *método de asociación* de McKeen Cattell y descubre que los deficientes mentales efectúan *menos asociaciones y más simples*.
- 1898 — Se crean los primeros *tribunales de menores* en EEUU: concienciación sobre los problemas de la infancia y adolescencia.
- 1899 — W.H. Sheldon, *tipología constitucional*.
- 1904-1977 — Alexander Romonovich Luria, profesor de psicología y director del laboratorio de neuropsicología de la universidad de Moscú, padre de la *neuropsicología* y autor de una batería de evaluación, el *Examen neuropsicológico*; también se interesa por la investigación del desarrollo mental en niños, fruto de lo cual publica en 1963 **The Mentally Retarded Child**.
- 1904-1990 — Burrhus Frederic Skinner, autor de **La conducta de los organismos** (1938); *padre del condicionamiento operante*; deriva hacia *aplicaciones clínicas y educativas*, como las aportaciones de Bijou y Staats en el *campo educativo y en deficiencia mental*.
- 1904 — Charles E. Spearman (1863-1945), *teoría psicométrica*.
- 1905 — A. Binet y Theodore Simon (1873-1962) publican la *primera escala métrica* de la inteligencia, el *Binet-Simon*; revisado en 1908 y en 1911.
- 1909 — Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), *padre de la teoría de la neurona*, publica **Histología del sistema nervioso**.

- 1909 — El presidente Theodore Roosevelt (1858-1919) convoca la *primera Conferencia de la Casa Blanca sobre los niños: nacimiento y reconocimiento oficial de la psicopatología infantil.*
- 1909 — W. Healy funda una *clínica de orientación infantil* en Chicago.
- 1910 — Henry H. Goddard (1866-1957) traduce al inglés el *Binet-Simon*, conocido como el *Goddard-Binet.*
- 1912 — J. Wallin abre una *clínica infantil* en Pittsburgh.
- 1912 — William Stern (1871-1938) propone el *CI (cociente intelectual).*
- 1914 — Robert Irwin adapta el *Goddard-Binet* para población invidente.
- 1915 — S.D. Porteus publica los *Laberintos*, primer test *acultural.*
- 1916 — Lewis Madison Terman (1877-1956), adaptación del *Binet-Simon* en EEUU, el *Stanford-Binet*; en 1937 lo revisa con Maud Amanda Merrill, el *Terman-Merrill.*
- 1917 — R. Pintner y D.G. Paterson, *Escala de ejecución abreviada.*
- 1918 — Robert S. Woodworth (1869-1962) elabora un primer *inventario de personalidad* para detectar sintomatología neurótica grave para el ejército norteamericano, el *Personal Data Sheet.*
- 1918-1973 — Herber Birch, psicólogo y medico norteamericano, especialista en deficiencia mental, a la que aporta grandes contribuciones desde sus múltiples conocimientos, particularmente epidemiología, biopsicología, neurobiología, psicología cognitiva, nutrición.

- 1920 — S.C. Kohs publica los *Cubos de Kohs*.
- 1921 — Robert M. Yerkes (1876-1956), **Psychological Examining in the United States Army**, informe de la selección de 1.750.000 reclutas en la I Guerra Mundial con *tests colectivos*, *Army Alpha Test*, *Army Beta Test* y *Army General Classification Test* (AGCT).

4.3. EL CAMBIO DE SIGLO

- *Era del progreso de claro predominio norteamericano*: importantes avances en el estudio de *etiología* y de *formas clínicas asociadas* a las deficiencias.
- Predominio de *actitudes sumamente negativas*.
- Desarrollo de la *doble orientación biologicista-social*: la biológica se centra en el estudio de *etiología*, la *identificación de formas clínicas asociadas a la deficiencia mental* y la *clasificación*; la social acentúa la *modificabilidad*.
- *Concepto tripartito* de la definición de la deficiencia mental: *presentación precoz*; *funcionamiento intelectual disminuido debido a un trastorno del desarrollo*; *incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad*.
- Potenciación de la *educación especial*.
- *Institucionalización*: paso de la educación a la *prevención* de la deficiencia en las generaciones futuras; *aumenta el número de institucionalizados*.
- *Progresiva participación gubernamental en la problemática de los deficientes*.
 - España: a finales del XIX, Nebreda en Madrid y Ríus en Barcelona, *pioneros* de la educación de los deficientes mentales.
 - Francisco Pereira, la primera figura histórica clara en España, maestro en Parla, Madrid, *el primero en*

concebir un proyecto claro y explícito sobre la necesidad de escuelas especiales para deficientes y también el primero en reivindicar en ello la autonomía del maestro, del educador, frente a los médicos.

- 1859-1924 — Walter Fernald, defensor del trato humanitario, la libertad vigilada, los servicios totalizadores, y promotor de leyes progresistas y de una *escuela de adiestramiento profesional*.
- 1870-1932 — Elizabeth E. Farrell, primera presidenta del *International Council for the Education of Exceptional Children* (8).
- 1871-1932 — Ovide Decroly, *renovador* de la educación de deficientes y no deficientes; en 1901 funda un *Instituto para niños anormales*.
- 1872-1942 — Charles Bernstein: *concepto revisado de la colonia*: incorporación activa a la comunidad, desarrollo del individuo a través de programas personalizados, alta de los residentes que han progresado.
- 1877 — R.L. Dugdale publica el *estudio genealógico* sobre los *Jukes*, **The Jukes, a Study in Crime, Pauperism, Disease and Heredity**.
- 1878 — Marqués de Santa Ana: petición al Senado de creación de un *Asilo de Inválidos para el Trabajo*.
- 1884 — Alemania: el canciller Otto von Bismarck (1815-1898): *Ley de Protección a los Accidentes de la Industria*.
- 1884 — Informe de la Comisión para el estudio de la mejora de las *clases obreras: desamparo ante la invalidez laboral*.
- 1886 — Propuesta de Ley sobre *Consejos y Cajas de Socorro: pensiones vitalicias a los accidentados laborales*.

(8) *Consejo Internacional para la Educación de los Niños Excepcionales.*

- 1887 — *Comisión de Reformas Sociales*: redacción de las Bases para una ley sobre *inválidos de trabajo*.
- 1887 — Creación del *Asilo de Inválidos para el Trabajo*.
- 1888 — Proyecto de ley de *indemnizaciones a obreros accidentados*.
- 1889 — Alemania, Bismarck, la *Ley de Seguro de Vejez e Invalidez*, la primera ley de accidentes de trabajo.
- 1892 — Creación en Pensilvania de la *Sociedad para la Prevención de la Tuberculosis*, luego (1904) *Asociación Americana para el Estudio y la Prevención de la Tuberculosis*: una de las primeras asociaciones privadas de los EEUU de lucha contra una enfermedad.
- 1894 — Propuesta de ley sobre *indemnizaciones por parte de las empresas a accidentados laborales*.
- 1894 — Proyecto de ley de *responsabilidad en accidentes de trabajo*.
- 1895 — Propuesta de ley sobre creación de *Cajas de previsión y socorros a la clase obrera*.
- 1896 — **Journal of Psycho-Asthenics**, actas de las reuniones de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotic and Feeble-minded Persons* (9).
- 1900 — Alfred Fröhllich (1871-1953) y Joseph Babinski (1857-1932): distrofia adiposogenital, *Síndrome de Fröhllich o Babinski-Fröhllich*.
- 1900 — Apertura de clases para deficientes visuales en Chicago.
- 1900 — Apertura de la *Detroit Day School for the Deaf* (10).

(9) *Asociación de Directivos Médicos de las Instituciones para Idiotas y Débiles Mentales*.

(10) *Escuela de día de Detroit para sordos*.

- 1900 — *Ley de Accidentes de Trabajo*, propuesta por Eduardo Dato, ministro de la Gobernación (1856-1921): *primera ley española de protección a inválidos del trabajo en la industria*.
- 1900-1919 — EEUU: ambiente de *control y prevención social*: la *Asociación de Eugenistas de Estados Unidos* propone medidas del tipo de la *segregación de por vida* de los deficientes mentales, su *esterilización*, la *restricción matrimonial*, la *eutanasia*, etc.
- 1901 — Corpeuter describe la *osificación congénita o prematura* de las suturas de los huesos del cráneo, *Craneosinostosis de Corpeuter*.
- 1901 — Formato de *examen psicológico* de la *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotics and Feeble-minded Persons*.
- 1902 — *Exclusión del plan educativo* de los *retrasados en su desarrollo cerebral*.
- 1903 — Reglamento para *declaración de incapacidades por accidentes laborales*, de Antonio Maura, ministro de la Gobernación (1853-1925).
- 1906 — Eugène Apert (1868-1923), pediatra francés, descubre el *síndrome de Apert*, *acrocefalia-sindactilia*.
- 1906 — La *Association of Medical Officers of American Institutions for Idiotics and Feeble-minded Persons* se transforma en *American Association for the Study of the Feeble-minded* (11); en 1933, *American Association on Mental Deficiency* (AAMD); en 1987, *American Association on Mental Retardation* (AAMR).
- 1906 — Real Decreto que regula el *Cuerpo de Inválidos*.
- 1907 — Comienza a publicarse **Outlook for the Blind**, posteriormente **Journal of Visual Impairment and Blindness**.

(11) *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales*.

- 1907 — Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública sobre *normas para la realización de exámenes escritos por alumnos ciegos*.
- 1908 — Creación del *Instituto Nacional de Previsión* (INP).
- 1909 — **Inborn Errors of Metabolism**, de Archibald E. Garrod (1857-1936), médico inglés: deficiencia mental y otros trastornos por *anomalías genéticas*; obra no tenida en cuenta hasta los cuarenta.
- 1909 — *Sociedad de Socorros Mutuos entre Sordos de Cataluña*.
- 1910 — *Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales*.
- 1910 — Creación de la *Caja de Seguro Popular de Invalidez*.
- 1910 — El Comité para la Clasificación de la *American As. for the Study of the Feeble-minded* añade el nivel de *morón*, acuñado por Goddard.
- 1910 — Londres: primera *Nurse School*: antecedente de la *educación infantil temprana*: desarrollo de destrezas de autocuidado, de lectura y de responsabilidad individual.
- 1911 — Creación de un *taller especial de joyería* en el *Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos*.
- 1911 — **Developmental Pathology**, de E. Talbot, médico inglés: *enfermedades infecciosas*, ingestión de *agentes tóxicos y sustancias metálicas*, agentes etiológicos de deficiencia mental.
- 1912 — H.H. Goddard publica el estudio genealógico sobre los *Kallikak*, **The Kallikak Family, a Study in the Heredity of Feeble-mindedness**.
- 1912 — Octave Crouzon (1874-1938), neurólogo francés: craneosinostosis o disostosis craneofacial familiar, *enfermedad de Crouzon*.

- 1912 — Samuel A.K. Wilson (1878-1936) describe la degeneración hepatolenticular progresiva, *enfermedad de Wilson*.
- 1914-1919 — I Guerra Mundial: *servicios de rehabilitación; creación de cuerpos de mutilados e inválidos de guerra*.
- 1914-1919 — I Guerra Mundial: *tema polémico: incorporación de deficientes mentales al ejército: en Alemania les rechazan; en EEUU, entre los aspirantes rechazados para el servicio, el 5.5% lo es por deficiencia; muchos deficientes mentales dejan los internados para combatir y vuelven a ellos tras la contienda*.
- 1914 — Creación del *Patronato Nacional de Anormales*.
- 1914 — Albert Niemann (1880-1921) y Ludwing Pick (1868-19??), médicos alemanes: *enfermedad de Niemann-Pick*, afección congénita por trastorno de metabolismo de los lípidos.
- 1915 — Fred Kuhlmann (1876-1941) presenta la distribución del CI: *el 1%, con una proporción de idiotas, imbeciles y morones de 1:3:12*.
- 1916 — A.H. Estabrook publica **The Jukes in 1915**, resultado de su revisión del *estudio genealógico* sobre los *Jukes*.
- 1916 — División del *Patronato Nacional de Anormales* en *sordos, ciegos y otros anormales*.
- 1916 — Knud H. Krabbe (1885-1961), neurólogo danés, describe la leucodistrofia de las células globoides o esclerosis cerebral difusa infantil familiar, *enfermedad de Krabbe*.
- 1917 — Conferencia de *Seguros Sociales*: propone medidas legales.
- 1917 — *Escuelas especiales para Anormales* en Madrid y Barcelona.

- 1917 — EEUU: *Vocational Rehabilitation Act (Smith-Hughes Act)*: crea el *Federal Board of Vocational Education*, que más adelante gestiona la ayuda federal para rehabilitación y formación de los *combatientes inválidos*.
- 1917 — *Programa de rehabilitación para físicos en el Curative Workshop of Milwaukee*: atención médica, psicológica y formación profesional.
- 1917 — *Programa experimental de rehabilitación para veteranos*, puesto en marcha por la *Cruz Roja de EEUU* en el *New York Institute for Crippled and Disabled Men*: incluye atención médica, psicológica y formación profesional; poco después el programa se lleva a cabo en otros hospitales del ejército.
- 1917 — Creación de la *American Occupational Therapy Association* (12); publica **American Journal of Occupational Therapy**.
- 1918 — EEUU: *Soldier Rehabilitation Act (Smith-Sears Veterans Rehabilitation Act)*: autoriza al *Federal Board of Vocational Education* a poner en marcha un *programa nacional de rehabilitación profesional para veteranos discapacitados de la I Guerra Mundial*.
- 1918 — *Programa de rehabilitación en el Curative Workshop de Milwaukee*: imparte atención médica, psicológica y formación profesional.
- 1918 — Carl Gustav Jung (1875-1961), publica **Studies in Word Association**, técnicas de *asociación de palabras*.
- 1919 — El presidente Thomas Woodrow Wilson (1856-1924) convoca otra *Conferencia de la Casa Blanca sobre los niños*, que acuerda un *programa estatal para la asistencia a los deficientes mentales*.
- 1919 — *Encefalografía* de Walter E. Dandy (1886-1946).

(12) *Asociación Americana de Terapia Ocupacional*.

1919 — *Plan de Seguros del Instituto Nacional de Previsión.*

1919 — *Retiro Obrero.*

4.4. EL PERIODO ENTRE GUERRAS

— Progresiva acentuación de los *aspectos sociales y evolutivos de la deficiencia mental, la orientación social.*

— Progresos en etiología: *toxemia del embarazo, carencias vitamínicas, infecciones respiratorias agudas, hematomas subdurales, etc.*

— Reconocimiento de la *educación especial, que obtiene carta de naturaleza.*

— EEUU: aparición de las primeras *asociaciones de padres de deficientes mentales.*

— EEUU: preocupación tripartita: la *herencia, la mejora de la raza y la inmigración*

— EEUU: preocupaciones-polémicas por influencia del movimiento de *higiene mental: la presencia de trastornos mentales en deficientes mentales; la figura del delincuente adolescente y adulto; la esterilización de deficientes.*

1882-1945 — Franklin D. Roosevelt, único presidente norteamericano reelegido para un cuarto mandato; en 1921 sufre *poliomielitis* que le deja como secuela una *paraplejia.*

1888-1947 — George Riddoch, neurólogo británico pionero en pro de *unidades especializadas* para el tratamiento de lesionados medulares.

1899-1972 — Lionel Penrose, investigador norteamericano, especializado en la etiología de la deficiencia mental, particularmente interesado en *síndrome de Down*, autor de **The Biology of Defect.**

- 1918 — EEUU: puesta en marcha del *programa de rehabilitación profesional para veteranos*: durante sus diez años de funcionamiento atiende a unos 675.000 excombatientes de la I Guerra Mundial.
- 1920 — Alemania: *primera ley de asistencia a todo tipo de inválidos*; declaración obligatoria de menores de 18 años para ser rehabilitados.
- 1920 — EEUU: *Civilian Rehabilitation Act (Smith-Fees Act)*: autoriza al *Federal Board of Vocational Education* a administrar el *programa nacional de rehabilitación profesional*, que se extiende a accidentados de la industria y otros discapacitados; incluye orientación y formación profesional.
- 1921 — EEUU: *Veterans Bureau Act*: constitución del *Veterans Bureau*, que asume todas las funciones en la rehabilitación de excombatientes.
- 1921 — Creación de la *American Physical Therapy Association* (13); publica **Physical Therapy Journal**.
- 1921 — Constitución de la *American Foundation for the Blind* (AFB) (14), que asume la publicación de **Outlook for the Blind**.
- 1921 — Constitución en Chicago de *The National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults*, federación de asociaciones dedicadas a la rehabilitación de discapacitados físicos; publica una revista, **Rehabilitation Literature**.
- 1921 — *Aula de alumnos anormales* aneja a *Escuela Normal de Madrid*, vinculada a la *Institución Libre de Enseñanza*, para educación de deficientes y formación de educadores.

(13) *Asociación Americana de Terapia Física.*

(14) *Fundación Americana para el Ciego.*

- 1921 — Una granja agrícola y una escuela primaria especial, centros agregados al Instituto Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales.
- 1921 — Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública sobre *normas sobre conmutación de asignaturas en favor de los alumnos ciegos que deseen cursar estudios de bachillerato.*
- 1921 — Hermann Rorschach (1884-1922) publica **Psychodiagnostik**, *test de manchas de tinta*: el modelo de *psicodiagnóstico clásico*, modelo clínico tradicional, cualitativo, *técnicas proyectivas.*
- 1922 — Constitución del *International Council for the Education of Exceptional Children* (15).
- 1922 — Fundación de la *International Society for Crippled Children*; en 1939 se convierte en *International Society for the Welfare of Cripples*; en 1960, *International Society for Rehabilitation of the Disabled*; en 1969, *Rehabilitation International* (16): federación internacional de organizaciones no gubernamentales especializadas en rehabilitación; publica **International Rehabilitation Review**; distribuye **Rehabilitation Research.**
- 1922 — Conferencia sobre *seguros de enfermedad, invalidez, maternidad.*
- 1922 — Creación del *Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo*, posteriormente, *Instituto de Reeducción Profesional* (1929), *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos* (1933), *Centro Público de Educación Especial de Reeducción de Inválidos* (1986); finalidad: readaptar y reeducar profesionalmente a los obreros inválidos.

(15) Consejo Internacional para la Educación de los Niños Excepcionales.

(16) Sociedad Internacional para los Niños Tullidos; Sociedad Internacional para el Bienestar de los Tullidos; Sociedad Internacional para la Rehabilitación del Discapacitado; *Rehabilitación Internacional* (RI), respectivamente.

- 1922 — *Ley de Accidentes de Trabajo.*
- 1923 — C. Bringham publica un estudio sociopolítico sobre el deterioro de la inteligencia americana debido a la inmigración de razas no nórdicas y a los negros.
- 1923 — Se constituye en Búfalo, Nueva York, la *National Civilian Rehabilitation Conference*; en 1927, en Menfis, se redenomina *National Rehabilitation Association* (NRA); una de las asociaciones privadas más prestigiosas; edita la revista **Journal of Rehabilitation**.
- 1924 — David M. Greig (1864-1936), médico escocés, descubre el hipertelorismo, *enfermedad de Greig*.
- 1925 — Creación de la *American Speech and Hearing Association* (17); responsable de publicación de las revistas **Speech and Hearing Disorders** y **Speech and Hearing Research**.
- 1926 — *Código de Trabajo*: recopilación del derecho laboral vigente.
- 1927 — E.K. Strong publica el *Inventario de Intereses Vocacionales*.
- 1927 — F.F. Goodenough, **Measurements of Intelligence by Drawings**.
- 1927 — Rud describe una variedad de idiocia, el *Síndrome de Rud*.
- 1928 — El *International Council for the Education of Exceptional Children* publica la revista **Newsletter of the International Council for Exceptional Children**.
- 1929 — Primer Congreso de la *Sociedad Internacional de Asistencia al Inválido*, de la *Sociedad de Naciones*, celebrado en Ginebra.

(17) *Asociación Americana del Habla y de la Audición.*

- 1929 — Hans Berger (1873-1941) inventa el *Electroencefalógrafo*.
- 1929 — *Escala Internacional de Ejecución de Leiter*.
- 1930 — *Conferencia de la Casa Blanca sobre los niños disminuidos; delimitación: deficiencia mental; retraso intelectual con competencia social; debilidad mental: retraso intelectual e incompetencia social*.
- 1930 — Reorganización de la *Escuela Normal*: se incluye la formación de *profesores de sordomudos*.
- 1931 — **Constitución española**: los principios de previsión social adquieren rango constitucional: artículo 46: la República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna; su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte.
- 1931 — Extensión a la *agricultura* de la protección de los accidentes de trabajo en la industria.
- 1931 — N. Ozerestki publica los *Tests motores*.
- 1932 — *Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria*: creación de la *Caja Nacional de Seguros de Accidentes de Trabajo* dependiente del INP y de la *Clínica Nacional del Trabajo*.
- 1933 — EEUU: *Veterans Administration Act*: reorganización del *Veterans Bureau*, que pasa a denominarse *Veterans Administration* y que asume todo lo relativo a la rehabilitación de excombatientes.
- 1933 — El *International Council for the Education of Exceptional Children* se redenomina *International Council for Exceptional Children* (18).

(18) Consejo Internacional para los Niños Excepcionales.

- 1933 — La *American Association for the Study of the Feeble-minded* (19) se redenomina en *American Association on Mental Deficiency* (AAMD).
- 1933 — *Síndrome de Cornelia de Lange*.
- 1933 — Thomas D. Cutsforth publica **The Blind in School and Society**; defensa de una *psicología especial de los ciegos*.
- 1933 — Reglamento del *Registro Central de Inválidos*.
- 1933 — El nazismo comienza la caza de la *psicología semítica* y *prohíbe oficialmente los tests*.
- 1934 — El *International Council for Exceptional Children* publica **International Council for Exceptional Children Review**, más tarde **Journal of Exceptional Children**, luego **Exceptional Children**.
- 1934 — Ivar Asbjorn Fölling describe una deficiencia de la enzima fenilalaninasa-4-hidroxilasa, que produce la *oligofrenia fenilpirúvica* o *fenilcetonuria*.
- 1934 — *Patronato Nacional de Cultura de Deficientes*: acoge a *ciegos, sordomudos, inválidos y anormales mentales*.
- 1935 — EEUU: *Social Security Act* (*ley de seguridad social*): establece servicios de sanidad pública, seguros de vejez y desempleo, asistencia a *madres e hijos dependientes*, a *deficientes, inválidos, invidentes*; programa federal de rehabilitación profesional permanente y para todo tipo de discapacidades.
- 1935 — Henry H. Kessler publica **The Crippled and the Disabled; Rehabilitation of the Physically Handicapped in the United States**, clásico manual de valoración de las limitaciones funcionales de la discapacidad física.

(19) *Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales*.

- 1935 — Sir Cyril Burt (1883-1971) publica **The Subnormal Mind**, colección de ensayos sobre deficiencia mental.
- 1935 — W.P. Alexander, la *Escala de Alexander (inteligencia práctica)*.
- 1935 — Henry A. Murray, autor del *Test de Apercepción Temática (TAT)*.
- 1936 — Dirección de Mutilados de Guerra.
- 1936 — E.A. Doll, discurso inaugural de la reunión de la AAMD: **concepto tripartito de deficiencia mental: inadaptación social, debida a una baja inteligencia, cuyo desarrollo se haya detenido.**
- 1936 — Edgar A. Doll publica la *Escala de Madurez Social de Vineland*.
- 1936 — El Comité Central (4-VII) del Partido Comunista de la URSS *prohíbe el uso de tests*.
- 1936 — Terman y Maud A. Merrill publican el *Terman-Merrill*, revisión del *Stanford-Binet* (1916).
- 1937 — A. F. Tredgold publica **A Textbook of Mental Deficiency**, clásico manual sobre deficiencia mental desde un modelo organicista.
- 1938 — Creación de la *Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE)*.
- 1938 — Henry H. Turner, médico norteamericano: *síndrome de Turner*, alteración del crecimiento por una *anomalía gonocromosómica*.
- 1938 — J.C. Raven publica el test de *Matrices Progresivas*.
- 1938 — L. Bender publica el *Test Gestáltico-Visomotor de Bender*.

- 1938 — Louis L. Thurstone (1887-1955) publica *Primary Mental Abilities*.
- 1939 — **Análisis factorial de la capacidad humana**, de G.H. Thomson.
- 1939 — David Wechsler (1896-1981) publica la *Escala Wechsler-Bellevue*.
- 1939 — Wolf, Cowen y Paige describen una infección parasitaria del *Toxoplasma gondii*, la *toxoplasmosis*.
- 1941 — R. Pintner, J. Eisenson y M. Stanton publican **The Psychology of the Physically Handicapped**.
- Alfred A. Straus y Newell Kephart distinguen, por su aprendizaje, los deficientes mentales *endógenos* y *exógenos* (distráidos).

4.5. LA GUERRA Y SUS REPERCUSIONES

4.5.1. Los deficientes y la Segunda Guerra Mundial

4.5.1.1. La experiencia nazi

- 1924 — **Mein Kampf** de Adolf Hitler (1889-1945), fundamento de la política de exterminio en pro de la *mejora de la raza*: los físicamente degenerados y los mentalmente insanos o débiles no tienen derecho a procrear.
- 1-IX-1939 — Breve *nota* de Hitler que autoriza que a los pacientes con *enfermedad incurable* se les conceda la *liberación* por vía de la *eutanasia*.
- 1939 — En un principio se deja *morir de hambre* a los *deficientes y enfermos mentales residentes en instituciones*.
- X-1939 — Octubre, programa *Aktion T4*: identificación de los pacientes en su institución, examen por un equipo de médicos y decisión final de un equipo de cuatro médicos expertos en Berlín.

- 1940 — Traslado a campos y prisiones donde los niños son asesinados con inyecciones y los adultos con gas; la suma resultante del *Aktion T4* supera con creces los 70.000.
- 3-VIII-1941 — Sermón del cardenal Galen, en Munster, Wesfalia.
- 23-VIII-1941 — Hitler ordena la interrupción del programa.
- 1941 — Las medidas continúan de forma más solapada; se pone en marcha el *Aktion 14 F 13*, proyecto para desembarazarse de los campos de concentración, trasladarlos al Este, que aboca al exterminio de aproximadamente 20.000 deficientes mentales, alienados y otras personas física o socialmente indeseables.

4.5.1.2. La experiencia norteamericana

- 7-XII-1941 — La entrada de EEUU en guerra supone una situación de *emergencia social* y de *movilización general* que incluye a los deficientes.
- *Sistema Nacional de Servicio Selectivo*, proceso de selección de más de doce millones de soldados; participan cerca de *dos mil psicólogos*; se aplican, entre otros tests, el *Army General Classification Test* (AGCT), el *Minimum Literacy Test* y el *Visual Classification Test* (20).
 - Los expertos adecúan los criterios de selección a las necesidades: el ejército de tierra, *ocho años de edad mental*; la marina, *diez años*.
 - El índice de rechazo inicial por razones de deficiencia mental es sólo del 1,18%; durante toda la guerra, son rechazados 716.000 personas entre 18 y 37 años por razones de deficiencia mental.
 - Tras el alistamiento se vuelve a evaluar a los reclutas que presentan *deficiencias académicas o intelectua-*

(20) *Test de Classification General del Ejército, Test de Capacidad Mínima para la Lectura y la Escritura, Test de Classification Visual.*

les y, en muchos casos, se les ofrece la posibilidad de recibir un entrenamiento suplementario; la mayoría responden bien a dicho adiestramiento, y sólo es necesario rechazar a una pequeña proporción de reclutas.

- 1943 — Informe del mayor Donald E. Baier, de la oficina del ayudante general, en el que explica la posición de las fuerzas armadas.
- 1943 — Informe de R.H. Haskell y A.A. Straus sobre 100 antiguos internos; de los 84 miembros del grupo original que pueden localizarse, un 88 % se comporta correctamente y un 31 % goza al menos de un ascenso.
- 1944 — Predicciones de Doll: sólo el 10% de los deficientes mentales tendrán la dureza exigida por la vida militar; los resultados superan ampliamente la predicción: pues varios estudios de seguimiento atestiguan que los deficientes, en su mayoría antiguos internados en instituciones, casi todos ellos se conducen correctamente.
- 1944 — Informe de D.M. Bassett: de un total de 104 deficientes alistados, 40 presentan buen rendimiento seguro; 45, buen rendimiento probable; 11, dudas sobre rendimiento; 8, fracaso constatado; de otro lado, los más de cuatro mil deficientes internos participan en diversos oficios y actividades.
- 1944 — Informe de A. Whitney y M. MacIntyre: de 72 reclutas, el 85%, permanecen en servicio activo, algunos obtienen algún ascenso, mientras que el 15% son licenciados.
- 1945 — Informe de F.O. Butler sobre 399 deficientes que desempeñan gran variedad de empleos en industrias directa e indirectamente relacionadas con la contienda.
- 1945 — Informe de Coakley: contribución sumamente interesante de 37 deficientes mentales a los esfuerzos requeridos por la guerra.

- 1946 — Informe de Weaver sobre 8.000 deficientes mentales al servicio del ejército; el 56% de los varones y el 62% de las mujeres con CI inferior a 75 rinden servicios aceptables.
- 1945 — La situación cambia drásticamente después de la contienda, porque al regreso del frente, los veteranos tienen prioridad de empleo: se cumplen las predicciones de Doll: los deficientes mentales que actualmente tienen un empleo y resultan socialmente útiles como consecuencia de la escasez de mano de obra civil, se verán probablemente arrojados a la pobreza y a la dependencia de los demás cuando la guerra termine.

4.5.2. El movimiento rehabilitador

- La II Guerra Mundial también trae consigo otro tipo de aportaciones: el nacimiento del movimiento rehabilitador y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos.
 - En este contexto, son las **discapacidades físicas** las que ostentan la primacía y se convierten en el **eje de progreso en la historia de las deficiencias**, como en otras ocasiones.
 - **Pioneros del movimiento rehabilitador:** los hospitales de la *Veterans Administration* (VA) y de los ministerios británicos de Sanidad y Pensiones, junto con los médicos norteamericanos Donald Munro, Henry Kessler, Howard Rusk, Jeremiah Milbank, Frank Krusen, Mary Switzer, Ernest Bors y Deaver y los ingleses George Riddoch y Ludwig Guttmann.
- 1888-1947 — George Riddoch, neurólogo del *London Hospital* y del *National Hospital for Nervous Diseases*, pionero defensor de las **unidades especializadas** para el tratamiento de los lesionados medulares; dirige el comité que asesora al ejército británico e influye en la decisión de agrupar a los más de 700 excombatientes víctimas de lesiones medulares en tales **unidades especializadas**.
- 1901-1981 — Sir Ludwig Guttmann, médico rehabilitador inglés, una de las figuras más conocidas y de las autori-

- dades más influyentes en la rehabilitación de lesiones medulares, ligado al *Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville*.
- Ernest Bors, urólogo norteamericano pionero en el tratamiento de los problemas urológicos de los parapléjicos. muy ligado al *Centro de Lesionados Medulares* de Long Beach, California.
 - Donald Munro, neurocirujano norteamericano del *Hospital Municipal* de Boston, Massachusetts, pionero en el tratamiento de la vejiga parálitica de los lesionados medulares y defensor de la reinserción social y laboral de los discapacitados.
 - Deaver, traumatólogo norteamericano del *Instituto para Inválidos* de Nueva York, especialista en rehabilitación de afección de la médula espinal por secuelas de poliomielitis, luego ligado a los hospitales de la *Administración de Veteranos*.
 - Howard A. Rusk, *padre de la rehabilitación médica*, dirige el servicio de rehabilitación del ejército del aire de los EEUU; creador del primer *Servicio de Rehabilitación* en el *Hospital Bellevue*, Nueva York: aparición de la *rehabilitación médica* como especialidad.
 - Hospitales de la *Administración de Veteranos*: *Hospital Hines*, de Chicago, *Wets Roxbury Hospital*, de Massachusetts, *Centro de Rehabilitación Craig*, de Denver, Colorado.
 - Los ministerios británicos de Sanidad y Pensiones ponen en marcha doce *unidades medulares* en distintos hospitales.
- 1939-1945 — Ya durante las hostilidades, se potencian los *servicios de rehabilitación* para **excombatientes** y **mu-tilados de guerra**; se inicia, entonces, con todo su vigor, el **movimiento rehabilitador**; sus objetivos iniciales: la *recuperación físico-somática y funcional*.

- 1940 — Howard A. Rusk instaura el primer *Servicio de Rehabilitación* en el *Hospital Bellevue*, Nueva York.
- 1941 — Krusen publica **Physical Medicine**, primer manual norteamericano sobre medicina física y rehabilitación.
- 1943 — EEUU: *World War II Disabled Veterans Rehabilitation Act (Welsh-Clark Act) (Public Law 78-16)*: asigna a la *Veterans Administration* todo lo relativo a la rehabilitación de excombatientes.
- 1943 — EEUU: *Vocational Rehabilitation Act Amendments (Barden-LaFollette Act) (Public Law 78-113)*: creación de la *Office of Vocational Rehabilitation*; ampliación de los servicios prestados por el *programa de rehabilitación profesional* y extensión de sus beneficios a otros colectivos, prácticamente a todo tipo de deficientes: ejerce un impacto decisivo en la consolidación y ampliación del *movimiento rehabilitador*.
- 1944 — EEUU: *Servicemen's Readjustment Act (GI Bill) (Public Law 78-346)*: instrucción y ayudas para los que tienen que interrumpir sus estudios o su profesión por el servicio militar: intensificación de los programas de rehabilitación profesional.
- 1944 — Sir Ludwig Guttmann inaugura el *National Spinal Injuries Centre of the Stoke Mandeville Hospital* (21), Aylesbury, Inglaterra.
- 1944-1945 — *Spinal Cord Injury Center of the Veterans Administration Hospital* (22), Long Beach, California.
- 1945 — EEUU: El Congreso designa la primera semana de agosto como *National Employ the Physically Handicapped Week*. En 1952 el presidente Harry S. Truman (1884-1972) lo convierte en el *President's Committee on Employment of the Physically Handicapped* y en

(21) Centro Nacional de Lesionados Medulares del Hospital de Stoke Mandeville.

(22) Centro de Lesionados Medulares del Hospital de la Administración de Veteranos.

- 1962 John F. Kennedy (1917-1963) en el *President's Committee on Employment of the Handicapped* (23).
- 1945 — *Lyndhurst Lodge*, en Toronto, Canadá, centro especializado en lesionados medulares fundado por la *Asociación Canadiense de Paraplégicos*.
- 1945 — *Unidad de Lesionados Medulares* en el *Lodge Moor Hospital*, Sheffield, Inglaterra.
- 1945 — Después de la guerra, en Alemania se abren *unidades especializadas para lesionados medulares* y otros *excombatientes*, concretamente en Coblenza, Bochum, Duisburgo, Frankfort, Murnau, Tubinga, Ludwigshafen.
- 1945 — Después de la guerra, en Francia se crean *unidades de lesionados medulares y excombatientes*: en el *Hospital Les Invalides*, de París; en el *Centro de Reeducción Motriz*, de Fontainebleau; A. Crossiord, neurólogo, y J. Bénassy, cirujano ortopeda, abren una sección para afecciones de la médula espinal, incluidas las traumáticas, en el *Hospital Rymond Poincaré*, de Carches, cerca de París.
- 1945 — Después de la guerra, en Holanda se ponen en marcha *centros de rehabilitación para excombatientes*, como los de Aardenburg, Hogstraat y Amsterdam.
- 1947 — Henry H. Kessler publica **Rehabilitation of the Physically Handicapped**, manual sobre rehabilitación física y funcional.
- 1946 — R.G. Barker, B.A. Wright y M.R. Gonick publican **Adjustment to Physical Handicap and Illness**, aplicación de la *teoría de campo* de Lewin a los problemas psicosociales de la discapacidad física.

(23) *Semana Nacional para el Empleo de los Minusválidos Físicos, Comité Presidencial para el Empleo de los Minusválidos Físicos y Comité ... Empleo de los Minusválidos*, respectivamente.

- 1947 — *Unidad Medular en el Promenade Hospital, Southport, Inglaterra.*
- 1948 — ONU: *Declaración universal de los derechos humanos*: artículos de interés para discapacitados: 5: nadie será objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes; 22: derecho a la seguridad social; 23: derecho a trabajar; 25: derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, y en especial alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez u otros casos de subsistencia independientes de su voluntad; 26: derecho a la educación.
- 1948 — *Primeros Juegos Deportivos de Stoke Mandeville para Paraplégicos.*
- 1949 — *La Comisión Social de la ONU se interesa por primera vez por la rehabilitación de minusválidos físicos y ciegos.*
- 1949 — *Centro para la Rehabilitación de Paraplégicos dentro del Instituto de Rehabilitación de Constanca, Polonia.*
- 1949 — Constitución del *National Council on Psychological Aspects of Disability* (24).
- 1949 — Rusk, H.A. y Taylor, E.J. publican **New Hope for the Handicapped: The Rehabilitation of the Disabled from Bed to Job**, clásico manual de rehabilitación.
- 1950 — EEUU: extensión de la legislación para rehabilitación de los veteranos de la II Guerra Mundial a los excombatientes de la Guerra de Corea.
- 1950 — *Centro de Traumatología y de Readaptación integrado en el Hospital Universitario Brugman, de Bruselas, Bélgica.*

(24) Consejo Nacional sobre Aspectos Psicológicos de la Discapacidad.

- 1950 — *Centro de Rehabilitación* de Tobelbad, Graz, Austria.
- 1950 — Constitución en Londres de la *International Federation of Physical Medicine*; en 1972 se redenomina *International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation* (25).
- 1950 — Resolución 309 E (XI) del *Consejo Económico y Social* de la ONU: pide a la *Secretaría General* un programa internacional para *rehabilitación de minusválidos físicos*.
- 1952 — *Unidad de Lesionados Medulares* del *Hospital Rookwood*, Cardiff, País de Gales.
- 1953 — Barker, Wright, Meyerson y Gonick revisan **Adjustment to Physical Handicap and Illness**.
- 1953 — Garrett edita **Psychological Aspects of Physical Disability**, una de las primeras y más influyentes colecciones de artículos.
- 1954 — *Centros de Rehabilitación* en Australia, concretamente en Perth, Melbourne, Adelaida, Sidney, etc.
- 1954 — EEUU: *Vocational Rehabilitation Act Amendments (Hill-Burton Act)*: incremento de ayudas, servicios, investigación, formación de personal, etc.; persigue la rehabilitación profesional como medio de que el discapacitado se prepare para un empleo remunerado que aumente su bienestar económico y social y el de la nación.
- 1954 — *Unidad de Lesionados Medulares* del *Pinderfield Hospital*, Wakefield, Yorkshire, Inglaterra.
- 1955 — Cruickshank publica **Psychology of Exceptional Children and Youth**; reeditado en 1963 y 1971 y revisado en 1980; primer manual traducido al

(25) *Federación Internacional de Medicina Física y F.I. de Medicina Física y Rehabilitación*, respectivamente.

castellano, concretamente en 1973, su 3ª edición de 1971; incluye el magistral y seminal primer capítulo de Meyerson, **Somatopsychology of Physical Disability**, redactado desde la óptica de la *teoría de campo* de K. Lewin.

- 1955 — E.A. Weinstein y R.L. Kahn publican **The Denial of Illness**.
- 1955 — ONU: Aprobación del *programa internacional coordinado de rehabilitación de minusválidos físicos*.
- 1957 — Lofquist publica **Vocational Counseling with the Physically Handicapped**, clásico manual de rehabilitación.
- 1957 — El *Instituto Italiano para el Seguro de Accidentes de Trabajo* abre el *Centro Medular* de Ostia-Lido de Roma.
- 1958 — *Primera Conferencia de la División 22 (Psychological Aspects of Disability, Aspectos Psicológicos de la Discapacidad)* de la *American Psychological Association (Asociación Americana de Psicólogos, APA)*, celebrada en la universidad de Princeton bajo el título *Psychology and Rehabilitation (Psicología y Rehabilitación)*.
- 1959 — B.A. Wright edita **Psychology and Rehabilitation**, actas de la *Primera Conferencia de la División 22*.
- 1959 — *Unidad Medular Edenhall*, en Musselburgh, Escocia.

4.5.3. Expansión a otros campos

- Los progresos habidos en el *movimiento rehabilitador* y en la *psicología de la rehabilitación* se expanden a otros campos, concretamente a la *psicología clínica*, y a otros colectivos.
- Epoca de *grandes avances* en el conocimiento de la deficiencia mental y de los deficientes: se avanza en lo insinuado en otras

épocas y se expande el tema a muchos profesionales y políticos; salto cualitativo en la comprensión de *causas biológicas* específicas de la deficiencia mental, produciéndose una amplia letanía de *descubrimientos*.

- *Potenciación de la educación especial.*
- Puesta en marcha de variedad de tratamientos: *programas de psicoterapia, psicofarmacología*, otros tratamientos, como *electroshock, lobotomía, regímenes vitamínicos*, etc..
- La problemática de los discapacitados sensoriales es *incluida*, por lo general, en la de *anormales y/o físicos*, en especial lo relativo a medidas legales e institucionales.
- EEUU: generalización de *asociaciones de padres* de deficientes mentales, que se aglutinan en la *Association for Retarded Citizens of the United States* (26).
 - Tras la II Guerra Mundial, la *Veterans Administration* (VA) requiere *tareas clínicas* para sus excombatientes, lo que implicará el *despegue de la psicología clínica*.
 - Los servicios estratégicos de los EEUU en la II Guerra Mundial emplean por primera vez el término *evaluación psicológica* (*psychological assessment*).
- 1940 — *Conferencia de la Casa Blanca* sobre el *Niño en la Democracia*: critica la acentuación de la clasificación y el etiquetado, así como el aislamiento e internamiento de los deficientes mentales, y propone educación y empleo adecuados y sugiere la potenciación de los *servicios comunitarios*.
- 1940 — *Journal of Psycho-Asthenics* pasa a denominarse **American Journal of Mental Deficiency**, editada por la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD).

(26) *Asociación de Ciudadanos Retrasados de los Estados Unidos.*

- 1940 — Landsteiner y Wiener identifican el *factor Rh*; en 1943 se demuestra su papel en los partos malogrados y en la deficiencia mental.
- 1940 — H.C. Gunzburg es nombrado psicólogo (*trainig officer/psychologist*) del *Monyhull Hospital*, Reino Unido.
- 1940 — Orden del Ministerio de la Gobernación sobre *Asociaciones de Inválidos para el Trabajo*.
- 1940 — Subsidio de *vejez*.
- 1941 — Seguro de *silicosis*.
- 1942 — A. Rey publica la *Figura compleja de Rey*.
- 1943 — S.R. Hathaway y J.C. McKinley publican el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI).
- 1944 — *Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo*.
- 1944 — A. Anstey publica el *Test de Dominó*.
- 1945 — A.L. Benton publica el *Test de retención visual de Benton*.
- 1945 — D. Wechsler publica la *Escala de Memoria de Wechsler*.
- 1945 — *Ley de Educación Primaria: creación de escuelas especiales para niños anormales y deficientes mentales: comienzo oficial de la educación especial y el primer género de atención pública a los deficientes*.
- 1945 — La *American Association for Applied Psychology* (*Asociación Americana para la Psicología Aplicada*) se integra en la *American Psychological Association* (APA).
- 1946 — **American Psychologist**, revista publicada por la *American Psychological Association* (*Asociación Americana de Psicólogos, APA*).

- 1946 — El *Congreso Nacional de Salud Mental* (EEUU) admite la profesión del *psicólogo clínico con funciones terapéuticas*.
- 1947 — Seguro de *enfermedades profesionales*.
- 1947 — Seguro de *vejez e invalidez*.
- 1947 — **Psychopathology of the Braininjured Child**, de Alfred A. Straus (1897-1957) en colaboración con Laura Lehtinen: *gran contribución metodológica a la educación especial de niños deficientes o con dificultades de aprendizaje*: propone una teoría explicativa y técnicas adecuadas para la instrucción de los deficientes mentales por lesión cerebral; describe varios trastornos asociados: incapacidad para diferenciar figura y fondo, perseveración, trastornos del pensamiento, incapacidad para percibir la totalidad de un problema; método basado en el control del ambiente externo demasiado estimulante; programas de reducción de hiperactividad, conducta distraída, mediante técnicas de incremento de la atención y el aprendizaje, con procedimientos tales como tareas breves, aislamiento de objetos del primer plano, sollicitación de respuestas motoras; en definitiva, técnicas que se siguen empleando en la actualidad.
- 1947 — A. Gesell y C.S. Amatruda publican las *Escalas para el diagnóstico del desarrollo*.
- 1947 — Torkildsen efectúa la primera *ventriculocistertomía* en un hidrocefálico.
- 1948 — J. Tizard y N. O'Connor ingresan en la *Social Psychiatry Research Unit* y en el *Maudsley Hospital*, con el encargo de investigar los *problemas sociales de la deficiencia mental*.
- 1948 — Constitución de la *United Cerebral Palsy Association* (27).

(27) *Asociación de Paráliticos Cerebrales Unidos*.

- 1948 — Constitución de la *National Paraplegia Foundation* (28); publica **Paraplegia Life**.
- 1949 — Congreso de Boulder, Colorado, establece un programa de *formación de psicólogos clínicos profesionales*, previo título de doctor; papel activo en cambio social.
- 1949 — Murray L. Barr, investigador canadiense que descubre la *cromatina sexual*, que permite caracterizar el sexo femenino.
- 1949 — S.B. Sarason publica **Psychological Problems in Mental Deficiency**, único libro de texto psicológico sobre deficiencia mental en la postguerra.
- 1949 — *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC), de D. Wechsler.
- 1949 — K. Machover publica **Personality Projection in the Drawings of the Human Figure: A Method of Personality Investigation**.
- 1949 — Plan de *Lucha contra la invalidez*.
- 1949 — *Primer Congreso Nacional de Sordomudos*, de Barcelona.
- 1950 — H. Gulliksen publica **Teoría de los tests mentales**.
- 1950 — Reunión anual de la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD): creación de la *Asociación de Padres y Amigos de los Retrasados Mentales*, que publica un periódico de difusión nacional, **Children Limited**, y que en 1980 adquiere el nombre de *National Association for Retarded Citizens* (*Asociación de Ciudadanos Retrasados*).
- 1950 — Antonio Buero Vallejo estrena **En la ardiente oscuridad**, drama ambientado en un internado de ciegos.

(28) *Fundación Americana para la Paraplejia*.

- 1950 — *Prohibición de admisión de sordomudos en las Escuelas de Magisterio.*
- 1951 — Decreto que *deroga* la prohibición de admisión de sordomudos en las Escuelas de Magisterio.
- 1951 — Samuel A. Kirk, psicólogo especialista en *psicofisiología y psicología clínica*, infatigable y reconocido investigador en el campo de la deficiencia mental, publica, junto con G. Orville Johnson, prestigioso profesor de *educación especial*, **Educating the Retarded Child**, uno de los textos más influyentes en la formación de profesores de educación especial.
- 1952 — Creación de *Auxilia*, asociación para la promoción social y cultural de los discapacitados físicos y enfermos crónicos.
- 1952 — La *American Association on Mental Deficiency (AAMD)* constituye un *comité para la definición y la nomenclatura*, del que forma parte Heber, cuyas propuestas son aprobadas en 1959 y dadas a conocer, con ligeras modificaciones, en 1961.
- 1952 — **Outlook for the Blind** se redenomina **New Outlook for the Blind** y queda constituida como revista especializada en atención y servicios para deficientes visuales.
- 1952 — *Síndrome de Lowe*: síndrome oculocerebrorenal, anomalía congénita recesiva.
- 1953 — EEUU: *Declaración de los derechos educativos de los niños deficientes*: derecho a programa de educación e instrucción adecuado a sus necesidades particulares y desarrollado en el ambiente más favorable.
- 1953 — Creación del *Patronato Nacional de Educación de la Infancia Anormal; Patronato Nacional de Educación Especial*, en 1955.
- 1953 — Leo Kanner informa de una nueva categoría de enfermedad mental infantil que frecuentemente

- simula la deficiencia mental, el *autismo*; se demuestra la posibilidad de que ciertos trastornos emocionales puedan provocar retraso funcional grave.
- 1953 — James D. Watson, médico norteamericano, y Francis H. Crick, médico inglés, desarrollan un *modelo de estructura molecular* y un procedimiento de replicación del *ácido desoxirribonucleico*, DNA: considerables avances en *genética molecular*.
- 1953 — Hsu y Pomerat inventan el *cariotipo*, procedimiento para el examen de los *cromosomas*, técnica que permite a Tijo y Levan fijar el número correcto de *cromosomas* en 46.
- 1954 — EEUU: Tribunal Supremo: sentencia contra la segregación racial y social en las escuelas; programas escolares, *bajo responsabilidad de psicólogos*, como instrumento de lucha contra la segregación.
- 1954 — La APA (*American Psychological Association*) publica sus primeras recomendaciones para la construcción, validación e interpretación de tests y pruebas psicológicas.
- 1954 — Fundación de la *Sociedad Española de Fisioterapia Reeducativa y Recuperación Funcional*; en 1957 se redenomina *Sociedad Española de Rehabilitación* (SER).
- 1954 — *Mutualismo Laboral*, sistema paralelo a la Seguridad Social.
- 1954 — *Cetoaciduria*, Menkes, Hirsh y Graig: excreción urinaria excesiva de ácido betahidroxibutírico y acetoacético.
- 1954 — Bauman publica **Adjustment to Blindness**, clásico manual sobre consecuencias psicológicas de la deficiencia visual.
- 1955 — La *British Psychological Society* acepta en su conferencia anual el *primer symposium sobre deficiencia*

- mental*, en el que intervienen Gunzburg, O'Connor, Penrose, Tizard, A.D.B. Clarke y A.M. Clarke, del que sale el primer libro de texto inglés para psicólogos, **Mental Deficiency: The Changing Outlook** (Clarke y Clarke, 1958/1965/1974), que en posteriores ediciones se amplía e incluye otros enfoques (Clarke et al., 1985).
- 1955 — El *International Council for Exceptional Children* se re denomina *Council for Exceptional Children* (*Consejo Internacional para los Niños Excepcionales*) y publica **Exceptional Children**.
- 1955 — D. Wechsler publica la *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS).
- 1955 — *Ley de Formación Profesional*: confiere al *Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos* la adaptación profesional de adolescentes y la readaptación de adultos.
- 1956 — *Ley del Seguro de Accidentes del Trabajo*: regulación de la rehabilitación de accidentados, incluso después del alta.
- 1956 — Orden del Ministerio de Educación sobre creación del *censo de deficientes físicos y psíquicos en edad escolar*.
- 1956 — Primera unidad española de *lesionados medulares* en la *Clínica del Trabajo*, Madrid, a cargo de la Seguridad Social.
- 1956 — N. O'Connor y J. Tizard publican **The Social Problem of Mental Deficiency**, fruto de sus investigaciones conductuales sobre deficiencia mental en el Reino Unido; incluye estudio *epidemiológico* sobre distribución del CI en varones adolescentes y adultos débiles mentales.
- 1956 — *Síndrome de Prader-Willi*: hipocrecimiento, adiposis, deficiencia mental e hipogenitalismo.

- 1956 — *Enfermedad de Hartnup*: anomalía del triptófano.
- 1956 — Joe Hin Tijo, indonesio-holandés, y A. Levan fijan el número correcto de *cromosomas* en 46.
- 1956-1965 — Fase de *estudios epidemiológicos* sobre deficiencia mental, incluyendo estudios transculturales.
- 1957 — Creación del *Patronato de Rehabilitación y de Recuperación de Inválidos*.
- 1957 — Creación de la *Hermandad Católica de Enfermos*, posteriormente *Frater*.
- 1957 — **Mental Deficiency**, de L.T. Hilliard y B.H. Kirman, clásico manual sobre deficiencia mental desde un enfoque multidisciplinar.
- 1958 — Creación de *Asociación Nacional de Inválidos Cíviles (ANIC)*.
- 1958 — Richard L. Schiefelbusch pone en marcha un ambicioso proyecto, el **Parsons Language Project**, el primer programa de investigación del lenguaje en niños retrasados graves institucionalizados que emplea procedimientos de análisis conductual.
- 1958 — A. Anastasi publica **Tests psicológicos**.
- 1959 — Raymond B. Cattell publica el *Test de Factor G*.
- 1959 — Jérôme Lejeune, M. Gauthier y R. Turpin descubren el *cromosoma 47* en el *síndrome de Down*.
- 1959 — El gobierno danés aprueba una *ley relativa al cuidado de los retrasados mentales y de otras personas excepcionalmente retrasadas*, cuyo objetivo estriba en *normalizar* sus vidas, lo cual da lugar más adelante al **principio de normalización**.

5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL

5.1. INTRODUCCION

- La **tercera revolución en salud mental** aparece a comienzos de la década de los sesenta, dado que los modelos anteriores, *demonológico, organicista, intrapsíquico*, no proporcionan alternativas coherentes y eficaces en función de las exigencias actuales: *la intervención comunitaria surge, entonces, como alternativa; inflexión en el tipo de categorías que se utilizan para enjuiciar la problemática de la salud mental que pasan de ser biológicas a psicosociales.*

5.2. LA INTERVENCION COMUNITARIA

- *Progresivo incremento y desarrollo de servicios comunitarios diversificados, centros de salud mental, el movimiento preventivo, la desinstitucionalización.*
 - La *American Psychological Association (Asociación Americana de Psicólogos, APA)* adopta la idea de implicar a las comunidades en la responsabilidad de sus servicios de salud mental y, respecto a sus profesionales, sugiere una reorientación hacia consultores y/o agentes de cambio social.
 - La APA formaliza un *División de Psicología Comunitaria.*
- 1954 — Sentencia del Tribunal Supremo contra la segregación racial y social en las escuelas y apelación a los programas escolares, bajo responsabilidad de psicólogos, como instrumento de lucha contra la segregación.
- 1964 — Caplan publica **Principles of Preventive Psychiatry.**
- 1968 — Barker publica **Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior.**

- 1970 — Caplan publica **The Theory and Practice of Mental Health Consultation.**
- 1977 — Nietzel, Winnet, MacDonald y Davidson publican **Behavioral Approaches to Community Psychology.**
- 1979 — Boswell y Wingrove editan **The Handicapped Person in the Community**, enfoque *comunitario*.
- 1979 — Helander, Mendis y Nelson publican **Training Disabled People in the Community. A Manual on Community-Based Rehabilitation**, *manual práctico y documento de trabajo*, auspiciado por la *Organización Mundial de la Salud* y otros organismos internacionales, sobre *rehabilitación en el seno de la comunidad*.

5.3. LAS DECADAS PRODIGIOSAS

- Muchos y notables avances acaecidos durante estas décadas de los sesenta y setenta en prácticamente todos los temas relativos a los deficientes.
- El campo de las deficiencias presenta una doble conexión: *externa* con las *corrientes sociales* y con el *área de la salud*; *interna dentro del propio campo de las deficiencias*.
- La *educación especial* experimenta cambios significativos.
- Planteamiento de la *reforma institucional* y la *desinstitucionalización* y potenciación de la *atención comunitaria*.
 - Estudios sobre **intervención psicosocial**: posibilidad de intervención en deficientes ligeros mediante actuaciones sociales como el empleo; programas de *intervención temprana* y *preescolar*.
 - *Estudios transculturales* sobre deficiencia mental, en especial los de la *Bishop Bekkers Foundation*, de Utrecht.

- 1959/1961 — Heber edita **A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation**.
- 1960 — La *American Foundation for the Blind* (AFB) publica **AFB Research Bulletin**, revista especializada en investigación sobre ceguera y deficiencia visual.
- 1960 — **London Conference on the Scientific Study of Mental Deficiency**, primer congreso *multidisciplinar sobre estudio científico de la deficiencia mental*.
- 1960 — *Segunda Conferencia de la División 22 (Psychological Aspects of Disability, Aspectos Psicológicos de la Discapacidad)* de la APA, bajo el título *Psychological Research and Rehabilitation (Investigación Psicológica y Rehabilitación)*.
- 1960 — Constitución de la *International League of Societies for the Mentally Handicapped*.
- 1960 — B.A. Wright publica **Physical Disability: A Psychological Approach**: desarrollo de los conceptos de *ajuste* a la discapacidad, dificultades en las relaciones interpersonales, sistemas de *coping* versus *succumbing*, *afrentamiento* frente a *resignación*.
- 1960 — G.N. Wright y H.H. Remmers publican **Handicap Problems Inventory**, un inventario de problemas causados por la discapacidad.
- 1960 — Lofquist edita **Psychological Research and Rehabilitation**, actas de la *Segunda Conferencia de la División 22*.
- 1960 — W. Gellman publica **A Scale of Employability for Handicapped Persons**.
- 1960 — **Handbook of Abnormal Psychology**, dirigido por H.J. Eysenck.
- 1960 — *Primeros Juegos Paraolímpicos de Roma*.

CRONOLOGIA

- 1960 — Valencia y San Sebastián: primeras *asociaciones pro deficientes mentales*; se federan en 1964.
- 1960 — Creación del *Patronato del Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades*.
- 1960 — Creación del *Patronato del Fondo Nacional de Protección al Trabajo*.
- 1960 — Creación del *Patronato del Fondo Nacional de Asistencia Social*.
- 1960 — Terman publica una nueva revisión de la escala de Binet en los EEUU, el *Terman*.
- 1960-1969 — Estudio de los *procesos de aprendizaje* de los deficientes mentales, siendo Jack Tizard el pionero.
- 1960-1969 — *Proyecto Portage*, método de evaluación con vistas a la generación de técnicas de mejora del desarrollo de los deficientes.
- 1960-1979 — España: atención pública a los deficientes mentales en base a *subvenciones* a la iniciativa privada.
- 1961 — El presidente John F. Kennedy (1917-1963) crea el *Panel on Mental Retardation* del que se derivan varias recomendaciones: investigación, medidas sanitarias preventivas, programas educativos generales, servicios clínicos y sociales de cobertura más amplia y de calidad superior, perfeccionamiento de los métodos de asistencia, nuevo concepto legal y social de deficiente, ayudas para los problemas de mano de obra en investigación en servicios, programas de información para despertar la conciencia pública.
- 1961 — La AAMD hace pública la *definición* de Heber: **retardo mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general inferior a la media que tiene su origen en el período de desarrollo y que va asociado a un menoscabo de la conducta adaptativa: el funcionamiento intelectual general inferior a la media** queda estable-

cido en una desviación típica por debajo de la media; el periodo de desarrollo abarca hasta los 16 años; cinco niveles: **límite**: CI = 83-67; **leve**: CI = 66-50; **moderado**: CI = 49-33; **grave**: CI = 32-16; **profundo**: CI < 16; clasificación etiológica en ocho categorías primarias: asociado a enfermedades y condiciones debidas a infección; a intoxicación; a traumatismo y agente físico; a desorden del metabolismo, el desarrollo o la nutrición; a neoplasias; a influencia prenatal (desconocida); a causa desconocida e incierta con evidentes reacciones estructurales; a causa incierta (supuestamente psicológica) con sólo reacción funcional evidente.

- 1961 — Sir James Pitman publica *Learning to Read: An Experiment*, sistema de comunicación no verbal basado en el alfabeto romano aumentado, consistente en un código simbólico simplificado de cuarenta y cuatro caracteres.
- 1961 — Centro de Lesionados Medulares, en Berlín-Buch, Alemania
- 1961 — Centro de Rehabilitación Mona, en Kingston, Jamaica.
- 1961 — Un sanatorio para tuberculosos, próximo a Dublín, es reconvertido en Centro Médico Nacional de Rehabilitación de Irlanda.
- 1961 — Decreto sobre aseguramiento de enfermedades profesionales: principios de prevención, rehabilitación y reinserción laboral.
- 1962 — Orden del Ministerio de Educación sobre convocatoria de un cursillo de pedagogía terapéutica para la formación de «profesores especializados en pedagogía terapéutica».
- 1962 — Antonio Buero Vallejo estrena **El concierto de San Ovidio**.
- 1962 — G. Orville Johnson revisa varios estudios de seguimiento y cuestiona la validez y eficacia de las clases especiales.

- 1962 — J. Tizard publica *The Residential Care of Mentally Handicapped Children*, informe sobre el experimento de *Brooklands* realizado con casos de deficiencia severa: un pequeño grupo de niños procedentes de una institución masificada y que proporciona escasa atención son llevados a una unidad residencial: en un período de dos años consiguen incrementar significativamente la inteligencia verbal y mejorar en salud y en conducta.
- 1962 — N. Goodman y J. Tizard publican *Prevalence of Imbecility and Idiocy among Children*, estudio epidemiológico inglés; incluye datos sobre empleo y empleabilidad.
- 1962 — EEUU: extensión de la legislación para rehabilitación de veteranos de las Guerras Mundial y de Corea a los discapacitados por cualquier tipo de guerra e, incluso, en tiempos de paz.
- 1962/1973 — J.F. Garrett y E.S. Levine editan **Rehabilitation Practices with the Physically Disabled**, colección de artículos.
- 1963 — *Ley de Bases de la Seguridad Social/Decreto de desarrollo: plan de rehabilitación*: tratamiento sanitario, rehabilitación funcional, orientación y formación profesional (readaptación a puesto anterior y/o reeducación para otro); registro de inválidos recuperados; empleo selectivo de registrados; condiciones de readmisión; cupos de rehabilitados en empresas en proporción a plantilla; centros piloto para rehabilitados, etc.
- 1963 — **Primeras Jornadas Técnicas de Estudio sobre Subnormales**: convocatorias posteriores en 1967, 1969, 1972.
- 1963 — Especialidad de *Pedagogía Terapéutica* en las Escuelas de Magisterio.
- 1963 — Constitución de la *Asociación de Familias para la Ayuda al Poliomiélfítico*.

- 1963 — Decreto de regulación de la *enseñanza primaria oficial* para los *no videntes*.
- 1963 — *Centro de Lesionados Medulares* integrado en el *Departamento de Medicina Física*, en Ginebra, Suiza.
- 1963 — EEUU: *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act (Public Law 86-164)*: sancionada por el presidente Kennedy siguiendo las recomendaciones del *Panel on Mental Retardation*: amén de otras muchas medidas, creación de centros de investigación de la deficiencia mental asociados a universidades: incremento considerable de investigaciones.
- 1963 — EEUU: reconversión del *Office of Vocational Rehabilitation (OVR)* en *Vocational Rehabilitation Administration (VRA)*.
- 1963 — Norman R. Ellis edita **Handbook on Mental Deficiency**; reeditado y actualizado en 1979 como **A Handbook on Mental Deficiency. Psychological Theory and Research**: integración de los avances en investigación conductual.
- 1963 — **Mental Retardation**, revista editada por la *American Association on Mental Deficiency (AAMD)*.
- 1963-1966 — Bijou publica *Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation y A Functional Analysis of Retarded Development*, introducción de la modificación de conducta, en su vertiente skinneriana, en la deficiencia mental: acentúa los antecedentes y consecuentes ambientales con vistas a su modificación.
- 1963 — Goffman publica **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**.
- 1963 — Willard y Spackma publican **Occupational Therapy**; traducido al castellano en 1973 como **Terapéutica Ocupacional**; clásico manual de terapia ocupacional.

- 1963-1975 — Expansión de la *modificación de conducta* al campo de la *deficiencia mental*: introducción de principios operantes, en especial por Bijou y Staats; aplicación por investigadores entrenados y padres, maestros y auxiliares de enseñanza.
- 1964 — ONU: *Estudio sobre los aspectos legislativos y administrativos de la rehabilitación de personas minusválidas en determinados países*, concretamente en 18.
- 1964 — UNESCO: *Conferencia General*: resolución sobre *educación especial* para personas sordas, ciegas, con parálisis cerebral, retrasadas mentales y deficientes similares.
- 1964 — Constitución de la *International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency*, en el *Congreso para el estudio científico de la deficiencia mental*, en Copenhague.
- 1964 — Karl Bobath publica *The Early Diagnosis of Cerebral Palsy and its Differentiation from Uncomplicated Mental Subnormality*, tratamiento de *desarrollo neurológico*, *terapia ocupacional* y *física* de parálisis cerebral.
- 1964 — *Federación Española de Asociaciones Pro Deficientes Mentales* (FEAPAS), posteriormente, *Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro-Personas Deficientes Mentales* (FEAPS); en 1969 editan la revista **Siglo Cero**.
- 1964 — Kanner publica **A History of the Care and Study of the Mentally Retarded**.
- 1964 — Myklebust publica **The Psychology of Deafness**, clásico y detallado manual sobre aspectos psicológicos de la sordera.
- 1964 — *Cuadro para la evaluación del desarrollo social* de H.C. Gunzburg.
- 1964 — H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck publican el *Eysenck Personality Inventory* (EPI).

- 1967 — H.J. Eysenck: el *Eysenck-Withers Personality Inventory* (EWPI), para deficientes mentales.
- 1964 — Orden del Ministerio de Educación por la que se autoriza a la ONCE la creación de una *Escuela de Fisioterapia*.
- 1964 — Decreto de creación de la *Escuela de Terapia Ocupacional*.
- 1965 — EEUU: *Vocational Rehabilitation Act Amendments*: incremento de la ayuda federal para los servicios de rehabilitación profesional, que además se extienden a todas las deficiencias; se introducen programas experimentales y proyectos innovativos; se hace hincapié en el *empleo remunerado*; se instauran *talleres protegidos* (*Sheltered Workshops*).
- 1965 — EEUU: programa *Head Start*, pionero de los programas de *intervención temprana*; nace en 1964 integrado en la *Lucha contra la pobreza*, del presidente Lindon B. Johnson; en 1965 *Head Start* atiende a unos 500.000 niños; el programa se prolonga hasta los primeros años de la década de los setenta.
- 1965 — Creación del primer *Departamento de Rehabilitación* en el *Hospital Virgen de Covadonga* de Oviedo, del (INP).
- 1965 — Inauguración del *Instituto Guttmann*, de Barcelona, primer centro español especializado en rehabilitación de lesionados medulares.
- 1965 — *Unidad de Lesionados Medulares* del *Hospital Philips-hill*, integrada en el *Departamento de Ortopedia* de la Universidad de Glasgow, Escocia.
- 1965 — *Unidad de Lesionados Medulares* en el *Orthopedic Hospital* de Oswestry, Shropshire, Inglaterra.
- 1965 — Decreto del Ministerio de Educación sobre regulación de la *educación especial*.

- 1965 — C.E. Obermann publica **A History of Vocational Rehabilitation in America**.
- 1965 — **Case Studies in Behavior Modification**, de Ullman y Krasner.
- 1965 — Myers edita **An Orientation to Chronic Disease and Disability**, clásico manual de medicina física y rehabilitación.
- 1965 — Richard L. Schiefelbusch publica *A Discussion of Language Treatment Methods for Mentally Retarded Children*, técnicas de desarrollo del lenguaje y destrezas de comunicación en niños retrasados graves y profundos.
- 1966 — *Educational Resources Information Center (ERIC)*, dependiente del *National Institute of Education of the U.S. Department of Education*, servicio de documentación informatizado especializado en información sobre educación, incluyendo educación especial.
- 1966 — **Christmas in Purgatory**, reportaje fotográfico de Burton Blatt y Fred Kaplan sobre la vida de los deficientes mentales en los internados: los tribunales declaran inconstitucionales muchos de sus procedimientos y condiciones; también es declarada inconstitucional la *servidumbre voluntaria*, los trabajos de los deficientes en los centros: se obliga a pagar el salario mínimo y las horas extras.
- 1966 — Norman R. Ellis comienza a editar **International Review of Research in Mental Retardation**, una serie de libros que proporcionan información actualizada de los desarrollos en investigación y teoría en deficiencia mental.
- 1966 — *A Functional Analysis of Retarded Development*, de S.W. Bijou.
- 1966 — Charles K. Bliss publica **Semantography**, lenguaje simbólico universal, que constituye la base de

- un sistema de comunicación no verbal, el *sistema de símbolos de Bliss*.
- 1966 — Yuker y colaboradores publican **The Measurement of Attitudes toward Disabled Persons**, *escala de actitudes hacia discapacitados*.
- 1966 — P. McReynolds comienza a publicar **Avances en evaluación psicológica**.
- 1966 — **Education and Training of the Mentally Retarded**, revista editada por el *Council for Exceptional Children*.
- 1966 — Orden del Ministerio de Educación sobre expedición del *Diploma de especialización en la enseñanza de ciegos*.
- 1966 — *Primeros Campeonatos Nacionales de Minusválidos*, en Madrid.
- 1967 — Creación del *Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica*.
- 1967 — La *Sociedad Española de Rehabilitación (SER)* publica la revista **Rehabilitación**.
- 1967 — McGowan y Porter publican **An Introduction to the Vocational Rehabilitation Process**, clásico manual sobre el proceso de rehabilitación.
- 1967 — Meyerson, Kerr y Michael publican **Behavior Modification in Rehabilitation**: teoría de campo e introducción de principios de modificación de conducta en rehabilitación.
- 1967 — Siller y colaboradores publican **Studies in Reactions to Disability**, colección de trabajos sobre *actitudes hacia discapacitados*: rechazo generalizado, interacción tensa, identificación displacentera, imputación de limitaciones funcionales, rechazo de intimidad, consecuencias psicológico/emocionales inferidas.

- 1967 — Goldin y Perry publican **Dependency and its Implication for Rehabilitation**.
- 1967 — *Centro de Lesionados Medulares* de Heidelberg, Schlierbach, integrado en la *Clínica Ortopédica Universitaria* de Heidelberg.
- 1967 — *Centro de Rehabilitación* integrado en la *Clínica Neurológica Universitaria*, en Colonia, Alemania.
- 1967 — *Centro Medular* integrado en la *Institución Milchsupe* para inválidos crónicos, en Basilea, Suiza.
- 1967 — D. Wechsler publica la *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)*.
- 1967 — **Focus on Exceptional Children**, revista especializada independiente editada por Love Publishing Company.
- 1967 — Celebración en Chicago de *Special Olympics*, juegos para deficientes mentales; en 1978, primera competición internacional.
- 1968 — Decreto de Ministerio de Trabajo de creación del *Servicio de Asistencia a Menores Subnormales*, integrado en la Seguridad Social: atiende a *ciegos, sordomudos y sordos profundos, afectados de dos extremidades; para-, hemi- y tetra-pléjicos, oligofrénicos (CI < 50), parálíticos cerebrales*.
- 1968 — Orden del Ministerio de Trabajo sobre *ayudas a centros de empleo protegido* para trabajadores minusválidos.
- 1968 — Creación de la *Federación Española de Deporte de Minusválidos*.
- 1968 — Conferencia anual de la *International League of Societies for the Mentally Handicapped*; su presidente, Henry Cobb, pronuncia el discurso inaugural, «*De la caridad a los derechos*», en el que reclama el de-

recho fundamental a una vida digna; se aprueba la *Declaración de los derechos generales y particulares de los deficientes mentales*; en 1971 es adoptada por la ONU.

- 1968 — EEUU: *Vocational Rehabilitation Act Amendments*: notable incremento de la ayuda federal para los servicios de rehabilitación.
- 1968 — **Handicap et société**, de C. Veil: clásico representante de la *literatura de denuncia*, de gran difusión en la España de los setenta.
- 1968 — Mischel publica **Personalidad y evaluación**.
- 1968 — **Rehabilitation Research**, de G.N. Wright y A.B. Trotter.
- 1968 — Staats publica **Learning, Language and Cognition**.
- 1968 — Fisher y Cleveland publican **Body Image and Personality**.
- 1968 — **Teaching Exceptional Children**, revista editada por el *Council for Exceptional Children*.
- 1969 — Arthur Jensen publica su controvertido artículo *How Much Can We Boost IQ and Scholastic Achievement?*, en el que revisa las relaciones entre inteligencia, influencias ambientales, intervención educativa, *cociente de aprendizaje* frente a *cociente de inteligencia*.
- 1969 — *Rehabilitation International* (RI) [sucesora de la *International Society for Crippled Children* (1922); de la *International Society for the Welfare of Cripples* (1939); y de la *International Society for Rehabilitation of the Disabled* (1960)], se convierte en una prestigiosa asociación internacional especializada en la rehabilitación física, psicológica y social.

- 1969 — Nihira, Foster, Shellhaas y Leland publican la **AAMD Adaptive Behavior Scale**, escala de conducta adaptativa de la AAMD.
- 1969 — **Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded**, editado por R. Kugel y W. Wolfensberger, obra en la que aparecen capítulos de Niels Erk Bank-Mikkelsen (*A Metropolitan Area in Denmark, Copenhagen*) y de Bengt Nirje (*The Normalization Principle and its Human Management Implications*), que suponen la irrupción del **principio de normalización**.
- 1969 — Berta Bobath publica *The Treatment of Neuromuscular Disorders by Improving Patterns of Coordination: terapia ocupacional y física de trastornos neuromusculares*.
- 1969 — *Escalas Bayley de desarrollo infantil*, de Nancy Bayley.
- 1969 — *Escala para la evaluación del desarrollo social*, de Hurlig y Zazzo.
- 1969 — Bandura publica **Principles of Behavior Modification**, modelo de *aprendizaje observacional*.
- 1969 — McDaniel publica **Physical Disability and Human Behavior**.
- 1969 — *Centro de Lesionados Medulares* integrado en el Hospital de Accidentes de Murnau, Baviera, Alemania.
- 1969 — El Ministerio de Educación y Ciencia reconoce la *rehabilitación* como especialidad médica.
- 1969 — **Siglo Cero**, revista especializada editada por la *Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro-Personas Deficientes Mentales* (FEAPS).
- 1970 — Decreto 2531/1970, de 22 de agosto (BOE 15-9-70), del Ministerio de Trabajo sobre *empleo de tra-*

- bajadores minusválidos*: contempla la creación del **Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM)**.
- 1970 — *Ley General de Educación: definición de la educación especial.*
- 1970 — Orden del Ministerio de Educación y Ciencia sobre organización de *cursos de formación de educadores de lenguaje y audición.*
- 1970 — Real Academia Nacional de Medicina, sesión científica sobre *Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*, a cargo de González Sánchez y Lagos, entre otros.
- 1970 — *Tercera Conferencia de la División 22 (Rehabilitation Psychology)* de la APA, celebrada en Monterrey bajo el título *Rehabilitation Psychology (Psicología de la Rehabilitación)*.
- 1970 — Mittler edita **The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps**, manual de evaluación de físicos, sensoriales y deficientes mentales.
- 1970 — **Education, Health and Behavior**, de Rutter y colaboradores.
- 1970 — **Learning Foundations of Behavior Therapy**, de Kanfer y Phillips.
- 1970 — **Behavior Therapy**, de Yates: incluye capítulos sobre *tartamudeo, delincuencia, psicopatía y criminalidad, psicosis en niños y deficiencia mental.*
- 1970 — Henry H. Kessler publica **Disability - Determination and Evaluation**, clásico manual de valoración de las limitaciones funcionales de la discapacidad física.

- 1970 — Safilios-Rothschild publica **The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation**.
- 1970 — Carlos Caballé Lancry obtiene una plaza de *Profesor Agregado* de «**Rehabilitación**», en el Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.
- 1970 — EEUU: *Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act*: programas de rehabilitación para todas las deficiencias.
- 1971 — ONU: *Declaración de los derechos de las personas deficientes mentales*: derecho a atención médica adecuada; formación y asesoramiento; seguridad económica; nivel de vida decente; trabajo u ocupación significativa; vivir en familia y tomar parte en la vida de la comunidad; protección de la explotación, el abuso y tratos degradantes; protección frente a la restricción de sus derechos.
- 1971 — ONU: *Declaración de los derechos de las personas minusválidas*, incluye físicas y psíquicas; reitera *Declaración* de 1948 y de 1971; añade: derecho a que sus especiales necesidades sean tenidas en cuenta en la planificación social y económica; consulta a las organizaciones de minusválidos en asuntos que afecten a sus derechos.
- 1971 — *Rehabilitación Internacional (RI): Primera Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos*, Roma.
- 1971 — Constitución de COCEMFE, *Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos*; publica la revista **En Marcha**.
- 1971 — Orden de 24 de noviembre (BOE 1-12-71) del Ministerio de Trabajo: regulación del **Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM)**.

- 1971 — Orden del Ministerio de Educación y Ciencia sobre realización de un *censo de alumnos deficientes e inadaptados necesitados de educación especial*.
- 1971 — Walter S. Neff edita **Rehabilitation Psychology**, actas de la *Tercera Conferencia de la División 22 (Rehabilitation Psychology)* de la *American Psychological Association*, celebrada en Monterrey bajo el título *Rehabilitation Psychology*; incluye: *Rehabilitation and Work* del propio Neff; *The State of the Art: An Overview* de Criswell; *The State of the Art: Rehabilitation Research Utilization* de Usdane; *Research Utilization in Rehabilitation* de E.M. Rogers; *Rehabilitation Psychologist: Roles and Functions* de Brieland; *Psychologist in Rehabilitation: Manpower and Training* de Vineberg; *The Social Psychology of Disability* de Kutner; *Professional - Client Relations in a Rehabilitation Hospital Setting* de Leviton; *Physical Disability and Personality* de Shontz; *Cognitive and Motor Aspects of Handicapping Conditions in the Neurologically Impaired* de Diller; *Rehabilitation and Poverty* de Goldin; *Race, Ethnicity, Social Disadvantage, and Rehabilitation* de Gordon; *Behavioral Methods in Rehabilitation* de Fordyce.
- 1971 — *Application of the Theory of Work Adjustment to Rehabilitation and Counselling*, **Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation**, de Lofquist, Dawis y Hendel sobre rehabilitación profesional, en concreto adaptación al trabajo.
- 1971 — Linkowski publica **A Scale to Measure Acceptance of Disability**, una escala para evaluar la aceptación personal de la discapacidad.
- 1971 — **Guía para la evaluación del menoscabo permanente**, de la *Asociación Médica Americana (AMA)*, traducción castellana; guía especializada para la valoración, clasificación y reconocimiento de la condición de minusválido.
- 1971 — Vineberg y Willems publican **Observation and Analysis of Patient Behavior in the Rehabili-**

- tation Hospital:** aplicación de la *psicología ecológica* a la rehabilitación.
- 1971 — Willems publica **The Interface of the Hospital Environment and Patient Behavior:** aplicación de la *psicología ecológica* a la rehabilitación.
- 1971 — Krusen, Kottke y Elwood editan **Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation**, clásico manual que abarca muy ampliamente los principios y técnicas de medicina física y rehabilitación.
- 1972 — **Proposed Platform**, de la *División 22 (Psicología de la Rehabilitación)* de la APA: principios de la *psicología de la rehabilitación*.
- 1972 — La *International Federation of Physical Medicine* se re denomina *International Federation of Physical Medicine of Rehabilitation*.
- 1972 — **Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior**, de I.G. Sarason.
- 1972 — B.B. Burgemeister, L.H. Blum e I. Lorge publican la *Escala de Madurez Mental de Columbia*.
- 1972 — *Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños*, de D. McCarthy.
- 1972 — H. Bakwin y R.M. Bakwin publican **Behavior Disorders in Children**; en 1974 es traducido al castellano como **Desarrollo psicológico del niño normal y patológico**.
- 1972 — Cull y Hardy editan **Vocational Rehabilitation, rehabilitación profesional**; revisado en 1987 por Gandy, Martin, Hardy y Cull, **Rehabilitation Counseling and Services**.
- 1972 — L.J. Cronbach y colaboradores publican **Dependencia de medidas comportamentales**.

- 1972 — **Normalization: The Principles of Normalization in Human Services**, de Wolf Wolfensberger: *reformulación del principio de normalización*.
- 1972 — *Centro Guttman de Lesionados Medulares*, en Tel Hashomer, Israel.
- 1972 — Normas del Ministerio de Trabajo sobre *constitución y funcionamiento de las unidades provinciales de valoración de minusválidos*.
- 1973 — EEUU: *Rehabilitation Act*: potenciación de la rehabilitación funcional y profesional llevada a cabo por *equipos multiprofesionales*; no especifica la *supervisión médica*; concede especial relevancia a la participación del *psicólogo*; acentuación del empleo como objetivo; énfasis en las deficiencias más graves.
- 1973 — Ronald Conley publica **The Economics of Mental Retardation**, sobre las consecuencias económicas de la deficiencia mental, concretamente las pérdidas por desempleo o subempleo de los deficientes mentales.
- 1973 — Regulación española de los *talleres y centros de trabajo protegido*.
- 1973 — A.B. Cobb edita **Medical and Psychological Aspects of Disability**.
- 1973 — J.S. Wiggins publica **Personalidad y predicción**.
- 1973 — **Le handicapé physique. Son orientation**, de C.L. Tomas.
- 1973 — **L'Adaptation des enfants hadicapés physiques**, de A. Trannoy.
- 1973 — **Psicología de los niños y jóvenes marginales**, editado por W.M. Cruickshank, traducción castellana de A. Alvarez Villar de la 3ª edición de 1971.

- 1973 — V. Pelechano publica **Personalidad y parámetros**.
- 1973/1977 — Grossman edita **Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation**, la *definición oficial* adoptada por la AAMD: **retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media que coexiste con déficits en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período de desarrollo: el funcionamiento intelectual general inferior a la media queda establecido en dos desviaciones típicas por debajo de la media, con lo que desaparece el nivel límite, quedando reducida a cuatro categorías, leve: CI = 66-50; moderado: CI = 49-33; grave: CI = 32-16; profundo: CI < 16.**
- 1974 — **MINUSVAL-74: Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad**, organizada por el SEREM.
- 1974 — Creación de la *Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos*.
- 1974 — Fusión de *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM)* y del *Servicio de Asistencia a Menores Subnormales*.
- 1974 — Orden del Ministerio de Educación y Ciencia sobre estructuración del sistema de enseñanzas de *Formación Profesional en los centros de Educación Especial*.
- 1974 — Orden del Ministerio de Educación y Ciencia sobre convocatoria de *cursos de formación de profesores especializados en pedagogía terapéutica y en técnicas de lenguaje y audición*.
- 1974 — Orden del Ministerio de Trabajo: *reserva de puestos de trabajo para minusválidos: 2% en empresas con más de 50 empleados*.

- 1974 — Creación del *Centro Nacional de Rehabilitación de Paraplégicos* de la Seguridad Social, de Toledo.
- 1974 — B. Bolton publica **Introduction to Rehabilitation Research**.
- 1974 — R. Moragas publica **Rehabilitación: Un enfoque integral**: *clásico manual*, de amplia difusión y aceptación, redactado desde la perspectiva de la *rehabilitación integral*.
- 1974 — L.P. Ince publica **The Rehabilitation Medicine Services**, clásico manual de información médica sobre rehabilitación.
- 1974 — Kates y McNaughton, profesores canadienses, publican **The First Application of Blissymbolics as a Communication Medium for Non-Speaking Children**, en que dan cuenta de los excelentes resultados de la adaptación del sistema de símbolos de Bliss a niños afectados de parálisis cerebral.
- 1974 — G. Rosen publica **Locura y sociedad: Sociología histórica de la enfermedad mental**.
- 1974 — Pajón Mecloy publica **Psicología de la ceguera**, elaboración de una *psicología especial de los ciegos*, la *tiflogía*, desde la perspectiva de la *psicología individual adleriana*.
- 1974 — R. Davidson y colaboradores publican **Valoración de programas comportamentales**.
- 1974 — D. Wechsler revisa la *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-R).
- 1974 — Constitución de la *Association for Persons with Severe Handicaps*, originalmente denominada *American Association for the Education of the Severely/Profoundly Handicapped*; en 1975 comienza a publicar **Review: The American Association for the Edu-**

cation of the Severely/Profoundly Handicapped.

- 1974/1985 — Kiernan publica *Behavior modification*, técnicas conductuales en deficiencia mental.
- 1975 — ONU: resolución del *Consejo Económico y Social* sobre *prevención de la discapacidad y rehabilitación* de las personas minusválidas.
- 1975 — El *Comité para la rehabilitación y el reempleo de los minusválidos* del *Consejo de Europa* publica el **Léxico de rehabilitación**.
- 1975 — **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**.
- 1975 — **Análisis y Modificación de Conducta**, publicación científica periódica y especializada en problemas psicológicos, dirigida por V. Pelechano; publica artículos sobre *deficiencia mental*; más adelante, sobre todas las deficiencias: con todo ello, los estudios sobre deficiencias adquieren en España *estatuto científico*.
- 1975 — EEUU: *Education for All Handicapped Children Act*: supone un cambio drástico en la educación de todos los deficientes; recalca el acercamiento multiprofesional; papel central del *psicólogo* en evaluación y tratamiento.
- 1975 — El *Comité Ejecutivo* de la *División 22* de la APA publica **Psychology in Action: Statement of Beliefs and Objectives of APA Division 22 (Rehabilitation Psychology)**, principios de la *psicología de la rehabilitación*.
- 1975 — Shontz publica **The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability**, desde un acercamiento *personalístico*.
- 1975 — Berta Bobath publica **Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment**, tratamiento de *desarro-*

- llo neurológico, terapia ocupacional y física de la hemiplejía.*
- 1975 — **The Psychology of Handicap**, de R. Shakespeare; traducido en 1979 como **La Psicología de la invalidez**.
- 1975 — Ullman y Krasner publican **A Psychological Approach to Abnormal Behavior**.
- 1975 — Lambert y colaboradores llevan a cabo una nueva y amplia estandarización de la escala de *conducta adaptativa* de la AAMD, la «*Public School Version of the AAMD Adaptive Behavior Scale*»
- 1975 — H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck publican el *Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*.
- 1976 — La *Asamblea General* de la ONU declara *1981 Año Internacional del Minusválido*.
- 1976 — ONU: *Estudio comparativo de la legislación, organización y administración de los servicios de rehabilitación para el minusválido*, referente a 49 países.
- 1976 — Bolton edita **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, manual clásico de *evaluación en psicología de la rehabilitación*; en la *Introduction* el editor acentúa el objetivo, *la rehabilitación focalizada en la funcionalidad profesional*; incluye capítulos sobre revisión de técnicas: *Intelligence Tests* de Miller, *Aptitude and Achievement Tests* de Parker y Hansen, *Personality and Psychopatology Inventories* de Eber, *Projective Techniques* de Plummer, *Vocational Inventories* de Harmon, Sharma y Trotter; aplicaciones en rehabilitación: *Vocational Evaluation* de Gellman y Soloff, *Measurement of Client Outcomes in Rehabilitation* de Walls y Tseng, *The Minnesota Theory of Work Adjustment* de Dawis, *Psychological Evaluation of the Blind Client* de Bauman, *Psychological Evaluation of the Deaf Client* de Levine.

Psychological Evaluation of the Mentally Retarded Adult de Rosen y Kivitz, etc.

- 1976 — Kerr publica **Field Theory and Behavior Modification in Rehabilitation**: *teoría de campo y técnicas conductuales* en rehabilitación.
- 1976 — Fordyce publica **Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness**: papel del aprendizaje en la génesis y mantenimiento del dolor crónico, técnicas conductuales para manejo de contingencias de refuerzo y otras técnicas de tratamiento del dolor y de la enfermedad crónicas.
- 1976 — Ince publica **Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine**: recopilación de estudios sobre utilización durante los últimos diez años de *técnicas conductuales* en rehabilitación de problemas físicos y psicológicos de discapacitados físicos.
- 1976 — **Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research**, de Sir Ludwing Guttmann.
- 1976 — **Behavioral Techniques and Orthopedic Disability**, de Asken: revisión de la aplicación de técnicas conductuales en rehabilitación.
- 1976 — Albrecht edita **The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation**.
- 1976 — A.M. Clarke y A.D.B. Clarke editan **Early Experience: Myth and Evidence**.
- 1976 — M. Rosen, G.R. Clark y M.S. Kivitz editan **The History of Mental Retardation**.
- 1976 — El *Regional Rehabilitation Research Institute* of the University of Wisconsin-Madison publica una serie de estudios sobre *valoración de programas de rehabilitación*.

- 1976 — *Real Patronato de Educación Especial*; en 1978 se convierte en *Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes*.
- 1976 — V. Pelechano publica la *Escala de hábitos sociales en deficientes mentales (AHS-1)*.
- 1976 — V. Pelechano y colaboradores publican la *Pauta de entrevista estructurada para detectar historias de refuerzo en deficientes mentales*.
- 1976 — V. Pelechano publica **Psicodiagnóstico**; incluye capítulos sobre *evaluación de deficiencias sensoriales visuales y auditivas, alteraciones motoras y deficiencia mental*.
- 1976 — **Apuntes para un estudio de la Psicología en la rehabilitación de minusválidos físicos, memoria de licenciatura** dirigida por el Dr. Pinillos y presentada por Carlos Camarero.
- 1976 — **Orientación y formación profesional del minusválido físico, I Symposium Internacional de Rehabilitación**, organizado por la Fundación MAPFRE (*Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo*).
- 1976 — Constitución de la *Coordinadora Estatal provisional de Disminuidos Físicos*.
- 1976 — O. Brunet e I. Lèzine publican la *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia*.
- 1977 — ONU: *Tendencias recientes en la legislación sobre servicios de rehabilitación para minusválidos*, sobre 33 países.
- 1977 — K.C. Wright publica **Ethics and Rehabilitation: Thoughts about Values and Professional Behavior in Rehabilitation**, monografía sobre deontología profesional en rehabilitación.
- 1977 — La *American Foundation for the Blind (AFB)* funde sus dos revistas, **New Outlook for the Blind**,

- especializada en atención y servicios, y **AFB Research Bulletin**, dedicada a investigación, y edita **Journal of Visual Impairment and Blindness**.
- 1977 — Stubbins edita **Social and Psychological Aspects of Disability**; incluye un magistral capítulo de Shontz, **Physical Disability and Personality: Theory and Recent Research**.
- 1977 — Marinelli y Dell Orto publican **The Psychological and Social Impact of Physical Disability**, colección de artículos.
- 1977 — Marc Gold (1939-1982), investigador y profesor de deficientes mentales moderados, publica **Factors Affecting Production by the Retarded**, en pro de la capacidad de tales deficientes para el trabajo, incluidas tareas complejas.
- 1977 — Pflueger publica **Independent Living**, manual sobre el movimiento para la *vida independiente* (II).
- 1977 — Constitución de la *Federation Europeenne de Medicine Physique et Readaptation*.
- 1977 — Constitución de la *International Rehabilitation Medicine Association* (29); publica **International Rehabilitation Medicine**.
- 1977 — Creación de la *Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los minusválidos*.
- 1977 — Puesta en marcha del plan de estudios de «magisterio»; incluye la especialidad de «educación especial».
- 1977 — D.H. Warren publica **Blindness and Early Childhood Development**, revisión de la literatura sobre ceguera desde una perspectiva ecléctica; reeditado y revisado en 1984.

(29) *Asociación Internacional de Rehabilitación Médica*.

- 1977 — Howard A. Rusk publica **Rehabilitation Medicine**, clásico manual de medicina física y rehabilitación.
- 1977 — Howard A. Rusk, considerado el *padre de la rehabilitación médica* al fundar en 1940 el primer *Servicio de Rehabilitación* en el *Hospital Bellevue* de Nueva York, publica **A World to Care for**, su propia autobiografía. En ella cuenta la forma como combate el *aburrimiento* y consigue mantener *ocupados* a sus excombatientes inmovilizados a causa de sus lesiones: reconociendo aviones del enemigo dibujados en el techo.
- 1977 — D. N. Holvey edita **The Merck Manual of Diagnosis and Therapy**, clásico manual de rehabilitación física.
- 1977 — **Aspectos psicosociales de la recuperación del parapléjico**, de X. Díaz Pereira.
- 1977 — **L'Enfance handicapée**, dirigido por E. Boltanski.
- 1978 — **Constitución española: artículo 49: los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.**
- 1978 — Decreto de creación del **Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)**, sustituto del **Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM)**.
- 1978 — **Plan Nacional de Educación Especial: principios de normalización, integración, sectorización e individualización.**
- 1978 — **Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad.**

- 1978 — **Problemática de los amputados de la extremidad inferior, II Symposium Internacional de Rehabilitación**, organizado por la Fundación MAPFRE.
- 1978 — *Simposio Nacional sobre Factores Psicosociales de la Subnormalidad Psíquica*, cuyas actas se recogen en Doucastella et al. (1978).
- 1978 — González Mas publica **Adiestramiento y Maduración Mental**, métodos de tratamiento de la deficiencia mental.
- 1978 — **El minusválido físico. Diagnóstico y orientación**, de C.L. Tomas, traducción castellana.
- 1978 — **Minusvalía y Sociedad**, de C. Veil, traducción castellana.
- 1978 — *Rehabilitación Internacional (RI): Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos*, Manila.
- 1978 — *Inter Accent: Seminario internacional sobre la imagen social de los minusválidos y el papel de los medios de comunicación*, celebrado en París y organizado por la UNESCO.
- 1978 — EEUU: *Amendments to the Rehabilitation Act of 1973 (Rehabilitation, Comprehensive Services, and Developmental Disabilities Amendments)*: puesta en marcha de programas en pro de la *vida independiente (IL)*; creación del *National Council on the Handicapped*; y del *National Institute of Handicapped Research (NIHR)*, que sustituye a *Vocational Rehabilitation Administration (VRA)*; el NIHR colabora con los *Rehabilitation Research and Training (R&T) Centers* afiliados en distintas universidades; en 1986 el NIHR se transforma en *National Institute on Disability and Rehabilitation Research (NIDRR)* (30).

(30) Consejo Nacional sobre los Discapacitados, Instituto Nacional de Investigación sobre Discapacitados (NIHR), Administración de la Rehabilitación Profesional (VRA), Centros de

- 1978 — El *Rehabilitation Research Institute* of the University of Michigan inicia una serie de publicaciones sobre *valoración de programas de rehabilitación*; entre otras, la monografía de Ralph Crystal.
- 1978 — **Psychological Adjustment to Disability**, de Roessler y Bolton.
- 1978 — A.E. Kazdin publica **History of Behavior Modification**, traducida en 1983 como **Historia de la modificación de conducta**.
- 1979 — *Travaux recents sur les repercussions psychologiques des handicaps moteurs chez l'enfant et l'adolescent*, comunicación de D. Colin: excelente revisión de trabajos sobre efectos psicológicos de la discapacidad motriz, en especial en *inteligencia*.
- 1979 — **Sordomudez**, extenso y completo tratado de Perelló y Tortosa.
- 1979 — Stone, Cohen, Adler y colaboradores publican **Health Psychology**, primer manual de *psicología de la salud*.
- 1979 — Gerben De Jong publica varias obras sobre el movimiento para la *vida independiente* (IL): **The Movement for Independent Living. Origins, Ideology, and Implications for Disability Research; Independent Living; From Social Movement to Analytic Paradigm**.
- 1979 — Bilotto y Washam publican **A Rationale for the Integration of Independent Living with Vocational Rehabilitation**, IL adaptado a las peculiaridades de la *rehabilitación profesional*.
- 1979 — Hyllbert publica **Medical Information for Human Service Workers**, clásico manual de aspectos médicos de la rehabilitación.

- 1979 — *Images du handicapé proposées au grand public*, de Saint-Martin: papel de los medios de comunicación en la creación y mantenimiento de actitudes negativas hacia la discapacidad.
- 1979/1980 — Reuvert Feuerstein publica **The Dynamic Assessment of Retarded Performers e Instrumental Enrichment**, evaluación del *potencial de aprendizaje* y programas de *enriquecimiento instrumental*.
- 1979-1981 — **Rehabilitation Indicators** de M. Brown sobre niveles de funcionalidad física, social y de otros factores que predicen el funcionamiento en aspectos cruciales de la rehabilitación, progreso individual, planificación de programas y valoración de resultados.

5.4. LOS OCHENTA

- La década de los ochenta viene caracterizada por: la *intensificación de las tendencias* de los últimos años; el *pluralismo conceptual y técnico*; la progresiva importancia y complejidad que adquiere el tema de la *asistencia a los deficientes, discapacitados y minusválidos*, condicionada por la *crisis económica y sus repercusiones en servicios sociales*.
- España: *eclosión de la ONCE*: las *campañas de imagen*, el incremento de los servicios y la elevación de la *calidad de vida de sus afiliados* y el fomento de la *investigación*, tanto en prevención como en tratamientos, constituyen las notas más optimistas de cara al futuro.
- 1980 — **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease**, World Health Organization (WHO) (31).

(31) **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusválidos: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**, de la Organización Mundial de la Salud.

- 1980 — F.C. Shontz y B.A. Wright publican **The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology**, interesante trabajo sobre el carácter distintivo y la peculiaridades de la especialidad de la *psicología de la rehabilitación*.
- 1980 — Cruickshank revisa **Psychology of Exceptional Children and Youth**; incluye un capítulo magistral de Shontz, **Theories about the Adjustment to Having a Disability**.
- 1980 — Ince edita **Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications**: técnicas conductuales en rehabilitación.
- 1980 — R.B. Trieschmann publica **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Adjustment**; revisado en 1988 y publicado como **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social, and Vocational Rehabilitation**.
- 1980 — **Total Rehabilitation**, de G.N. Wright: manual muy documentado y completo sobre todo lo relativo a rehabilitación.
- 1980 — J.L. Genshaft, N.L. Dare y P.L. O'Malley publican **Assessing the Visually Impaired Child: A School Psychology View**, recuento de instrumentos de evaluación de deficientes visuales.
- 1980 — **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**, editado por D.S. Bishop: problemas conductuales en discapacitados: agresividad, alcohol, drogas, suicidio, problemas sexuales, de sueño, relaciones con el equipo, con la familia, etc.
- 1980 — Burgdorf edita **The Legal Rights of Handicapped Persons**, perspectiva de los *derechos civiles*.
- 1980 — Karl Bobath publica **A Neurophysiological Basis for the Treatment of Cerebral Palsy**, terapia de *desarrollo neurológico* de la parálisis cerebral.

- 1980 — **Educación Especial**, de J. Gisbert Alos y otros: aborda deficiencia mental, trastornos de lenguaje, trastornos de conducta, psicosis infantiles, inadaptación social, delincuencia infantil y juvenil, epilepsia, educación del minusválido físico y educación y escolarización del niño crónicamente enfermo.
- 1980 — Galindo y colaboradores publican **Modificación de conducta en la educación especial**.
- 1980 — El **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM** se redenomina **Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales**.
- 1980 — **I Jornada sobre Psicología y Rehabilitación (Físicos)**, organizada por la Fundación MAPFRE.
- 1980 — **Jornadas sobre problemática del niño ciego de 0 a 6 años**, organizadas por el INSERSO.
- 1980 — **Integración social del subnormal**, del *Instituto de Ciencias del Hombre*.
- 1980 — La *Asociación de Padres y Amigos de los Retrasados Mentales* se redenomina *Asociación de Ciudadanos Retrasados (National Association for Retarded Citizens)*.
- 1980 — La *Conferencia Mundial sobre el Decenio de Naciones Unidas para la Mujer* aprueba una resolución sobre *Medidas en favor de la mujer minusválida sin discriminación de edad*.
- 1980 — **Charter for the 80s (32)**, de *Rehabilitación Internacional (RI)*.
- 1980 — **Normalization, Social Integration, and Community Services**, editado por R.J. Flynn y K.E. Nitsch, en el que aparece un capítulo de W. Wolfensberger (*The Definition of Normalization: Update*,

(32) Traducción del INSERSO de 1982 como **Carta para los años 80**.

- Problems, Disagreements, and Misunderstanding*) en el que se reformula el *principio de normalización*.
- 1980 — Stolov y Clowers editan **Handbook of Severe Disability**, manual de medicina física y rehabilitación.
- 1980 — **Applied Research in Mental Retardation**, revista especializada independiente editada por Pergamon Press.
- 1981 — *Año Internacional del Minusválido*.
- 1981 — **Functional Assessment Inventory (FAI)** de Crewe y Athelstan: a través de datos de entrevistas, psicométricos y de valoración de trabajos, evalúa factores sensoriales, motores, psicológicos, intelectuales, sociales, biográficos y ambientales de cara a predecir la capacidad para el trabajo o para otras actividades productivas.
- 1981 — De Jong publica **Environmental Accessibility and Independent Living Outcomes**, movimiento para la *vida independiente (IL)*.
- 1981 — A. Bintig publica *Statistics of Handicapped Persons in Europe: An International Comparison*: excelente estudio comparativo de diversos sistemas europeos de estadísticas de minusválidos.
- 1981 — C.J. Vander Kolk publica **Assessment and Planning with the Visually Impaired**, manual de evaluación de *deficientes visuales*
- 1981 — J.D. Cone publica la *West Virginia Assesment and Tracking System (WVAATS)*.
- 1981 — **Les personnes handicapées**, de A. Labregère.
- 1981 — Matson y McCartney editan **Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded**.

- 1981 — **Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability. A Manual for Health Practitioners**, de J.E. Lindemann.
- 1981 — R.M. Swallow publica **Fifty Assessment Instruments Commonly Used with Blind and Partially Seeing Individuals**, instrumentos de evaluación de deficientes visuales.
- 1981 — *Plan Nacional de Empleo para Deficientes.*
- 1981 — **Lesiones medulares: Tratamiento global e investigación**, de Sir Ludwing Guttmann, traducción castellana.
- 1981 — R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles publican **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**; incluye capítulo sobre *evaluación conductual en el retraso mental.*
- 1981 — **Terapia de Conducta en Rehabilitación, II** Curso de actualización para psicólogos y otros profesionales de equipos de rehabilitación, organizado por la Fundación MAPFRE e impartido por Zaretsky, Ince y Brucker.
- 1981 — **El Biofeedback en la rehabilitación de accidentes de mano y pie. Estudio experimental de casos clínicos**, de J.A.I. Carrobles.
- 1981 — **Orientaciones a los lesionados medulares sobre su vida sexual**, de A. Ruano.
- 1981 — Constitución de ASPAYM, *Asociación de Paraplégicos y Grandes Miusválidos.*
- 1982 — Entra en vigor el *Plan Nacional de Educación Especial.*
- 1982 — La *Asamblea General* de la ONU aprueba el **World Programme of Action concerning Disabled**

Persons (33) y proclama el período 1983-1992 *Decenio de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad*, marco temporal de aplicación del programa.

- 1982 — *Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)*.
- 1982 — T.R. Elliott y E.K. Byrd publican **Media and Disability**, sobre el papel de los medios de comunicación en la formación y mantenimiento de actitudes negativas hacia los discapacitados.
- 1982 — F. Silva y C. Martorel publican la *Batería de Socialización*.
- 1983 — **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**, adaptación del INSERSO de **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease**, WHO; se reimprime en 1986 y se reedita en segunda edición en 1994.
- 1983 — Grossman reedita **Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation**, la *nueva definición oficial* adoptada por la AAMD: **retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media que resulta de o está asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período de desarrollo; clasificación etiológica: infecciones e intoxicaciones; traumatismo o agente físico; metabolismo o nutrición; daño cerebral grave (postnatal); causa prenatal desconocida; anomalías cromosómicas; otras condiciones durante el período perinatal; sub-**

(33) **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**, publicado en 1983; tras una primera versión castellana no muy afortunada, el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* lo traduce y publica en 1988.

siguiente a desórdenes psiquiátricos; influencias ambientales; otras condiciones

- 1983 — R.C. Scheerenberger publica **A History of Mental Retardation**, magistral historia del retraso mental.
- 1983 — A.D.B. Clarke y B. Tizard publican **Child Development and Social Policy: The Life and Work of Jack Tizard**, homenaje al psicólogo pionero en el estudio e intervención en deficiencia mental.
- 1983/1988 — Menolascino y colaboradores publican **Curative Aspects of Mental Retardation y Preventive and Curative Intervention in Mental Retard.**
- 1983 — **Coping with Chronic Disease**, editado por T.G. Burish y L.A. Bradley: los temas de la *discapacidad física* abordados junto con los de la *enfermedad crónica*; incluye *Self-Regulation Theory in Chronic Illness*, de Nerenz y Leventhal, aplicación del modelo cognitivo de *coping* de Lazarus; *Spinal Cord Injuries*, clásico capítulo de Brucker; *Methodological Issues in Research on Coping with Chronic Disease*, magistral y crítico capítulo de D. Watson y P.C. Kendall sobre cuestiones metodológicas.
- 1983 — Lassiter y colaboradores editan **Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People**, aplicación del movimiento para la *vida independiente* a la rehabilitación de *discapitados gravemente afectados*.
- 1983 — OIT: La *Organización Internacional del Trabajo* aprueba la Convención y la Recomendación sobre *Rehabilitación Profesional y Empleo de Personas Minusválidas*.
- 1983 — EEUU: *Social Security Act*: sistema de pago anticipado a determinadas enfermedades, concretamente 467: entre otros efectos, potencia los servicios de rehabilitación, en especial de *daño cerebral*.

- 1983 — El INSERSO publica **10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)**.
- 1983 — Constitución de la *Confederación Nacional de Sordos de España* (CNSE); publica la revista **Faro del silencio**.
- 1983 — Creación de la *Asociación Española de Enfermedades Musculares*.
- 1983 — T.H. Ollendick y M. Hersen editan **Handbook of Child Psychopathology**, que es traducido al castellano en 1986 como **Psicopatología infantil**; en 1989 lo reeditan actualizándolo e introduciendo cambios sustanciales, siendo traducido en 1993.
- 1983 — **Psychological Tests and Methods for Handicapped Children**, *Curso Internacional para la Prevención de la Deficiencia Mental y Estimulación Precoz*, impartido por M. Bender en Santiago de Compostela.
- 1983 — B.A. Wright revisa **Physical Disability: A Psychological Approach**.
- 1983-1984 — Artículos de W. Wolfensberger, *Social Role Valorization: A Proposed New Term for the Principle of Normalization* y *A Reconceptualization of Normalization as Social Role Valorization*, en los que se reformula el principio de normalización y se avanza la valoración del rol social.
- 1984 — Golden edita **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, clásico manual de psicología de la rehabilitación de los ochenta que incluye temas clásicos de *Rehabilitation Psychology: An Introduction to Rehabilitation Psychology*, de Fraser, sobre el carácter distintivo y la peculiaridades de la especialidad; *Training in Rehabilitation Psychology*, de Leung, sobre formación; *Brain Damage and Rehabilitation*, de Horton y Miller, sobre daño cerebral; *The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*, de Triesch-

- mann, interesante e innovador capítulo sobre uno de los temas estrella, lesión medular; *Vocational Rehabilitation of Severely Handicapped Persons*, de Wacker y Hoffmann, rehabilitación profesional de grandes afectados; *The Role of Personality in Attitudes toward those with Physical Disabilities*, clásico capítulo del no menos clásico especialista en actitudes, Siller; pero la especialidad se abre a **temas nuevos**: *Rehabilitation of Chronic Pain Syndromes*, de Grzesiak, sobre dolor crónico; *Rehabilitation and Aging*, de Barry, tercera edad o envejecimiento; y a **técnicas recientes**: *Biofeedback in Rehabilitation*, interesantísimo capítulo de Brucker, sobre una de las técnicas más eficaces en rehabilitación, *biofeedback*.
- 1984 — Capítulo de B.A. Wright, *Developing Constructive Views of Life with a Disability*, sobre campañas de imagen y programas de cambio de actitudes en favor de discapacitados.
- 1984 — **Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives**, editado por R.H. Moos: los temas de la *discapacidad física* incluidos con los de la *enfermedad física*.
- 1984 — **Independent Living Outcomes in Spinal Cord Injury**, de De Jong et al.: IL como objetivo de rehabilitación de *lesionados medulares*.
- 1984 — ONU: El Consejo Económico y Social aprueba una resolución sobre *violación de los derechos humanos y minusválidos*.
- 1984 — Q.A. Anthony y M.A. Jansen publican *Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mental Ill: Research and Policy Implications*: interesante revisión de la investigación psicológica sobre capacidad laboral de *enfermos mentales crónicos* y de sus implicaciones para la política asistencial.
- 1984 — Constitución de la *Asociación Española de Esclerosis Múltiple*.

- 1984 — D.H. Warren revisa **Blindness and Early Childhood Development**
- 1984 — **Final Report of the Task Force on Psychology and the Handicapped**: informe del *Task Force on Psychology and the Handicapped*, organismo dependiente de la APA, que concluye afirmando que algunos factores, como la discriminación, constituyen una fuente de dificultades y problemas para los discapacitados mayor que la propia discapacidad per se.
- 1984 — **Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook**, editado por D.W. Krueger; incluye un interesante capítulo de B.A. Wright, *Developing Constructive Views of Life with a Disability*, sobre campañas de imagen y programas de cambio de actitudes en favor de discapacitados.
- 1984 — Tucker y Nolan publican **Educational Audiology**, manual sobre aspectos de diagnóstico y tratamiento de niños sordos.
- 1984 — **Historia del retraso mental**, de R.C. Scheerenberger, traducción castellana; incluye un capítulo adicional, *España: Historia reciente*, de A. Fierro.
- 1984 — **Orientación de minusválidos físicos**, *curso sobre orientación de minusválidos físicos*, organizado por la Fundación MAPFRE e impartido por Gaillard, Chateletat y Stegmann-Müller.
- 1985 — A.M. Clarke, A.D.B. Clarke y J.M. Berg reeditan **Mental Deficiency: The Changing Outlook**.
- 1985 — **Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives. A Collection of Articles Published in Rehabilitation Literature 1959-1984**, compilado por Regnier y Petrovsek.
- 1985 — Fichten, Hines y Amsel publican **Public Awareness of Physically Disabled Persons**, estudio de

- valoración de programas y campañas de cambio de actitudes.
- 1985 — Constitución de la *Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE)*.
- 1985 — **Integración escolar de deficientes**, de S. Sanz del Río.
- 1985 — **Evaluación Psicológica / Psychological Assessment**, actualmente **European Journal of Psychological Assessment**.
- 1985 — Último número del **Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales**.
- 1985 — Richardson y Koller publican *Epidemiology*, revisión de estudios sobre epidemiología de la deficiencia mental.
- 1986 — R.T. Brown y C.R. Reynolds editan **Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality**, enfoque de la *excepcionalidad*.
- 1986 — Duyme y Dumaret publican *La réversibilité de la déficience légère: une thérapeutique sans thérapeute*, fascinante estudio francés sobre resultados de medidas de adopción y de internado (*fostering*) llevado a cabo con niños de historial deprivado, que presentan una media inicial de CI=77 y que son adoptados entre los 4 y 6 años; seguida su evolución entre los 11 y 16 años, más de la cuarta parte presenta un CI en torno a 100 y ha seguido escolaridad.
- 1986 — G.T. Scholl edita **Foundations of Education for the Blind and Visually Handicapped Children and Youth. Theory and Practice**, manual de orientación práctica sobre desarrollo y educación de los deficientes visuales.

- 1986 -- **Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury**, de Prigatano.
- 1986 — EEUU: el *National Institute of Handicapped Research* (NIHR) se transforma en *National Institute on Disability and Rehabilitation Research* (NIDRR).
- 1986 — **Legislación nacional e internacional para la igualdad de oportunidades en 22 países**, de *Rehabilitación Internacional* (RI).
- 1986 — Morris y Blatt editan **Special Education. Research and Trends**, manual de investigación en educación especial: incluye información evaluativa, intervención precoz, modificación de conductas, superdotados, necesidades especiales, problemas de conducta, de lenguaje, alteraciones sensoriales, etc.
- 1986 — Wodrich y Joy editan **Multidisciplinary Assessment of Children with Learning Disabilities and Mental Retardation**.
- 1986 — Pablo Del Río Pereda publica **La imagen de las personas con deficiencias y el papel de los medios de comunicación**, trabajo con vistas a programas de cambio de imagen.
- 1986 — **I Seminario sobre Discapacidad e Información**, Madrid, organizado por el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*.
- 1986 — *Ley Orgánica de la Sanidad*.
- 1986 — *Rehabilitación Internacional* (RI): Congreso de Viena: reunión internacional de expertos en legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.
- 1986 — Emilio Ciudad Maestro publica **Modificación de conducta en el aula e integración escolar**.
- 1986 — R. Fernández-Ballesteros publica **Psicodiagnóstico**.

- 1987 — R.C. Scheerenberger publica **A History of Mental Retardation. A Quarter Century of Promise**, historia del retraso mental entre 1960 y 1984.
- 1987 — A.D.B. Clarke y A.M. Clarke publican *Research on Mental Handicap, 1957-1987: A Selective Review*, interesante trabajo de revisión de los avances en la investigación de la deficiencia mental ocurridos en los últimos 30 años (1957-1987).
- 1987 — **Comprehensive Medical Rehabilitation: An Industry Taking Shape**, de Alex y cols.: *por cada dólar invertido en rehabilitación, se evitan 10 dólares en otros gastos, p.e., gastos médicos futuros y discapacidad*: introducción de los principios de *rentabilidad e inversión económicas* en rehabilitación; el rehabilitado ocupa de nuevo un puesto productivo y devuelve los costos de su rehabilitación a la sociedad.
- 1987 — Belmont publica *International Studies of Severe Mental Retardation*, revisión de estudios sobre deficiencia mental.
- 1987 — Gandy, Martin, Hardy y Cull editan **Rehabilitation Counseling and Services**, *rehabilitación profesional*, revisión de **Vocational Rehabilitation**, publicado en 1972 por Cull y Hardy.
- 1987 — La *American Association on Mental Deficiency* (AAMD) se transforma en *American Association on Mental Retardation* (AAMR).
- 1987 — **II Seminario sobre Discapacidad e Información**, Madrid, organizado por el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*.
- 1987 — **Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías**, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- 1987 — **Programa comunitario de educación especial en Cantabria**, dirigido por V. Pelechano.

- 1987 — **La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico**, de L. Pantano.
- 1987 — **Biofeedback: Principios y aplicaciones**, de Carrolles y Godoy.
- 1987 — **Primeras Jornadas sobre Deficiencia Mental y Ceguera Asociadas**, organizadas por la ONCE.
- 1987 — A. Marchesi edita **El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Perspectivas educativas**.
- 1987 — R.B. Trieschmann publica **Aging with a Disability**.
- 1987/1989 — **Handbook of Special Education: Research and Practice**, 3 volúmenes, editado por Wang, Reynolds y Walberg: **Vol. I: Learner Characteristics and Adaptive Education (1987/1989)**: características de aprendizaje, programas diferenciados y no categoriales; **II: Mildly Handicapped Conditions (1988)**: retraso mental leve, problemas de conducta y discapacidades de aprendizaje; **III: Low Incidence Conditions (1989)**: educación del sordo, del deficiente visual y del minusválido.
- 1988 — Van Hasselt, Strain y Hersen editan **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**: desde un enfoque *evolutivo y multidisciplinar* aborda prácticamente todos los temas relacionados con las *discapacidades físicas y evolutivas*: estructurado en *tres partes*: en la primera, **visión global introductoria**, se plantean *cuestiones justificativas* del manual [*prefacio e introducción*, de los editores: el incremento de la actividad en torno a las *discapacidades físicas y evolutivas*, junto con la *complejidad* que el campo presenta en la actualidad, hacen necesaria la publicación de un manual de estas características], *problemas definicionales* [Smyer, McHale, Birkel y Madle: precisiones sobre terminología, aunque más

cercanas al contexto norteamericano que a las recomendaciones del *manual de clasificación de la Organización Mundial de la Salud*], *problemas en la evaluación psicológica* [Isseldyke y Marston: problemas conceptuales, técnicos, sociales, políticos y económicos ligados al proceso de evaluación] y *perspectiva biomédica* [Nuffield: interesante y esclarecedor capítulo sobre fundamentos biomédicos de las discapacidades físicas y evolutivas]; en la segunda parte, **problemas generales**, se afrontan los temas de *prevención, ajuste familiar, ajuste sexual, integración social, problemas de investigación, problemas de empleo competitivo e iniciativas legales y legislativas*; finalmente, en la tercera parte, **discapacidades específicas**, se revisan sucesivamente *asma infantil, autismo, parálisis cerebral, dolor crónico, epilepsia, déficits de audición, hiperactividad y déficits de atención, discapacidades de aprendizaje, retraso mental en niños y en adultos, niños plurideficientes, discapacidades musculoesqueléticas, problemas de lenguaje y de comunicación, lesión medular, accidente cerebrovascular y, por último, déficits visuales*; en suma, uno de los *manuales más completos*; su excesiva *ligazón al contexto legal y social norteamericano* viene compensada por su actualización y por su carácter de *obra completa* en la que se abordan prácticamente todos los temas relativos a las *discapacidades físicas y evolutivas*.

- 1988 — EEUU: *Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act*: promoción de programas de desarrollo de ayudas técnicas: tecnología compleja y sofisticada: comunicación asistida por ordenador, sillas de ruedas especiales que permiten trabajar en posición erecta, etc.
- 1988 — **American Journal of Mental Deficiency** pasa a denominarse **American Journal on Mental Retardation**, editada por la *American Association on Mental Retardation* (AAMR).
- 1988 — Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay publican **Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook**

- for **Practitioners**, bajo los auspicios de la *American Psychological Association (APA)*: aporta evidencia en favor de la eficacia de los programas de *intervención temprana* en una amplia variedad de poblaciones de alto riesgo.
- 1988 — R.B. Trieschmann publica **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social, and Vocational Rehabilitation**, revisión de **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Adjustment**, publicada en 1980.
- 1988 — **Attitudes toward Persons with Disabilities**, de Yaker.
- 1988 — Odom y Karnes editan **Early Intervention for Infants and Children with Handicaps**, manual sobre investigación en *educación especial temprana*.
- 1988 — R.I. Brown, edita **Quality of Life in for Handicapped People**.
- 1988 — V. Pelechano comienza la publicación de **Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico**.
- 1988 — Esperanza Ochaíta y Alberto Rosa publican **Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera**, resumen de literatura psicológica sobre deficiencia visual, con especial hincapié en el desarrollo cognitivo de los invidentes.
- 1988 — **III Seminario sobre Discapacidad e Información**, Buenos Aires, organizado por el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*.
- 1988 — **Integración. Revista sobre ceguera y deficiencia visual**, editada por la ONCE.
- 1988 — J. Gutiérrez de Tovar y Beruete publica **La creación de la Organización Nacional de Ciegos a**

- través de mis vivencias: monografía testimonial sobre la creación y vicisitudes de la ONCE.
- 1988 — **Manual de Educación Especial**, dirigido por Mayor, abordado desde la perspectiva de la *educación especial*.
- 1988 — **La integración escolar: Aspectos psicossociológicos**, de Emilio García García, contribución al cambio de actitudes de profesores, en especial, y de la comunidad hacia todo tipo de deficiencias.
- 1988 — **Psicología de la rehabilitación**, editado por D.W. Krueger, traducción castellana.
- 1989-1993 — E. Pajón Medloy publica en la revista **Integración** una serie de ocho ensayos sobre *el ciego como figura literaria*.
- 1989 — *Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas* (CEAPAT), dependiente del INSERSO y ubicado en Palomeras, Madrid.
- 1989 — **IV Seminario sobre Discapacidad e Información**, Madrid, organizado por el *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*.
- 1989 — Morris y Blatt editan **Educación Especial. Investigaciones y Tendencias**, traducción castellana, manual de investigación en educación especial.
- 1989 — **Psicología de la rehabilitación de las discapacidades motrices**, tesis doctoral de A.L. Aguado.
- 1990 — **Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos**, tesis doctoral de P. Ortiz.
- 1990 — Carlos Laria y Jorge Alió publican **Situación actual de la ceguera en España**, revisión documental sobre antecedentes, concepto, etiología, epidemiología, etc., de la ceguera.

- 1990 — Molina Ariño publica **Rehabilitación: Fundamentos, técnicas y aplicación**, exposición didáctica de los objetivos de la *rehabilitación física*, de los métodos de evaluación y de las técnicas más usuales aplicadas en la rehabilitación de distintas discapacidades; temática incluida: *electromiografía, cinesiterapia, electroterapia, masoterapia, mecanoterapia, hidroterapia, hidrología médica, terapia ocupacional, ortopedia técnica*, rehabilitación en las afecciones del sistema nervioso central, del sistema nervioso periférico, rehabilitación en traumatología, en ortopedia, en enfermedades reumáticas, en obstetricia y en geriatría.
- 1990 — Cicchetti y Beeghly editan **Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective**.
- 1990 — Hodapp, Burack y Zigler editan **Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation**.
- 1990 — Matson reedita **Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded**.
- 1990 — Meisels y Shonkoff editan **Handbook of Early Childhood Intervention**, amplio y actualizado manual de *intervención temprana*.
- 1990 — Publicación de las *directrices* del plan de estudios de la *diplomatura* en «**fisioterapia**»; incluye una asignatura optativa titulada «**psicología de la discapacidad**».
- 1990 — Publicación de las *directrices* del plan de estudios de la *diplomatura* en «**magisterio**»; incluye las especialidades de «**educación especial**» y de «**audición y lenguaje**».
- 1990 — Publicación de las *directrices* del plan de estudios de la *diplomatura* en «**logopedia**».
- 1990 — Publicación de las *directrices* del plan de estudios de la *diplomatura* en «**terapia ocupacional**».

- 1990 — **El país**, noticia de A. Méndez: *82 deficientes expulsados de una discoteca por ocupar la pista de baile: entre ellos hay retrasados y parapléjicos.*
- 1990 — **El país**, noticia de J. Arias: *el arzobispo de Granada respalda al cura que discrimina a un niño deficiente mental: se trata de un niño afectado de síndrome de Down a quien se aparta del grupo de niños de su colegio de integración a la hora de recibir la primera comunión.*
- 1991 — Lewit publica **Manipulative Therapy in the Rehabilitation of the Locomotor System**, manual sobre técnicas recientes de terapia manipulativa, rehabilitación y masaje; incluye apartados de movilidad activa, diagnóstico, aspectos clínicos y tratamiento de las perturbaciones de la función motriz.
- 1991 — **Advances in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, de Gable, manual sobre *retraso mental y discapacidades evolutivas*: aborda diagnóstico, evaluación, investigación y tratamiento.
- 1991 — J. Montoro Martínez publica **Los ciegos en la historia**, muy documentada *historia social tiflológica* bajo los auspicios de la ONCE.
- 1991 — D. Casado publica **Panorámica de la discapacidad**.
- 1991 — M.J. Benedet publica **Procesos cognitivos en la deficiencia mental: Concepto, evaluación y bases para la intervención**.
- 1991 — Belloch e Ibáñez editan un **Manual de psicopatología**.
- 1991 — Puesta en marcha del *máster universitario en Integración de personas con discapacidad: Habilitación y rehabilitación*, resultado de la colabo-

- ración entre la Universidad de Salamanca y el INSERSO, bajo la dirección de M.A. Verdugo Alonso.
- 1991 — Puesta en marcha del *máster universitario en Integración sociolaboral del minusválido*, resultado de la colaboración entre la Universidad de Córdoba y el INSERSO.
- 1991 — A.L. Aguado Díaz obtiene una plaza de *Catedrático de Escuela Universitaria* en el área de *Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*, bajo el perfil «**Psicobiopatología de las Deficiencias**», en el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo.
- 1991 — M.A. Simón López obtiene una plaza de *Profesor Titular de Universidad* en el área de *Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*, bajo el perfil «**Psicología General, Evolutiva y de la Incapacidad**», en el Departamento de Psicología de la Universidad de La Coruña.
- 1992 — El *Consejo de Europa* aprueba una *recomendación, Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía*, en la que se consagra el principio de participación plena en la vida social y el derecho a la independencia.
- 1992 — *Nueva definición de deficiencia mental* de la AAMR: **el retraso mental hace referencia a limitaciones importantes en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un rendimiento intelectual general significativamente inferior a la media, que coexiste con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de la conducta adaptativa: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, destrezas sociales, uso de recursos comunitarios, toma de decisiones, salud y seguridad, rendimiento académico, ocio y tiempo libre y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.**

- 1992 — *Seminario* celebrado en Santander sobre el balance de los diez años de vigencia de la *Ley de Integración Social de los Minusválidos*, bajo el título **La integración social de los minusválidos**.
- 1992 — Edición castellana de **Del socorro de los pobres / De subventionem pauperum**, de Juan Luis Vives.
- 1992 — Benito Codina Casals publica **La evaluación psicológica y educativa de las personas ciegas y deficientes visuales en España**, revisión de estrategias e instrumentos de evaluación.
- 1992 — M.L. Curcoll y J. Vidal editan **Sexualidad y lesión medular**.
- 1992 — **Invalidez, desamparo e indefensión en seres humanos**, tesis doctoral sobre *rehabilitación profesional* de A. Ruano.
- 1992 — *Novenos Juegos Paraolímpicos* de Barcelona.
- 1993 — Dona Sauerburger publica **Independence without Sight or Sound: Suggestions for Practitioners Working with Deaf-Blind Adults**, manual especializado en la enseñanza de habilidades de comunicación y de desplazamiento independiente para sordociegos.
- 1993 — El *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía* publica **La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par**, de R. Puig de la Bellacasa, con ocasión de la *sesión científica*, el 6 de marzo, celebrada en conmemoración del *V Centenario* de Vives.
- 1993 — **Aceptación, habilidades interpersonales y motivación en la integración de niños ciegos**, de V. Pelechano, informe final de una investigación sobre actitudes ante la integración escolar de niños invidentes.

- 1993 — M.A. Verdugo Alonso publica **Maltrato infantil y minusvalía**, resultados de una investigación sobre el tema.
- 1993 — William H. Jacobson publica **The Art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments**, manual especializado en la instrucción de habilidades de desplazamiento independiente a deficientes visuales.
- 1993 — Alberto Rosa y Esperanza Ochaíta publican **Psicología de la ceguera**, compilación de temas en torno a las *características psicológicas* de los ciegos desde una perspectiva *cognitiva*.
- 1993 — Puesta en marcha en Buenos Aires del **Programa Iberoamericano del máster universitario en Integración de personas con discapacidad: Habilitación y rehabilitación**, resultado de la colaboración entre la Universidad de Salamanca, el INSERSO y varios organismos iberoamericanos, bajo la dirección de M.A. Verdugo Alonso.
- 1994 — *Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: Acceso y calidad*, en Salamanca, organizada por la UNESCO y el Ministerio de Educación y Ciencia; aprueban la *Declaración de Salamanca de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales* y el *Marco de acción sobre necesidades educativas especiales*: ambos documentos están inspirados en los principios de *integración y educación para todos* y son fruto de un consenso mundial sobre el futuro de las prestaciones educativas especiales.
- 1994 — V. Pelechano publica **Actitudes hacia la integración de invidentes y habilidades interpersonales: Planteamiento y resultados de dos programas de modificación**, informe final de una investigación sobre actitudes hacia la integración escolar de niños invidentes y programas de cambio de tales actitudes.

- 1994 — M.A. Verdugo Alonso publica **Actitudes hacia las personas con minusvalía**, resultados de una investigación sobre el tema.
- 1994 — **Validación criterial de la técnica DAP en discapacitados motóricos**, tesis doctoral de M.A. Alcedo.
- 1994 — **Evaluación de actitudes hacia la integración de alumnos con necesidades educativas especiales**, tesis doctoral de B. Arias.
- 1994 — Flor Zaldívar hace público *un sistema multimodal de evaluación curricular y criterial del comportamiento adaptativo en personas plurideficientes*.
- 1994 — Gallardo Jaúregui y Salvador López publican **Discapacidad motórica. Aspectos psicoeducativos y educativos**.
- 1994 — Alfred Enderle, Dietrich Meyerhöfer y Gerd Unverfehrt editan **La gente diminuta en el gran arte**, de cuya edición castellana se ocupa la *Asociación Nacional para Problemas de Crecimiento «CRECER»*; la obra, cuidadosamente editada y ampliamente documentada, está dedicada a los *enanos* en el arte, con la pretensión de ilustrar y resaltar su presencia en la vida cultural de todas las épocas; a tal efecto, se reproducen cuadros y esculturas en las que aparecen personas de *baja estatura*; cada reproducción viene acompañada de comentarios artísticos e históricos, tanto de la obra como de su autor, y de un *diagnóstico clínico* de la persona que figura en tal obra de arte y que presenta cualquier tipo de *alteración de crecimiento*.
- 1994 — **Siglo Cero** publica varios trabajos sobre *calidad de vida* de cara a las personas con deficiencias, concretamente de Dennis y cols., Halpern y Verdugo.
- 1995 — **I Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad**, Salamanca, organi-

zadas por el *máster universitario* en **Integración de personas con discapacidad**.

- 1995 — Belloch, Sandín y Ramos editan un **Manual de psicopatología**.
- 1995 — M.A. Verdugo Alonso edita **Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**: desde un enfoque *multidisciplinar* se revisan prácticamente todos los temas de relevancia para la discapacidad: en *bases conceptuales* se plantea la delimitación entre *deficiencia, discapacidad y minusvalía* y las *necesidades educativas especiales*; entre los temas de *intervención* se incluyen *evaluación, diversos tipos de programas, intervención temprana, evaluación de servicios y programas, actitudes ante la discapacidad*; finalmente, se abordan de forma específica *discapacidades físicas, deficiencias auditivas, deficiencias visuales, retraso mental, autismo* y otros trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguado Díaz, A.L. (1987): «*Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (38), 587-621.
- Aguado Díaz, A.L. (1988): «*Algunas reflexiones en torno a los conceptos de rehabilitación y psicología de la rehabilitación y sus implicaciones de cara a la planificación de servicios de atención a minusválidos*». **Comunicación** presentada al área «*Minusválidos y Servicios Sociales*» de las **II Jornadas de Psicología de la Intervención Social: Psicología e Interdisciplinaridad en Servicios Sociales**. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos, 28-30-XI. (Actas de las Jornadas, Tomo I, ps.455-460. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1989).
- Aguado Díaz, A.L. (1989a): **Psicología de la rehabilitación de las discapacidades motrices**. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. **mimeo**. (Colección *Tesis Doctorales, Micropublicaciones*, Servicio de Publicaciones, Universidad de Oviedo, 1990).
- Aguado Díaz, A.L. (1989b): «*La evaluación psicológica en rehabilitación: de la calificación a la integración en el proceso de intervención psicológica*». **Comunicación** presentada a la **reunión científica de la Sociedad Española de Evaluación Psicológica sobre Problemas Actuales en Evaluación Psicológica**, Madrid, 11-III.
- Aguado Díaz, A.L. (1991): «*Un tema olvidado pero actual y con futuro: La psicología de la rehabilitación de los discapacitados motóricos*». **Ponencia** a las **III Jornadas de Psicología de la Intervención Social: El Bienestar Social de la Década de los 90**, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos, 27-29-XI. (Actas de las Jornadas, Tomo II, ps.985-1000. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1989).
- Aguado Díaz, A.L. (1994): «*Evaluación psicológica en rehabilitación: Panorama crítico y presentación de alternativas*». **Comunicación** presentada al **Symposium «Evaluación en rehabilitación»**

- del **IV Congreso de Evaluación Psicológica**, Santiago, 21-24-IX.
- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (1990a): «*Tratamiento de la discapacidad en la prensa asturiana*». **Trabajo encargado** por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias para las **Jornadas sobre Discapacidad e Información**, Federación de Asociaciones Pro-Deficientes Psíquicos, Oviedo, 3-5-X. [Publicado en 1991 en *Psicothema*, 3 (1), 175-198].
- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (1990b): «*La inteligencia como variable interviniente en los procesos de rehabilitación de discapacitados motóricos*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 16 (49), 319-343.
- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (1990c): «*Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: una revisión crítica*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 16 (50), 507-548.
- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (1991): «*Concordancia interjueces y precisión diagnóstica del dibujo de la figura humana*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 17 (51), 17-31.
- Aguado Díaz, A.L., Alcedo Rodríguez, M.A., Rueda Ruiz, M.B., Flórez García, M.A. y Gutiérrez García, M. (1994): «*Una Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares: Primeros resultados en Asturias y Euskadi*». **Comunicación** presentada al **Symposium «Evaluación en rehabilitación» del IV Congreso de Evaluación Psicológica**, Santiago, 21-24-IX.
- Albrecht, G.L. (Ed) (1976): **The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation**. Pittsburgh, PA: Pittsburgh University Press.
- Alcedo Rodríguez, M.A. (1994): **Validación criterial de la técnica DAP en discapacitados motóricos**. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. mimeo. (Colección *Tesis Doctorales, Micropublicaciones*, Servicio de Publicaciones, Universidad de Oviedo, 1994).
- Alex, Brown & Sons, Inc. (1987): **Comprehensive Medical Rehabilitation: An Industry Taking Shape**. Research Health Care Group Industry Overview. (Citados por Frank, Gluck y Bucklew, 1990, p.758).
- Alexander, F. y Salesnick, S. (1966): **The History of Psychiatry. An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present**. Nueva York: Harper and Row.
- Alonso Tapia, J. (1986): «*La evaluación de la inteligencia I: Inteligencia general*». En R. Fernández-Ballesteros (Dir): **Psicodiagnóstico**, (Tomo II, ps.13-48). Madrid: UNED.

- American Psychological Association, Division of Rehabilitation Psychology* (1972): «Proposed Platform». **American Psychologist**, **19**, 142-143.
- American Psychological Association, Executive Committee of Division 22* (1975): «Psychology in Action: Statement of Beliefs and Objectives of APA Division 22 (Rehabilitation Psychology)». **American Psychologist**, **30**, 1020-1021.
- Anastasi, A. (1982): **Tests psicológicos**. Madrid: Aguilar. (3ª edición castellana, 6ª reimpresión, de la 3ª edición inglesa de 1968 [1ª edición de 1958] de **Psychological Testing**. Nueva York: MacMillan).
- Andreu, C. y Valdizan, J.R. (1994): «Diseño N-1 para el control del efecto del tratamiento combinado de la epilepsia infantil». **Análisis y Modificación de Conducta**, **20** (70), 251-260.
- Anthony, Q.A. y Jansen, M.A. (1984): «Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mental III: Research and Policy Implications». **American Psychologist**, **39** (5), 537-544.
- Arias, J. (1990): «El arzobispo de Granada respalda al cura que discriminó a un niño deficiente mental». **El país**. 29-V, p.1 del suplemento **El país, Ciudades**.
- Arias Martínez, B. (1994): **Evaluación de actitudes hacia la integración de alumnos con necesidades educativas especiales**. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Salamanca. (Xerocopiado).
- Aristóteles: **Política**. Traducción de García Gual, C. y Pérez Jiménez, A., 1986, Madrid: Alianza Editorial.
- Asch, A. (1984a): «The Experience of Disability: A Challenge for Psychology». **American Psychologist**, **39** (5), 529-536.
- Asch, A. (1984b): «Personal Reflections». **American Psychologist**, **39** (5), 551-552.
- Asken, M.J. (1976): «Behavioral Techniques and Orthopedic Disability: A Review». **Rehabilitation Psychology**, **23**, 41-64.
- Asociación Médica Americana (AMA) (1971): «Guía para la evaluación del menoscabo permanente». **Revista Española de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia**, número extraordinario, Madrid.
- Aznar López, M. (1975a): «La acción administrativa en favor de los minusválidos». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, **1**, 5-17.
- Aznar López, M. (1975b): «Los minusválidos físicos y psíquicos en la legislación española». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, separata nº 1.

- Aznar López, M. (1977): «*La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social española (I)*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 7, 21-34.
- Aznar López, M. (1978): «*La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social española (II)*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 11, 17-34.
- Aznar López, M. y Osuna Novel, C. (1983): «*Antecedentes*». En **INSERSO: 10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)**, (ps.13-29). Madrid: INSERSO, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Baier, D.E. (1943): «*The Marginally Useful Soldier*». **American Journal of Mental Deficiency**, 48 (1), 62-66.
- Bakwin, H. y Bakwin, R.M. (1972): **Behavior Disorders in Children**. Filadelfia: W.B. Saunders Company.
- Bakwin, H. y Bakwin, R.M. (1974): **Desarrollo psicológico del niño normal y patológico**. México: Nueva Editorial Interamericana. (Versión castellana de **Behavior Disorders in Children**. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1972).
- Bandura, A. (1969): **Principles of Behavior Modification**. Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston. (Versión castellana: **Principios de modificación de conducta**. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1983).
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1969): «*A Metropolitan Area in Denmark, Copenhagen*». En R. Kugel y W. Wolfensberger (Eds): **Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded**. Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1975): «*El principio de normalización*». **Siglo Cero**, 37, 16-21.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1977): «*Evolución y situación actual de la asistencia a los deficientes mentales en Dinamarca*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 7, 41-53.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1979): «*La normalización como objetivo en las actividades de la vida diaria*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 15, 31-39.
- Bardeau, J.M. (1977): **Infirmités et inadaptation sociales**. París: Payot, 1977. (Versión castellana: **Minusvalía e inadaptación**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978).

- Bardeau, J.M. (1978): **Minusvalía e inadaptación**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (Versión castellana de **Infirmités et inadapation sociales**. París: Payot, 1977).
- Barker, R.G. (1968): **Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior**. Stanford: Stanford University Press.
- Barker, R.G., Wright, B.A. y Gonick, M.R. (1946): **Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability** (Bulletin 55). Nueva York: Social Science Research Council.
- Barker, R.G., Wright, B.A., Meyerson, L. y Gonick, M.R. (1953): **Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability** (Bulletin 55, Revised Edition). Nueva York: Social Science Research Council.
- Barnosell Nicolau, F. (1975): «*Filosofía de la rehabilitación: El hombre y la sociedad*». **Comunicación a la Conferencia MINUSVAL-74**, (Tomo I, ps.25-42). Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo.
- Barry, J.R. (1984): «*Rehabilitation and Aging*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.107-123). Orlando: Grune & Stratton.
- Basmajian, J.V. (1980): «*Series Editor Foreword*». En D.S. Bishop (Ed): **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**, (p.v). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bassett, D.M. (1944): «*New Jersey Institutions for Mentally Deficient. Their Contributions and Place in the War Effort*». **American Journal of Mental Deficiency**, 49 (1), 75-79.
- Bassoe, P. (1945): «*Spain as the Cradle of Psychiatry*». **American Journal of Psychiatry**, 101, 731-738.
- Bauman, M.K. (1954): **Adjustment to Blindness**. Harrisburg, PA: State Council for the Blind.
- Bauman, M.K. (1976): «*Psychological Evaluation of the Blind Client*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.249-268). Baltimore: University Park Press.
- Belloch, A. e Ibáñez, E. (Eds) (1991): **Manual de psicopatología**. Valencia: Promolibro.
- Belloch, A. y Barreto, M.P. (Dirs) (1987): **Psicología clínica: Trastornos bio-psico-sociales**. Valencia: Promolibro.

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (Eds) (1995): **Manual de psicopatología**. (2 volúmenes). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Belmont, L. (1987): «*International Studies of Severe Mental Retardation*». **International Journal of Mental Health**, 10, 3-7.
- Bender, M. (1983): **Psychological Tests and Methods for Handicapped Children**. Santiago de Compostela: Curso Internacional para la Prevención de la Deficiencia Mental y Estimulación Precoz, 115-129.
- Benedet, M.J. (1991): **Procesos cognitivos en la deficiencia mental: Concepto, evaluación y bases para la intervención**. Madrid: Pirámide.
- Biblia de Jerusalén** (1967), edición española dirigida por J.A. Ubieta. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bijou, S.W. (1963): «*Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation*». **Psychological Record**, 13, 95-110.
- Bijou, S.W. (1966): «*A Functional Analysis of Retarded Development*». En N.R. Ellis (Ed): **International Review of Research in Mental Retardation**, (Vol. I, ps.1-19). Nueva York: Academic Press.
- Bilotto, G. y Washam, V. (1979): **A Rationale for the Integration of Independent Living with Vocational Rehabilitation**. Albertson, NY: Human Resources Center.
- Bintig, A. (1981): «*Statistics of Handicapped Persons in Europe: An International Comparison*». **International Journal of Rehabilitation Research**, 4 (3), 315-323.
- Bishop, D.S. (Ed) (1980): **Behavioral Problems and the Disabled: Assessment and Management**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Blanco, F., Gimeno, E., Herrero, P., Luján, J.E., de Tena-Dávila, M.J. (1989): «*Análisis funcional de sujetos oligofrénicos: desarrollo de un código de observación para situaciones de laborterapia*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 15 (43), 63-122.
- Bliss, C. (1966): **Semantography**, (Second Edition). Sydney, Australia: Semantography (Blissymbolics) Publications.
- Bobath, B. (1969): «*The Treatment of Neuromuscular Disorders by Improving Patterns of Coordination*». **Physiotherapy**, 55, 18-22.
- Bobath, B. (1975): **Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment**. Londres: Williams Heinemann Medical Books. (Versión castellana: **Hemiplejía del adulto: Evaluación y tratamiento**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1982).

- Bobath, K. (1964): «*The Early Diagnosis of Cerebral Palsy and its Differentiation from Uncomplicated Mental Subnormality*». En J. Oster (Ed): **Proceedings of the International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Deficiency**, (ps.415-426). Copenhagen: Det Berlingske Bogtrykkeri.
- Bobath, K. (1980): **A Neurophysiological Basis for the Treatment of Cerebral Palsy**. Londres: Williams Heinemann Medical Books.
- Boltanski, E (Dir) (1977): **L'Enfance handicapée**. Toulouse: Privat.
- Bolton, B. (1974): **Introduction to Rehabilitation Research**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bolton, B. (Ed) (1976a): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**. Baltimore: University Park Press.
- Bolton, B. (1976b): «*Introduction*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.xvii-xxi). Baltimore: University Park Press.
- Boring, E.G. (1978): **Historia de la psicología experimental**. México: Trillas. (Versión castellana de la 2ª edición de 1950 [1ª de 1929] de **A History of Experimental Psychology**. Nueva York: Appleton-Century-Crofts).
- Borthwick-Duffy, S. (1994): «*Review of "Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports"*». **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3), 541-544.
- Boswell, D.M. y Wingrove, J.M. (Eds) (1979): **The Handicapped Person in the Community**. Londres: Tavistock Publications.
- Botella, C. (1986): **Introducción a los tratamientos psicológicos**. Valencia: Promolibro.
- Botella, C. y Martínez, A. (1987): «*Evaluación de contextos, habilidades sociales interpersonales y deficiencia mental*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (36), 291-330.
- Botella, C. y Pelechano, V. (1983): «*Programas de cambio comportamental en un caso de disfunción cerebral mínima con los padres como coterapeutas*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 9 (21), 311-330.
- Braier, L. (1982): **Diccionario enciclopédico de medicina**, (reimpresión). Barcelona: Editorial JIMS.
- Bregelmann, J.C. (1975a): «*Modificación de conducta en deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 7-18.
- Bregelmann, J.C. (1975b): «*Personalidad y rendimiento en deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (1), 63-82.

- Brengelmann, J.C. (1976a): «*Problemas psicológicos en la reintegración social de los deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (2), 19-38.
- Brengelmann, J.C. (1976b): «*Psicoanálisis y terapia de conducta en relación con los problemas de salud mental*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (2), 79-94.
- Brieland, D. (1971): «*Rehabilitation Psychologist: Roles and Functions*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.265-286). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, A.L. y Campione, J.C. (1982): «*Modifying Intelligence or Modifying Cognitive Skills: More than a Semantic Quibble?*». En D.K. Detterman y R.B. Sternberg (Eds): **How and How Much Can Intelligence Be Increased**, (ps. 215-230). Norwood, Nueva Jersey: Ablex Publishing Co.
- Brown, A.L. y Campione, J.C. (1988): «*Inteligencia académica y capacidad de aprendizaje*». En R.B. Sternberg y D.K. Detterman (Cores): **¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición**, (ps.57-62). Madrid: Pirámide. (Versión castellana de **What Is Intelligence?** Norwood, Nueva Jersey: Ablex Publishing Co., 1986).
- Brown, M. (1979-1982): **Rehabilitation Indicators UPDATE**. (Numbers 1-6, January 1979 through April 1982). Nueva York: Institute of Rehabilitation Medicine.
- Brown, M. (1980-1981): **Rehabilitation Indicators: A Method for Enhancing Accountability and the Prevision of Rehabilitation Services** (Progress Reports to NIHR, August 1, 1980 & August 1, 1981). Nueva York: Institute of Rehabilitation Medicine.
- Brown, R.T. y Reynolds, C.R. (Eds) (1986): **Psychological Perspectives on Childhood Exceptionality. A Handbook**. Nueva York: Wiley Interscience.
- Brown, R.I. (Ed) (1988): **Quality of Life in for Handicapped People. A Series in Rehabilitation Education**. Londres: Croom Helm.
- Brucker, B.S. (1983): «*Spinal Cord Injuries*». En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds): **Coping with Chronic Disease**, (ps.285-311). Nueva York: Academic Press.
- Brucker, B.S. (1984): «*Biofeedback in Rehabilitation*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.173-199). Orlando: Grune & Stratton.
- Bueno, G. (1978): «*Reliquias y relatos: Construcción del concepto de "historia fenoménica"*». **El Basilisco**, 1, 16.

- Bunge, M.A. (1982): «¿Cómo desenmascarar falsos científicos?». **Cuadernos del Norte**, 3 (15), 52-69.
- Burgdorf, R.L., Jr. (Ed) (1980): **The Legal Rights of Handicapped Persons: Cases, Materials, and Text**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Burish, T.G. y Bradley, L.A. (Eds) (1983): **Coping with Chronic Disease**. Nueva York: Academic Press.
- Burt, C. (1935): **The Subnormal Mind**. Londres: Oxford University Press.
- Butler, F.O. (1945): «*Mental Detectives in Military Service and Wartime Industries*». **American Journal of Mental Deficiency**, 50 (2), 296-300.
- Cabada Alvarez, J.M. (1986): «*La educación especial: Situación actual y expectativas*». En J. Gisbert Alos et al.: **Educación especial**, (ps.11-43), (7ª reimpresión). Madrid: Cincel
- Camarero Sánchez, C. (1976): **Apuntes para un estudio de la Psicología en la rehabilitación de minusválidos físicos**. Memoria de Licenciatura. Facultad de F. y CC. de la E., Sección de Psicología, U. Complutense, Madrid.
- Camarero Sánchez, C. (1977): «*La Psicología en la rehabilitación de los minusválidos*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 9, 5-23.
- Camarero Sánchez, C. (1980): «*Hacia un modelo psicológico de trabajo rehabilitador*». En Fundación MAPFRE: **I Jornada sobre Psicología y Rehabilitación (Físicos)**, (ps.9-40). Madrid: Fundación MAPFRE.
- Camarero Sánchez, C. (1983): «*En torno a la integración de los deficientes*». **Papeles del Colegio de Psicólogos**, 8, 21-25.
- Campione, J.C. y Brown, A.L. (1987): «*Hacia una teoría de la inteligencia: Contribuciones a partir de la investigación con niños retrasados*». **Siglo Cero**, 109, 44-51.
- Caplan, G. (1964): **Principles of Preventive Psychiatry**. Nueva York: Basic Books.
- Caplan, G. (1970): **The Theory and Practice of Mental Health Consultation**. Nueva York: Basic Books.
- Carasa Soto, P. (1992): «*Juan Luis Vives y la valoración de la capacidad humana*». **Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía**, 22, 7-35.
- Cardenal, F. (1990): «*Presentación del trabajo "Training in the Community for People with Disabilities"*». **Ponencia presentada al Seminario Iberoamericano sobre Rehabilitación en el seno de**

- la Comunidad, 13-15 de junio, Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Carpintero, H. y del Barrio, M.V. (1979): «*Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 5 (10), 337-348.
- Carrobles, J.A.I. (Dir) (1981): **El biofeedback en la rehabilitación de accidentes de la mano y pie. Estudio experimental de casos clínicos**. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Carrobles, J.A.I. (1983): «*La biorretroalimentación en la rehabilitación neuromuscular: Revisión y estudio de casos*». **Revista Latinoamericana de Psicología**, 15, 215-236.
- Carrobles, J.A.I. y Godoy, J. (1987): **Biofeedback: Principios y aplicaciones**. Barcelona: Martínez Roca.
- Casado, D. (1991): **Panorámica de la discapacidad**. Barcelona: Intress.
- Casado, D. (1992): «*Introducción*». En J.L. Vives (1526): **Del socorro de los pobres / De subventione pauperum**, (edición castellana de 1992). Barcelona: Editorial Hacer.
- Casado, D. (1994): **Introducción a los servicios sociales**, (5ª edición actualizada). Madrid: Editorial popular.
- Cattell, J.McK. (1890): «*Mental Test and Measurements*». **Mind**, 15, 373-381.
- Cecilia Tejedor, A. (1990): «*La sordera, hoy*». **Minusval**, 67, 12-17.
- Cicchetti, D. y Beeghly, M. (Eds) (1990): **Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cidad Maestro, E. (1986): **Modificación de conducta en el aula e integración escolar**. Madrid: UNED.
- Clarke, A.D.B. y Clarke, A.M. (1987): «*Research on Mental Handicap, 1957-1987: A Selective Review*». **Journal of Mental Deficiency Research**, 31, 317-328.
- Clarke, A.D.B. y Tizard, B. (1983): **Child Development and Social Policy: The Life and Work of Jack Tizard**. Leicester: British Psychological Society.
- Clarke, A.M. y Clarke, A.D.B. (Eds) (1958/1965/1974): **Mental Deficiency: The Changing Outlook**. Londres: Methuen.
- Clarke, A.M. y Clarke, A.D.B. (Eds) (1976): **Early Experience: Myth and Evidence**. Londres: Open Books.
- Clarke, A.M., Clarke, A.D.B. y Berg, J.M. (Eds) (1985): **Mental Deficiency: The Changing Outlook**. Londres: Methuen.
- Coakley, F. (1945): «*Study of Feeble-minded Wards Employed in War Industries*». **American Journal of Mental Deficiency**, 50 (2), 301-306.

- Cobb, A.B. (Ed) (1973): **Medical and Psychological Aspects of Disability**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Cobos Alvarez, P. (1994): «*Modificación de conducta en amputados: un estudio piloto*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 20 (69), 141-159.
- Codina Casals, B. (1992): «*La evaluación psicológica y educativa de las personas ciegas y deficientes visuales en España*». **Integración**, 10, 5-12.
- Colin, D. (1979): «*Travaux recents sur les repercussions psychologiques des handicaps moteurs chez l'enfant et l'adolescent*». **Rapport présenté aux 17es Journées de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française**, Barcelona, 20-22-IX. (Fotocopiado).
- Conley, R.W. (1973): **The Economics of Mental Retardation**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Connor, F.P., Rusalem, H. y Cruickshank, W.M. (1973): «*Aspectos psicológicos de los niños inválidos*». En W.M. Cruickshank (Ed): **Psicología de los niños y jóvenes marginales**, (ps.331-391). (Traducción castellana de la 3ª edición inglesa de 1971). Madrid: Editorial Prentice-Hall International.
- Consejo de Europa (1989): **Léxico de rehabilitación**, (4ª edición, 1ª edición de 1975). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Crewe, N.M. y Athelstan, T. (1981): «*Functional Assessment in Vocational Rehabilitation: A Systematic Approach to Diagnosis and Goal Setting*». **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 62, 299-305.
- Criswell, J.H. (1971): «*The State of the Art: An Overview*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.313-320). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cronbach, L.J. (1957): «*The Two Disciplines of Scientific Psychology*». **American Psychologist**, 12, 671-684.
- Cronbach, L.J. (1970): **Essentials of Psychological Testing**. Nueva York: Harper and Row. (Versión castellana: **Fundamentos de la exploración psicológica**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1971).
- Cronbach, L.J. (1975): «*Beyond the Two Disciplines of Scientific Psychology*». **American Psychologist**, 30, 116-127.
- Cronbach, L.J., Gleser, G.C., Nanda, H. y Rajaratnan, N. (1972): **The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalizability for Scores and Profiles**. Nueva York: John Wiley & Sons.

- Cruickshank, W.M. (Ed) (1955/1963/1971/1980): **Psychology of Exceptional Children and Youth**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Cruickshank, W.M. (Ed) (1973): **Psicología de los niños y jóvenes marginales**. Madrid: Editorial Prentice-Hall International. (Versión castellana de A. Alvarez Villar, de la 3ª edición inglesa de 1971: **Psychology of Exceptional Children and Youth**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.).
- Crystal, R.M. (1978): **A Survey of the Current Status and Program Evaluation Needs in the State-federal Rehabilitation Program**. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Rehabilitation Research Institute.
- Cull, J.G. y Hardy, R.E. (Eds) (1972): **Vocational Rehabilitation. Profession and Process**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Curcoll, M.L. y Vidal, J. (Dir) (1992): **Sexualidad y lesión medular**. Barcelona: Fundació Institut Guttmann.
- Dawis, R.V. (1976): «*The Minnesota Theory of Work Adjustment*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps. 227-248). Baltimore: University Park Press.
- De Ajuriaguerra, J. (1973): **Manual de psiquiatría infantil**. Barcelona: Toray-Masson. (Versión castellana de **Manual de psychiatrie de l'enfant**. París: Masson et Cie, Editeurs).
- De Jong, G. (1979a): **The Movement for Independent Living. Origins, Ideology, and Implications for Disability Research**. Lansing, MI: University Center for International Rehabilitation, Michigan State University.
- De Jong, G. (1979b): «*Independent Living: From Social Movement to Analytic Paradigm*». **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 60, 435-446.
- De Jong, G. (1981): **Environmental Accessibility and Independent Living Outcomes. Directions for Disability Policy and Research**. Lansing, MI: University Center for International Rehabilitation, Michigan State University.
- De Jong, G., Branch, L.G. y Corcoran, P.J. (1984): «*Independent Living Outcomes in Spinal Cord Injury: Multivariate Analyses*». **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 65, 66-73.
- Del Barrio, V. y Mestre, V. (1986): «*Revisión sobre el tema del castigo en el retraso mental*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (34), 549-562.
- Del Río Pereda, P. (1986): **La imagen de las personas con deficiencias y el papel de los medios de comunicación**. Madrid:

- Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Dennis, R.E., Williams, W., Giangreco, M. y Cloninger, C. (1994): «*Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad*». **Siglo Cero**, 25 (5-155), 5-16.
- Díaz Pereira, X. (1977): **Aspectos psicosociales de la recuperación del parapléjico**. Madrid: SEREM.
- Diller, L. (1971): «*Cognitive and Motor Aspects of Handicapping Conditions in the Neurologically Impaired*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps. 1-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Doll, E.A. (1944): «*Mental Defectives and the War*». **American Journal of Mental Deficiency**, 49 (1), 64-67.
- Dörner, K. (1974): **Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría**. Madrid: Taurus. (Versión castellana de **Bürger und Irre. Sur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie**. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt, 1969).
- Doucastella, R., Fierro, A., Mayor, J., Arana, J., Campos, J., Pelechano, V., Pérez, J., García, E., Fernández, R. y Rof, J. (1978): **Subnormalidad psíquica**. Madrid: Karpós.
- Duyme, M. y Dumaret, A. (1986): «*La réversibilité de la débilité légère: une thérapeutique sans thérapeute*». **CNAMS-INSERM**, 144, 553-562.
- Eber, H.W. (1976): «*Personality and Psychopatology Inventories*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps. 101-116). Baltimore: University Park Press.
- Elliott, T.R. y Byrd, E.K. (1982): «*Media and Disability*». **Rehabilitation Literature**, 43 (11-12), 348-355.
- Elliott, T.R. y Gramling, S.E. (1990): «*Psychologists and Rehabilitation: New Roles and Old Training Models*». **American Psychologist**, 45 (6), 762-765.
- Ellis, N.R. (Ed) (1963): **Handbook on Mental Deficiency**. Nueva York: McGraw-Hill.
- Ellis, N.R. (Ed) (1966): **International Review of Research in Mental Retardation**. Nueva York: Academic Press.
- Ellis, N.R. (Ed) (1979): **A Handbook on Mental Deficiency. Psychological Theory and Research**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Enderle, A, Meyerhöfer, D. y Unverfehrt, G. (Eds) (1994): **La gente diminuta en el gran arte. Hipocrecimiento desde el punto de vista artístico y médico**. Artcolor: Hamm (Alemania). (Edición castellana de la *Asociación Nacional para Problemas de Crecimiento «CRECER»*).
- English, R.W. (1983): «*The Application of Personality Theory to Explain Psychological Reactions to Physical Disability*». En J. Stubbins (Ed): **Social and Psychological Aspects of Disability**, (ps.325-332), (Fourth printing). Baltimore: University Park Press.
- Eysenck, H.J. (1952): «*The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*». **Journal of Consulting Psychology**, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (Ed) (1983a): **Manual de psicología anormal**. México: El Manual Moderno. (Versión castellana de la 2ª edición de 1973 [1ª 1960] de **Handbook of Abnormal Psychology**. Londres: Pitman Medical Publishing).
- Eysenck, H.J. (1983b): «*Los efectos del tratamiento psicológico*». En H.J. Eysenck (Ed): **Manual de psicología anormal**, (ps.634-682). México: El Manual Moderno. (Versión castellana de la 2ª edición de 1973 [1ª edición, 1960] de **Handbook of Abnormal Psychology**. Londres: Pitman Medical Publishing).
- Eysenck, H.J. y Wilson, G.D. (Eds) (1980): **El estudio experimental de las teorías freudianas**. Madrid: Alianza Editorial. (Versión castellana de **The Experimental Study of Freudian Theories**. Londres: Methuen & Co., 1973).
- Eysenck, S.B.G., Russel, T. y Eysenck, H.J. (1970): «*Extraversion, Intelligence and Ability to Draw a Person*». **Perceptual and Motor Skills**, 30, 925-926.
- Feijoo y Montenegro, B.J. (1726): **Teatro crítico universal**. Madrid: Espasa-Calpe, colección *Clásicos Castellanos*, edición de 1924.
- Feijoo y Montenegro, B.J. (1753): **Cartas eruditas**. Madrid: Espasa-Calpe, colección *Clásicos Castellanos*, edición de 1944.
- Fenderson, D.A. (1984): «*Opportunities for Psychologists in Disability Research*». **American Psychologist**, 39 (5), 524-528.
- Fernández-Ballesteros, R. (1981): **Psicodiagnóstico: Concepto y metodología**, (2ª edición). Madrid: Cincel.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir) (1986a): **Psicodiagnóstico**, (3 tomos). Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986b): «*Aproximación histórica al psicodiagnóstico*». En R. Fernández-Ballesteros (Dir): **Psicodiagnóstico**, (Tomo I, ps.17-41). Madrid: UNED.

- Fernández-Ballesteros, R. (1988): «*Perspectivas históricas de la evaluación conductual*». En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Dir): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**, (ps.33-64), (4ª edición). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I. (Dir) (1988): **Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones**, (4ª edición). Madrid: Pirámide.
- Ferro García, R. (1989): «*Eliminación del bruxismo diurno durante sesiones de tratamiento de un niño retrasado*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 15 (44), 317-327.
- Feuerstein, R. (1979): **The Dynamic Assessment of Retarded Performers: The Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques**. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R. (1980): **Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability**. Baltimore: University Park Press.
- Fichten, C.S., Hines, J. y Amsel, R. (1985): «*Public Awareness of Physically Disabled Persons*». **International Journal of Rehabilitation Research**, 8 (4), 407-413.
- Fierro, A. (1978): «*Respuesta de la sociedad española a la subnormalidad psíquica*». En R. Doucastella et al.: **Subnormalidad psíquica**, (ps.67-95). Madrid: Karpós.
- Fierro, A. (1984): «*España: Historia reciente*». En R.C. Scheerenberger: **Historia del retraso mental**, (ps.401-431). San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- Fierro, A. (1986): «*El derecho a la normalización*». **Quinesia**, 4-5, 9-13.
- Fisher, S. y Cleveland, S.E. (1968): **Body Image and Personality**. Nueva York: Dover Press.
- Flynn, R.J. y Nitsch, K.E. (Eds) (1980): **Normalization, Social Integration, and Community Services**. Baltimore: University Park Press.
- Fordyce, W.E. (1964): «*Personality Characteristics in Men with Spinal Cord Injury as Related to Manner of Onset of Disability*». **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 45, 321-325.
- Fordyce, W.E. (1971): «*Behavioral Methods in Rehabilitation*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps. 74-108). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fordyce, W.E. (1974): «*Behavioral Science and Rehabilitation*». **Rehabilitation Psychology**, 21, 82-85.

- Fordyce, W.E. (1976): **Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness**. San Luis: C.V. Mosby.
- Forteza Méndez, J.A. (1975): «*Condiciones laborales normales*». **Ponencia de la Conferencia MINUSVAL-74**, (Tomo II, ps. 225-246). Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo.
- Foucault, M. (1979): **Historia de la locura en la época clásica** (2 volúmenes). Madrid: Fondo de Cultura Económica. (2ª reimpre- sión de la 2ª edición castellana de *Histoire de la folie à l'âge classique*. París: Gallimard, 1964).
- Francia, I. (1974): **Guía secreta de Salamanca**. Madrid: Sedmay.
- Francia, I. (1993): **Salamanca sin secretos**, (2ª edición). Salaman- ca: Gráficas Cervantes.
- Frank, R.G., Gluck, J.P. y Buckelew, S.P. (1990): «*Rehabilitation: Psychology's Greatest Opportunity?*». **American Psychologist**, **45** (6), 757-761.
- Frankel, E. (1944): «*Incidence of Previous Institutional Care Among Se- lective Service Registrants - The New Jersey Experience of 100,000 Men*». **American Journal of Mental Deficiency**, **49** (1), 68-74.
- Fraser, R.T. (1984): «*An Introduction to Rehabilitation Psychology*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psycho- logy**, (ps.1-15). Orlando: Grune & Stratton.
- Fundación MAPFRE (1976): **Orientación y formación profesio- nal del minusválido físico. I^{er} Symposium Internacional de Rehabilitación**. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Fundación MAPFRE (1978): **II Symposium Internacional de Rehabilitación «Problemática de los amputados de la ex- tremidad inferior»**. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Fundación MAPFRE (1980): **I Jornada sobre Psicología y Reha- bilitación (Físicos)**. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Gable, R. (1991): **Advances in Mental Retardation and Deve- lopmental Disabilities**. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Gaillard, F., Chatelanat, G. y Stegmann-Müller, M.A. (1984): **Orien- tación de minusválidos físicos (1ª parte)** (Actas del Curso sobre orientación de minusválidos físicos). Madrid: Fundación MAPFRE, 16-18-V, 1983.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M.I., Taracena, E. y Padilla, F. (1987): **Modificación de conducta en la educa- ción especial: Diagnóstico y tratamientos** (5ª reimpre- sión de la 1ª edición de 1980). México: Trillas.

- Gallardo Jaúregui, M.V. y Salvador López, M.L. (1994): **Discapacidad motórica. Aspectos psicoeducativos y educativos**. Archidona, Málaga: Ediciones Aljibe.
- Gandy, G.L., Martin, E.D., Hardy, R.E. y Cull, J.G. (Eds) (1987): **Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process**, (Revised Edition of Cull, J.G. y Hardy, RE: **Vocational Rehabilitation. Profession and Process**, 1972). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- García Fernández, J.A. (1988): **Educación e integración escolar del niño con deficiencias motóricas**. Madrid: Cuadernos de la UNED.
- García García, E. (1988a): «*Normalización e integración*». En J. Mayor (Dir): **Manual de educación especial**, (ps.57-78). Madrid: Anaya.
- García García, E. (1988b): «*El niño especial*». En J. Mayor (Dir): **Manual de educación especial**, (ps.195-219). Madrid: Anaya.
- García García, E. (1988c): **La integración escolar: Aspectos psicossociológicos**. Madrid: UNED.
- García López, J. (1972): **Historia de la literatura española**. (18ª edición). Barcelona: Vicens Vives.
- García Martín, J.M. (1990): «*La rehabilitación basada en el equipo multiprofesional*». Ponencia presentada al **Seminario Iberoamericano sobre Rehabilitación en el seno de la Comunidad**, 13-15 de junio, Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- García Sánchez, J.N. (1993): «*Simulación del déficit visual como técnica de modificación de actitudes hacia la integración escolar de alumnos deficientes visuales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 19 (68), 819-844.
- García Viso, M. e Iñiguez del Val, M. (1983): «*Creación del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (1972-73)*». En INSERSO: **10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)**, (ps.31-49). Madrid: INSERSO, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Garrett, J.F. (Ed) (1953): **Psychological Aspects of Physical Disability**. (Rehabilitation Services Series Number 210). Washington, DC: Office of Vocational Rehabilitation, Department of Health, Education and Welfare.
- Garrett, J.F. y Levine, E.S. (Eds) (1962/1973): **Rehabilitation Practices with the Physically Disabled**. Nueva York: Columbia University Press.

- Gellman, W. (1960): **A Scale of Employability for Handicapped Persons**. Chicago: Jewish Employment and Vocational Service.
- Gellman, W. y Soloff, A. (1976): «*Vocational Evaluation*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps. 173-186). Baltimore: University Park Press.
- Genshaft, J.L., Dare, N.L. y O'Malley, P.L. (1980): «*Assessing the Visually Impaired Child: A School Psychology View*». **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 74, 344-350.
- Ginsberg, E. y Bray, D. (1953): **The Uneducated**. Nueva York: Columbia University Press. (Citados por Scheerenberger, 1984, p.310).
- Gisbert Alos, J., Mardomingo Sanz, M.J., Cabada Alvarez, J.M., Sánchez Moiso, M.E., Rodríguez Ramos, P., Solís Muschketov, R., Claramunt López, F., Toledo González, M., Valverde Molina, J. y Equipo Taure (1980/1986): **Educación especial**. Madrid: Cincel.
- Goetz, P.W. (Ed) (1987): **The New Encyclopædia Britannica** (15th Edition). Chicago: Encyclopædia Britannica, Inc.
- Goffman, E. (1963): **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Gold, M. (1977): «*Factors Affecting Production by the Retarded: Base Rate*». **Mental Retardation**, 15 (4), 41-45.
- Golden, C.J. (Ed) (1984): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**. Orlando: Grune & Stratton.
- Goldin, G.J. (1971): «*Rehabilitation and Poverty*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps. 168-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldin, G.J. y Perry, S.L. (1967): **Dependency and its Implication for Rehabilitation**. Boston: Northeastern University, New England Rehabilitation Research Institute.
- González Mas, R. (1978): **Adiestramiento y Maduración Mental**. Madrid: Editorial Científica-Médica.
- González Sánchez, C. (1970): «*Pasado, presente y futuro de la rehabilitación*». **Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina**, sesión de 20-I; **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**, Tomo LXXXVII, ps.5-31.
- Goodman, N. y Tizard, J. (1962): «*Prevalence of Imbecility and Idiocy among Children*». **British Medical Journal**, 1, 216-219.
- Gordon, E.W. (1971): «*Race, Ethnicity, Social Disadvantage, and Rehabilitation*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps. 210-214). Washington, DC: American Psychological Association.

- Gray, D.B. (1990): «*Disability and Rehabilitation Research: From Policy to Program. A Personal Perspective*». **American Psychologist**, **45** (6), 751-756.
- Greenspan, S. (1994): «*Review of "Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports"*». **American Journal of Mental Retardation**, **98** (3), 544-548.
- Greenspan, S. y Grainfield, J.M. (1992): «*Reconsidering the Construct of Mental Retardation: Implications of a Model Social Competence*». **American Journal of Mental Retardation**, **96** (4), 442-453.
- Grossman, H. (Ed) (1973/1977/1983): **Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation**. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Grunberger, R. (1971): **The 12-Year Reich. A Social History of Nazi Germany, 1933-1945**. Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Grzesiak, R.C. (1984): «*Rehabilitation of Chronic Pain Syndromes*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.29-76). Orlando: Grune & Stratton.
- Gutiérrez de Tovar y Beruete, J. (1988): **La creación de la Organización Nacional de Ciegos a través de mis vivencias**. Madrid: ONCE.
- Guttmann, L. (1981): **Lesiones medulares: Tratamiento global e investigación**. Barcelona: Editorial JIMS. (Versión castellana de la 2ª edición de **Spinal Cord Injuries: Comprehensive Management and Research**. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1976).
- Halpern, A.S. (1994): «*Calidad de vida como marco conceptual para evaluar los resultados de la transición*». **Siglo Cero**, **25** (5-155), 19-37.
- Hanks, J.R. y Hanks, L.M., Jr., (1948): «*The Physically Handicapped in Certain Non-Occidental Societies*». **Journal of Social Issues**, Fall, **4** (4), 11-20. (Citados por Roehrer, 1985, p.71).
- Harmon, L.W., Sharma, V. y Trotter, A.B. (1976): «*Vocational Inventories*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.133-158). Baltimore: University Park Press.
- Hart, V. (1989): «*Handicapped Infants: Introduction*». En M.C. Wang, M.C. Reynolds y H.J. Walberg (Eds): **Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume III: Low Incidence Conditions**, Reprinted, (ps.223-225). Oxford: Pergamon Press.

- Haskell, R.H. y Straus, A.A. (1943): «*One Hundred Institutionalized Mental Defectives in the Armed Forces*». **American Journal of Mental Deficiency**, 48 (1), 67-71.
- Heber, R. (1959/1961): **A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation**. Monograph Supplement to the **American Journal of Mental Deficiency**.
- Helander, E., Mendis, P. y Nelson, G. (1979): **Training Disabled People in the Community. A Manual on Community-Based Rehabilitation**. Ginebra: World Health Organization.
- Hernández Conesa, S. (1979): «*Estudio histórico de la atención al inválido: Apuntes para una rehabilitación y medicina menos politizadas*». **Discurso de ingreso, Real Academia de Medicina y Ciencias de Murcia**, sesión extraordinaria de 29-X, 45 págs., (Xerocopiado).
- Hernández Gómez, R. (1977): «*Introducción a la medicina ortopédica*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 7, 7-20.
- Herruzo, J. y Ferro García, R. (1991): «*Mejora de la adherencia al tratamiento en un paciente con discapacidad física*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 17 (51), 107-113.
- Herruzo, J., Luciano, M.C. y Ferro García, R. (1991): «*Atención primaria en psicopatología de la discapacidad e invalidez. Una experiencia en la Seguridad Social*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 17 (52), 215-228.
- Hilliard, L.T. y Kirman, B.H. (1957): **Mental Deficiency**. Londres: J. & A. Churchill.
- Hitler, A. (1927): **Mein Kampf**, (2ª edición). Munich: Berlag Franz Chher Rachfolger.
- Hobbs, N. (1964): «*Mental Health's Third Revolution*». **American Journal of Orthopsychiatry**, 34, 822-833.
- Hodapp, R.M., Burack, J.A. y Zigler, E. (Eds) (1990): **Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holvey, D.N. (Ed) (1977): **The Merck Manual of Diagnosis and Therapy**. Rahway, NJ: Merck and Company.
- Horton, A.M., Jr., y Miller, W.G. (1984): «*Brain Damage and Rehabilitation*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps. 77-105). Orlando: Grune & Stratton.
- Hunt, W.A., Wittson, C.L. y Jackson, M. (1944): «*Selection of Naval Personnel with Special Reference to Mental Deficiency*». **American Journal of Mental Deficiency**, 48 (2), 245-252.

- Hylbert, K.W. (1979): **Medical Information for Human Service Workers**, (Second Revised Edition). State College, PA: Counselor Education Press.
- Ibáñez, E. (1987): «*Prólogo*». En A. Belloch y M.P. Barreto (Dir): **Psicología clínica: Trastornos bio-psico-sociales**, (ps.i-iv). Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. (Dir) (1991): **Psicología de la salud y estilos de vida. Cáncer y corazón**. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. (1989): «*Trastornos graves en la infancia*». En J. García Sicilia, E. Ibáñez, A. Juárez, J. Linaza, A. Marchesi, J. Mayor, M. Monfort, S.J. Pañao, V. Pelechano, A. Polaino, N. Sáez, C. Santafé y J.L. Vega: **Psicología evolutiva y educación infantil**, (ps.233-254). Madrid: Santillana.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1989): «*Presentación*». En E. Ibáñez y A. Belloch (Dir): **Psicología y medicina**, (ps.5-8). Valencia: Promolibro.
- Ince, L.P. (1974): **The Rehabilitation Medicine Services**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ince, L.P. (1976): **Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ince, L.P. (Ed) (1980): **Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- INE (1987a): **Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: Un primer comentario de los resultados**. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (1987b): **Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: Año 1986**. (2 tomos). Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INSERSO (1983a/1994): **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**. Madrid: INSERSO. (Adaptación castellana, dirigida por el INSERSO, de **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease**. Ginebra: WHO, 1980).
- INSERSO (1983b): **10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)**. Madrid: INSERSO, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Instituto de Ciencias del Hombre* (1980): **Integración social del subnormal**. Madrid: Karpós.

- Inter Accent* (1978): **Seminario internacional sobre la imagen social de los minusválidos y el papel de los medios de comunicación**. París: UNESCO, 25-28-IX. (Reseñado por Puig de la Bellacasa, R. y Sangro Gsell, P., **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 1978, 12, ps.89-91).
- Isseldyke, J.E. y Marston, D. (1988): «*Issues in the Psychological Evaluation of Children*». En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, (ps.21-37). Nueva York: Pergamon Press.
- Jacobson, J.W. (1994): «*Review of "Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports"*». **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3), 539-541.
- Jacobson, W.H. (1993): **The Art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments**. Nueva York: American Foundation for the Blind.
- Jensen, A. (1969): «*How Much Can We Boost IQ and Scholastic Achievement?*». **Harvard Educational Review**, 39, 1-123.
- Johnson, F.A. y Greenberg, R.P. (1978): «*Quality of Drawing as a Factor in the Interpretation of Figure Drawings*». **Journal of Personality Assessment**, 42 (5), 489-495.
- Johnson, G.O. (1962): «*Special Education for the Mentally Handicapped - A Paradox*». **Exceptional Children**, 8, 62-69.
- Juan Espinosa, M., Márquez, M.O. y Rubio, V. (1987): «*Evaluación conductual en el retraso mental*». En R. Fernández-Ballesteros y J.A.I. Carrobes (Dir): **Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones**, (ps.671-717), (4ª edición). Madrid: Pirámide.
- Kahn, A.S. (1984): «*Perspectives on Persons with Disabilities*». **American Psychologist**, 39 (5), 516-517.
- Kamin, L. (1974): **The Science and Politics of I.Q.**. Potomac: Erlbaum. (Versión castellana: **Ciencia y política del cociente intelectual**. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1983).
- Kanfer, F.H. y Phillips, J.S. (1970): **Learning Foundations of Behavior Therapy**. Nueva York: John Wiley & Sons. (Versión castellana: **Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento**. México: Trillas, 1976).
- Kanner, L. (1964): **A History of the Care and Study of the Mentally Retarded**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kates, B. y McNaughton, S. (1974): **The First Application of Blissymbolics as a Communication Medium for Non-Spea-**

- king Children: History and Development.** Toronto: Blissymbolics Communication Foundation.
- Kazdin, A.E. (1983): **Historia de la modificación de conducta.** Bilbao: Desclée de Brouwer. (Versión castellana de **History of Behavior Modification.** Baltimore: University Park Press, 1978).
- Kerr, N. (1976): «*Field Theory and Behavior Modification in Rehabilitation: Tools for Twin Task*». **Rehabilitation Psychology**, 23, 97-108.
- Kessler, H.H. (1935): **The Crippled and the Disabled: Rehabilitation of the Physically Handicapped in the United States.** Nueva York: Columbia University Press.
- Kessler, H.H. (1947): **Rehabilitation of the Physically Handicapped.** Nueva York: Columbia University Press.
- Kessler, H.H. (1970): **Disability - Determination and Evaluation.** Filadelfia: Lea & Febiger.
- Kiernan, C. (1974): «*Behavior modification*». En A.M. Clarke y A.D.B. Clarke (Eds): **Mental Deficiency: The Changing Outlook.** Londres: Methuen.
- Kiernan, C. (1985): «*Behavior modification*». En A.M. Clarke, A.D.B. Clarke y J.M. Berg (Eds): **Mental Deficiency: The Changing Outlook.** Londres: Methuen.
- Kirk, S.A. y Johnson, G.O. (1951): **Educating the Retarded Child.** Cambridge, MA: Riverside Press.
- Krueger, D.W. (Ed) (1984): **Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook.** Rockville: Aspen Systems Corporation.
- Krueger, D.W. (Ed) (1988): **Psicología de la rehabilitación.** Barcelona, Editorial Herder. (Versión castellana de **Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook.** Rockville: Aspen Systems Corporation, 1984).
- Krusen, F.H. (1941): **Physical Medicine.** Filadelfia: W.B. Saunders Company.
- Krusen, F.H., Kottke, F.J. y Elwood, P.M. (Eds) (1971): **Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation,** (Second Edition). Filadelfia: W.B. Saunders Company.
- Kugel, R. y Wolfensberger, W. (Eds) (1969): **Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded.** Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.
- Kutner, B. (1971): «*The Social Psychology of Disability*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology,** (ps.143-167). Washington, DC: American Psychological Association.

- Labregère, A. (1981): **Les personnes handicapées**. París: Collection Notes et Etudes Documentaires, La Documentation Française.
- Lagos, M. (1970): «*Respuesta*» a la **Comunicación** de C. González Sánchez a la Real Academia Nacional de Medicina, sesión de «discusión», de 27-I; **Anales de la Real Academia Nacional de Medicina**, Tomo LXXXVII, ps.33-44.
- Laín Entralgo, P. (1961): **Enfermedad y pecado**. Barcelona: Torray.
- Laín Entralgo, P. (1988): **Historia de la medicina**, (8ª reimpresión de la 1ª edición de 1978). Barcelona: Salvat.
- Lambert, N., Windmiller, M., Cole, L. y Figueroa, R. (1975): «*Standardization of a Public School Version of the AAMD Adaptive Behavior Scale*». **Mental Retardation**, 13 (2), 3-7.
- Laria, C. y Alió, J. (1990): «*Situación actual de la ceguera en España: Revisión documental*». **Integración**, 4, 11-19.
- Lassiter, R.A., Lassiter, M.H. y Gandy, G.L. (1987a): «*Historical Antecedents of the Rehabilitation Enterprise in America: A Rehabilitation Movement*». En G.L. Gandy, E.D. Martin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds): **Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process**, (ps.3-23), (Revised Edition). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lassiter, R.A., Lassiter, M.H. y Gandy, G.L. (1987b): «*The Development of the Rehabilitation Enterprise in America: A Recent History of the Rehabilitation Movement*». En G.L. Gandy, E.D. Martin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds): **Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process**, (ps.24-54), (Revised Edition). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lassiter, R.A., Lassiter, M.H., Hardy, R.E., Underwood, J.W. y Cull, J.G. (Eds) (1983): **Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Leung, P. (1984): «*Training in Rehabilitation Psychology*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.17-27). Orlando: Grune & Stratton.
- Levine, E.S. (1976): «*Psychological Evaluation of the Deaf Client*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps. 269-291). Baltimore: University Park Press.
- Leviton, G.L. (1971): «*Professional - Client Relations in a Rehabilitation Hospital Setting*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.215-247). Washington, DC: American Psychological Association.

- Lewit, K. (1991): **Manipulative Therapy in the Rehabilitation of the Locomotor System**. London: Butterworth-Heinemann.
- Linkemann, J.E. (1981): **Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability: A Manual for Health Practitioners**. Nueva York: Plenum Press.
- Linkowski, D.C. (1971): «*A Scale to Measure Acceptance of Disability*». **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 14, 236-244.
- Lofquist, L.H. (1957): **Vocational Counseling with the Physically Handicapped**. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Lofquist, L.H. (Ed) (1960): **Psychological Research and Rehabilitation**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lofquist, L.H. (1979): «*Rehabilitación profesional*». En D.L. Sills (Dir): **Enciclopedia internacional de las ciencias sociales**, (Volumen IX, ps.175-180), (1ª edición, 1ª reimpresión). Madrid: Aguilar.
- Lofquist, L.H., Dawis, R.V. y Hendel, D.D. (1971): «*Application of the Theory of Work Adjustment to Rehabilitation and Counselling*». **Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation** (Bulletin n.58). Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center.
- López Piñero, J.M. (Ed) (1969): **Medicina, historia, sociedad. Antología de clásicos médicos**. Barcelona: Ediciones Ariel.
- Lowenfeld, B. (1973): «*Problemas psicológicos de los niños con visión deficiente*». En W.M. Cruickshank (Ed): **Psicología de los niños y jóvenes marginales**, (ps.227-330). Madrid: Prentice-Hall International. (Versión castellana de la 3ª edición de **Psychology of Exceptional Children and Youth**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc., 1971).
- Luciano Soriano, M.C. y Polaíno Lorente, A. (1985): «*Una revisión de los procedimientos para el entrenamiento en discriminación en sujetos retardados*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 11 (27), 43-72.
- Luck, R.S. y Hutchinson, J.D. (1983): «*Independent Living Rehabilitation: An Overview*». En R.A. Lassiter, M.H. Lassiter, R.E. Hardy, J.W. Underwood y J.G. Cull (Eds): **Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People**, (ps.243-252). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnick, D.M. y Stark, J.A. (1992): **Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports**, (Ninth Edition). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.

- Luria, A.R. (1963): **The Mentally Retarded Child**. Nueva York: Pergamon Press.
- Maalouf, A. (1994): **León el Africano**, (decimosexta impresión). Madrid: Alianza Editorial.
- Machover, K. (1949): **Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- MacMillan, D.L., Gresham, F.M. y Siperstein, G.N. (1993): «*Conceptual and Psychometric Concerns about the AAMR Definition of Mental Retardation*». **American Journal of Mental Retardation**, 98 (3), 325-335.
- Mann, T. (1924): **La montaña mágica**. Traducción de Verdaguer, M., 1989, 4ª edición, Barcelona: Plaza & Janés.
- Marchesi, A. (Dir) (1987): **El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Perspectivas educativas**. Madrid: Alianza Editorial.
- Marinelli, R.P. y Dell Orto, A.E. (1977): **The Psychological and Social Impact of Physical Disability**. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Martin, E.D. y Gandy, G.L. (1987): «*Philosophical and Educational Considerations: Foundations of the Rehabilitation Process*». En G.L. Gandy, E.D. Martin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds): **Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process**, (ps.55-85), (Revised Edition). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Matarazzo, J.D. (1980): «*Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology*». **American Psychologist**, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1981): «*Foreword*». En J.E. Lindemann: **Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability: A Manual for Health Practitioners**, (ps.vii-ix). Nueva York: Plenum Press.
- Matarazzo, J.D. (1982): «*Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific and Professional Psychology*». **American Psychologist**, 37 (1), 1-14.
- Matheussen, C. (1993): «*El humanismo de los Países Bajos y Juan Luis Vives*». En R. Puig de la Bellacasa: **La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par**, (ps.28-45). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

- Matson, J.L. (Ed) (1990): **Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded**, (Second Edition). Nueva York: Plenum Press.
- Matson, J.L. y McCartney, J.R. (Eds) (1981): **Handbook of Behavior Modification with the Mentally Retarded**. Nueva York: Plenum Press.
- Mayor, J. (Dir) (1988a): **Manual de educación especial**. Madrid: Anaya.
- Mayor, J. (1988b): «Educación especial». En J. Mayor (Dir): **Manual de educación especial**, (ps.7-31). Madrid: Anaya.
- McDaniel, J.W. (1969): **Physical Disability and Human Behavior**. Nueva York: Pergamon Press.
- McGowan, J.F. y Porter, T.L. (1967): **An Introduction to the Vocational Rehabilitation Process**. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Vocational Rehabilitation Administration.
- McReynolds, P. (Ed) (1966/1971/1975/1978/1981/1984/1989): **Advances in Psychological Assessment**. San Francisco: Jossey Bass.
- Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P. (Eds) (1990): **Handbook of Early Childhood Intervention**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Méndez, A. (1990): «82 deficientes expulsados de una discoteca por ocupar la pista de baile». **El país**, 19-VII, p.1 del suplemento **El país, Ciudades**.
- Menninger, W.C. (1943): «The Problem of Mentally Retarded and the Army». **American Journal of Mental Deficiency**, 48 (1), 55-61.
- Menolascino, F.J., Neman, R. y Stark, J.A. (1983): **Curative Aspects of Mental Retardation: Biomedical and Behavioral Advances**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Menolascino, F.J. y Stark, J.A. (Eds) (1988): **Preventive and Curative Intervention in Mental Retardation**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Meyerson, L. (1955/1963/1971): «Somatopsychology of Physical Disability». En W.M. Cruickshank (Ed): **Psychology of Exceptional Children and Youth**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Meyerson, L. (1973): «Somatopsicología de las incapacidades físicas». En W.M. Cruickshank (Ed): **Psicología de los niños y jóvenes marginales**, (ps.3-81). Madrid: Prentice-Hall International. (Versión castellana de la 3ª edición de: **Psychology of Excep-**

- tional Children and Youth**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc., 1971).
- Meyerson, L., Kerr, N. y Michael, J.L. (1967): «*Behavior Modification in Rehabilitation*». En S.W. Bijou y D.M. Baer (Eds): **Child Development: Readings in Experimental Analysis**. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Miller, G.A. (1976): «*Intelligence Tests*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.63-76). Baltimore: University Park Press.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1988): **Evaluación de la integración escolar**. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- MINUSVAL-74 (1975): **Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad**. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo, 2 tomos.
- Mischel, W. (1968): **Personality and Assessment**. Nueva York: John Wiley & Sons. (Versión castellana: **Personalidad y evaluación**. México: Trillas, 1973).
- Mittler, P. (Ed) (1970/1973/1974/1976/1981): **The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps**. Londres: Tavistock & Methuen.
- Mittler, P. (1986): «*Calidad de vida y servicios para personas con deficiencias*». **Siglo Cero**, 105, 34-41.
- Molina Ariño, A. (1990): **Rehabilitación: Fundamentos, técnicas y aplicación**. Madrid: Editorial Médica Europea.
- Moltó, J. (1985): «*Tratamiento conductual de la encopresis para deficientes mentales institucionalizados*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 11 (29), 483-494.
- Montoro Martínez, J. (1991): **Los ciegos en la historia**, (2 tomos). Madrid: ONCE.
- Moos, R.H. (Ed) (1984): **Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives**. Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Moos, R.H. y Schaefer, J.A. (1984): «*The Crisis of Physical Illness. An Overview and Conceptual Approach*». En R.H. Moos (Ed): **Coping with Physical Illness. 2: New Perspectives**, (ps.3-25). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Moragas Moragas, R. (1974): **Rehabilitación: Un enfoque integral**. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo.
- Morel, P. (1987): «*Diccionario biográfico*». En J. Postel y C. Quétel (Comps): **Historia de la psiquiatría**, (ps.573-771). México: Fondo de Cultura Económica. (Versión castellana de **Nouvelle histoire de la psychiatrie**. Toulouse: Privat, 1983).

- Morris, R.J. y Blatt, B. (Eds) (1986): **Special Education. Research and Trends**. Oxford: Pergamon.
- Morris, R.J. y Blatt, B. (Eds) (1989): **Educación especial. Investigaciones y Tendencias**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. (Versión castellana de **Special Education. Research and Trends**. Oxford: Pergamon, 1986).
- Morris, R.J. y McReynolds, R.A. (1989): «*Modificación de conductas en los niños con necesidades especiales: una revisión*». En R.J. Morris y B. Blatt (Eds): **Educación especial. Investigaciones y Tendencias**, (ps.69-129). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. (Versión castellana de **Special Education. Research and Trends**. Oxford: Pergamon, 1986).
- Myklebust, H.R. (1964): **The Psychology of Deafness**. Orlando: Grune and Stratton, Inc. (Versión castellana: **Psicología del sordo**. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1971).
- Myers, J.S. (Ed) (1965): **An Orientation to Chronic Disease and Disability**. Nueva York: MacMillan.
- Neff, W.S. (Ed) (1971a): **Rehabilitation Psychology**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neff, W.S. (1971b): «*Rehabilitation and Work*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.109-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nerenz, R. y Leventhal, H. (1983): «*Self-Regulation Theory in Chronic Illness*». En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds): **Coping with Chronic Disease**, (ps. 13-37). Nueva York: Academic Press.
- Nietzel, M.T., Winnet, R.A., MacDonald, M.L. y Davidson, W.S. (1977): **Behavioral Approaches to Community Psychology**. Nueva York: Pergamon.
- Nihira, K., Foster, R. Shellhaas, M. y Leland, H. (1969): **AAMD Adaptive Behavior Scale**. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nirje, B. (1969): «*The Normalization Principle and its Human Management Implications*». En R. Kugel y W. Wolfensberger (Eds): **Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded**. Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation.
- Nuffield, E.J. (1988): «*Biomedical Perspectives*». En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, (ps.38-57). Nueva York: Pergamon Press.

- O'Connor, N. y Tizard, J. (1956): **The Social Problem of Mental Deficiency**. Londres: Pergamon.
- Obermann, C.E. (1965): **A History of Vocational Rehabilitation in America**. Minneapolis: Denison.
- Ochaíta, E. y Rosa, A. (1988): «Estado actual de la investigación en psicología de la ceguera». **Infancia y Aprendizaje**, 41, 53-62.
- Odom, S.L. y Karnes, M.B. (Eds) (1988): **Early Intervention for Infants and Children with Handicaps**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (Dirs) (1986a): **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca. (Versión castellana de **Handbook of Child Psychopathology**. Nueva York: Plenum Press, 1983).
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1986b): «*Psicopatología infantil: panorama histórico*». En T.H. Ollendick y M. Hersen (Dirs): **Psicopatología infantil**, (ps. 17-28). Barcelona: Martínez Roca. (Versión castellana de **Handbook of Child Psychopathology**. Nueva York: Plenum Press, 1983).
- Ollendick, T.H. y Hersen, M. (Dirs) (1989): **Handbook of Child Psychopathology**, (Second Revised Edition). Nueva York: Plenum Press. (Versión castellana: **Psicopatología infantil**. Barcelona: Martínez Roca, 1993).
- ONU (1988): **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. (Versión castellana de **World Programme of Action concerning Disabled Persons**. Nueva York: ONU, 1983).
- Ortiz Quintana, P. (1990): **Estudio sobre el autoconcepto en paraplégicos varones adultos**. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. mimeo. (Colección *Tesis Doctorales*, Servicio de Reprografía, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 1991).
- Osorio Gullón, L. (1972): «*Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los ciegos*». **Revista Española de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia**, II (4), 15-119.
- Osorio Gullón, L. (1973): «*Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los sordomudos*». **Revista Española de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia**, III (3), 71-131.
- Osorio Gullón, L. y Rubio Nombela, G. (1976): «*La protección del sordo en la legislación española*». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 6, 51-65.

- Pajón Mecloy, E. (1974): **Psicología de la ceguera**. Madrid: Editorial Fragua.
- Pajón Mecloy, E. (1989): «Ceguera y literatura: I. La génesis del problema». **Integración**, 3, 47-49.
- Pajón Mecloy, E. (1990): «El ciego como figura literaria: II. El silencio». **Integración**, 4, 33-36.
- Pajón Mecloy, E. (1991a): «El ciego como figura literaria: III. La ceguera en la Biblia». **Integración**, 5, 40-42.
- Pajón Mecloy, E. (1991b): «El ciego como figura literaria: IV. El rey ciego Dhritarashtra». **Integración**, 7, 47-50.
- Pajón Mecloy, E. (1992a): «El ciego como figura literaria: V. Tiresias, ciego adivino». **Integración**, 9, 55-57.
- Pajón Mecloy, E. (1992b): «Los ciegos en la literatura: VI. La doble ceguera de Edipo». **Integración**, 10, 51-53.
- Pajón Mecloy, E. (1993a): «Los ciegos en la literatura: VII. La herencia de Sófocles en "La vieja sirena" de José Luis Sampedro». **Integración**, 11, 56-58.
- Pajón Mecloy, E. (1993b): «El ciego como figura literaria: VIII. Los ecos del Taigeto en "Nosotros que nos quisimos tanto" de Santiago Martín Bermúdez». **Integración**, 12, 36-37.
- Pantano, L. (1987): **La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas**. Buenos Aires: Eudeba.
- Parker, R.M. y Hansen, C.E. (1976): «Aptitude and Achievement Tests». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.77-100). Baltimore: University Park Press.
- Parreño Rodríguez, J.R. (1978): «El minusválido y su rehabilitación a través de la historia». **Rehabilitación**, 12 (4), 421-429.
- Pascual del Riquelme, M.D. (1975a): «Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (I)». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 1, 77-82.
- Pascual del Riquelme, M.D. (1975b): «Índice cronológico de hechos y documentos relativos a las instituciones y servicios para minusválidos en España (II)». **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 2, 85-88.
- Pelechano, V. (1973): **Personalidad y parámetros. Tres escuelas y un modelo**. Barcelona: Vicens Vives.
- Pelechano, V. (1975a): «Una escala de trastornos de conducta para deficientes mentales (ETC-1)». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 19-32.

- Pelechano, V. (1975b): «Concepto e incidencia de la deficiencia mental». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 129-148.
- Pelechano, V. (Dir) (1976a): **Psicodiagnóstico**. Madrid: UNED.
- Pelechano, V. (1976b): «Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (2), 39-56.
- Pelechano, V. (1978a): «Formulación y panorama actual de la psicología de la modificación de conducta». **Análisis y Modificación de Conducta**, 4 (5), 63-88.
- Pelechano, V. (1978b): «Técnicas psicológicas del cambio de conducta en el tratamiento del caso individual». En R. Doucastella et al.: **Subnormalidad psíquica**, (ps.183-221). Madrid: Karpós.
- Pelechano, V. (1978c): «Análisis y estrategias psicosociales de intervención a nivel comunitario». En R. Doucastella et al.: **Subnormalidad psíquica**, (ps.223-262). Madrid: Karpós.
- Pelechano, V. (1979a): **Psicología educativa comunitaria en E.G.B.**. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1979b): «Una nota sobre estrategias, criterios y principales resultados de un estudio epidemiológico sobre la incidencia de la deficiencia mental». **Análisis y Modificación de Conducta**, 5 (9), 169-190.
- Pelechano, V. (1980a): **Modelos básicos de aprendizaje**. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1980b): «Psicología de intervención». **Análisis y Modificación de Conducta**, 6 (11-12), 321-345.
- Pelechano, V. (1981): «Intervención comportamental: una vieja aspiración con un nuevo perfil». En V. Pelechano, J.L. Pinillos y J. Seoane: **Psicologema**, (ps. 77-106). Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984): «Procesos de socialización en la deficiencia mental». **Revista Española de Pedagogía**, 164-165, 203-232.
- Pelechano, V. (1986a): «Salud mental, prevención e innovación social». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (34), 485-505.
- Pelechano, V. (1986b): «Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento». Ponencia para las 1^{as} Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19-III, ps.199-246.
- Pelechano, V. (1987a): «Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (35), 5-43.
- Pelechano, V. (Dir) (1987b): **Programa comunitario de educación especial en Cantabria**. Santander: ICE de la Universidad de Cantabria.

- Pelechano, V. (1988a): **Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Volumen I: Conceptos básicos**. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1988b): **Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Volumen II: El acercamiento psicométrico tradicional**. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1990): «*Valoraciones psicopedagógicas y sociofamiliares*». **Psicologemas**, 4 (8), 153-191.
- Pelechano, V. (Dir) (1993): **Aceptación, habilidades interpersonales y motivación en la integración de niños ciegos**, (Informe final de investigación no publicado). Tenerife: Departamento de Personalidad, Universidad de La Laguna.
- Pelechano, V. (1995): «*El retraso mental*». En A. Belloch, B. Sandín F. Ramos (Eds): **Manual de psicopatología**, (Volumen II, ps.675-693). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Pelechano, V. y Acebes, M.C. (1977): «*Efectos de la observación y cambio de precio de un sistema de economía de fichas en una clase de deficientes mentales, y alguno de sus efectos*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 3 (4), 43-68.
- Pelechano, V., Alonso, A., Mateo, I., Guerra, L. y Martín, R. (1976): «*Viabilidad de una entrevista estructurada para detectar historias de refuerzo en deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (3), 233-246.
- Pelechano, V., Del Barrio, J.A., Calvo, G., Diego, R., González, M., López Dóriga, M.J., Medrano, P. y Ornilla, I. (1986a): «*Actitudes y cambio de actitudes sobre la sexualidad en padres de deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (31-32), 263-280.
- Pelechano, V., Del Barrio, J.A., Calvo, G., Diego, R., González, M., López Dóriga, M.J., Medrano, P. y Ornilla, I. (1986b): «*Personalidad y motivación como determinantes de participación: El caso de la deficiencia mental*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (31-32), 281-296.
- Pelechano, V., Del Barrio, J.A., Calvo, G., Diego, R., González, M., López Dóriga, M.J., Medrano, P. y Ornilla, I. (1986c): «*Efectos esperados y efectos paradójicos en la formación de terapeutas y coterapeutas en modificación de conducta*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (31-32), 297-312.
- Pelechano, V., García, L. y Hernández, A. (1994): «*Actitudes hacia la integración de invidentes y habilidades interpersonales: Planteamiento y resultados de dos programas de modificación*». **Integración**, 15, 5-22.

- Pelechano, V. y Garrido, J. (1975): «Un análisis factorial del Binet-Simon (Revisión Stanford, 1937) forma L. en deficientes mentales». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 85-105.
- Pelechano, V. y González, M. (1975): «Escala ETC-1: Eficacia intelectual, nivel socioeconómico, organicidad y valor diferencial en deficientes mentales». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (0), 33-56.
- Pelechano, V. y González, M. (1976): «Trastornos de conducta y deficiencia mental». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (3), 267-280.
- Pelechano, V. y Massieu, M.P. (1975): «Un análisis dimensional de CMMS (Columbia Mental Maturity Scale, versión 1959)». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (1), 111-138.
- Pelechano, V. y Massieu, M.P. (1977): «Moldeamiento comportamental en un caso de oligofrenia profunda con base orgánica». **Análisis y Modificación de Conducta**, 3 (4), 69-88.
- Pelechano, V., Peñate, W. y de Miguel, A. (1991): «Actitudes hacia la integración de invidentes y personalidad». **Análisis y Modificación de Conducta**, 17 (53-54), 439-456.
- Pelechano, V. y Servando, M.A. (1988): «Datos para la validación diferencial del Stanford-Binet (1960) en deficientes mentales». **Análisis y Modificación de Conducta**, 14 (42), 631-641.
- Pelechano, V. y Servando, M.A. (1992): «Stanford-Binet en deficiencia mental: datos de validación e implicaciones para los programas de entrenamiento en inteligencia». **Análisis y Modificación de Conducta**, 18 (61), 647-673.
- Pelechano, V. y Vinagre, J. (1976): «Eficacia y poder diferencial del refuerzo social en la modificación de la conducta de un deficiente mental». **Análisis y Modificación de Conducta**, 2 (2), 133-143.
- Peñate, W. (1986): «Aceptación de la integración de niños ciegos por parte de sus compañeros». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (34), 585-604.
- Perelló, J. y Tortosa, F. (1979): **Sordomudez**, (3ª edición ampliada). Barcelona: Científico-Médica.
- Pérez Alvarez, M. (1988): **Proyecto docente**. Area: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Perfil: Psicoterapia (Modificación de Conducta). Oviedo: Departamento de Psicología, Univers. de Oviedo, (Xerocopiado).
- Pérez Alvarez, M. (1991): «Prehistoria de la modificación de conducta en la cultura española». En V.E. Caballo (Comp): **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**, (51-66). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

- Pflueger, S.S. (1977): **Independent Living**. Washington, DC: Institute of Research Utilization.
- Pinillos Díez, J.L. (1975a): «*Los problemas psicológicos del minusválido y del subnormal*». **Ponencia de la Conferencia MINUSVAL-74**. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo, Tomo I, ps. 517-544.
- Pinillos Díez, J.L. (1975b): «*Los problemas psicológicos del minusválido y del subnormal*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 1 (1), 3-31.
- Pintner, R., Eisenson, J. y Stanton, M. (1941): **The Psychology of the Physically Handicapped**. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Pitman, J. (1961): «*Learning to Read: An Experiment*». *Royal Society of Arts Journal*, 109, 149-180.
- Plummer, J.M. (1976): «*Projective Techniques*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.117-131). Baltimore: University Park Press.
- Postel, J. y Quétel, C. (Comps) (1987): **Historia de la psiquiatría**. México: Fondo de Cultura Económica. (Versión castellana de *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse: Privat, 1983).
- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorian, R.P. y Ramos-McKay, J. (Eds) (1988): **Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prieto, A.G. y Zcrer, S.H. (1977): «*La reestructuración cognitiva como una técnica de modificación de conducta, con un sujeto deficiente mental medio*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 3 (4), 33-42.
- Prigatano, G.P. (1986): **Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Puig de la Bellacasa, R. (1983): «*Notas de presentación a la versión castellana de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*». **Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales**, 14-15, 35-37.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990): «*Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad*». En SIIS (Ed): **Discapacidad e Información**, (ps.63-96), (2ª edición). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, serie «Documentos» nº 14/90.
- Puig de la Bellacasa, R. (1993): **La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par**. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

- Regnier, S.J. y Petrovsek, M. (Comps) (1985): **Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives. A Collection of Articles Published in Rehabilitation Literature 1959-1984**, Special Review Published by the National Easter Seal Society, Chicago.
- Rehabilitación Internacional* (1982): **Carta para los años 80**. Madrid: INSERSO. (Traducción castellana del INSERSO de **Charter for the 80s**. International Rehabilitation, 1980).
- Rehabilitación Internacional* (1987): **Legislación para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad**. (Actas del Congreso de Viena, 2-6 de junio de 1986). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales. (Versión castellana de **Report of the International Expert Meeting on Legislation for Equalization of Opportunities for People with Disabilities**. International Rehabilitation, 1987).
- Remak, J. (Ed) (1969): **The Nazi Years. A Documentary History**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Richardson, S.A. y Koller, H. (1985): «*Epidemiology*». En A.M. Clarke, A.D.B. Clarke y J.M. Berg (Eds): **Mental Deficiency: The Changing Outlook**. Londres: Methuen.
- Roccatagliata, G. (1986): **A History of Ancient Psychiatry**. Nueva York: Greenwood Press.
- Rodríguez Marín, J. (1986): «*Algunos aspectos psicossociológicos de la rehabilitación*». Ponencia para las 1^{as} Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19-III, ps.247-268.
- Roehrer, G.A. (1985): «*Significance of Public Attitudes in the Rehabilitation of the Disabled*». En S.J. Regnier y M. Petrovsek (Comps): **Rehabilitation: 25 Years of Concepts, Principles, Perspectives. A Collection of Articles Published in Rehabilitation Literature 1959-1984**, (ps.68-74), Special Review Published by the National Easter Seal Society, Chicago.
- Roessler, R. y Bolton, B. (1978): **Psychological Adjustment to Disability**. Baltimore: University Park Press.
- Rogers, E.M. (1971): «*Research Utilization in Rehabilitation*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.248-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Romero, J.R. (1985): «*Disminución de conductas disruptivas en un aula de educación especial*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 11 (28), 307-324.
- Rosa, A. y Ochaíta, E. (Comps) (1993): **Psicología de la ceguera**. Madrid: Alianza Editorial.

- Rosen, G. (1974): **Locura y sociedad: Sociología histórica de la enfermedad mental**. Madrid: Alianza Universidad. (Versión castellana de **Madness in Society - Chapters in the Historical Sociology fo Mental Illness**. Nueva York: Harper and Row, 1968).
- Rosen, M., Clark, G.R. y Kivitz, M.S. (Eds) (1976): **The History of Mental Retardation. Collected Papers**, (2 vol.). Baltimore: University Park Press.
- Rosen, M. y Kivitz, M.S. (1976): «*Psychological Evaluation of the Mentally Retarded Adult*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.293-326). Baltimore: University Park Press.
- Ruano Hernández, A. (1981): **Orientaciones a los lesionados medulares sobre su vida sexual**. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Ruano Hernández, A. (1992): **Invalidez, desamparo e indefensión en seres humanos**. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Comillas. (Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, 1993).
- Rubio, V., Zaldívar, F. y Delgado, A. (1993): «*Generalización del comportamiento adaptativo en el retraso mental: transferencia del aprendizaje*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 19 (66), 537-559.
- Rumbaut, R.D. (1972): «*The First Psychiatric Hospital of the Western World*». **American Journal of Psychiatry**, 128 (10), 1305-1309.
- Rusk, H.A. (1977a): **Rehabilitation Medicine** (Fourth Edition). San Luis: C.V. Mosby.
- Rusk, H.A. (1977b): **A World to Care for. The Autobiography of Howard A. Rusk**. Nueva York: Random House and The Reader's Digest Association.
- Rusk, H.A. y Taylor, E.J. (1949): **New Hope for the Handicapped: The Rehabilitation of the Disabled from Bed to Job**. Nueva York: Harper and Row.
- Rutter, M., Tizard, J. y Whitmore, K. (1970): **Education, Health and Behavior**. Londres: Longman.
- Safilios-Rothschild, C. (1970): **The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation**. Nueva York: Random House.
- Saint-Martin, P. (1979): «*Images du handicapé proposées au grand public*». **Readaptation**, 262, 14-21.
- Sanz Aparicio, M.T. (1987): «*Efecto del refuerzo social en una muestra de infantes trisómicos-21 sometidos a estimulación precoz*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (35), 129-144.

- Sanz del Río, S. (1985): **Integración escolar de los deficientes: panorama internacional**. Madrid: Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, serie «Documentos» nº 2/85.
- Sarason, I.G. (1977): **Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada**. México: Trillas. (1ª reimpresión de la 1ª edición castellana de **Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptative Behavior**. Nueva York: Meredith Corporation, 1972).
- Sarason, S.B. (1949): **Psychological Problems in Mental Deficiency**. Nueva York: Harper and Row.
- Sauerburger, D. (1993): **Independence without Sight or Sound: Suggestions for Practitioners Working with Deaf-Blind Adults**. Nueva York: American Foundation for the Blind.
- Scheerenberger, R.C. (1983): **A History of Mental Retardation**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Scheerenberger, R.C. (1984): **Historia del retraso mental**. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. (Versión castellana de **A History of Mental Retardation**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1983).
- Scheerenberger, R.C. (1987): **A History of Mental Retardation. A Quarter Century of Promise**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Schiefelbusch, R.L. (1965): «*A Discussion of Language Treatment Methods for Mentally Retarded Children*». **Mental Retardation**, 3 (2), 4-7.
- Scholl, G.T. (Ed) (1986): **Foundations of Education for the Blind and Visually Handicapped Children and Youth. Theory and Practice**. Nueva York: American Foundation for the Blind.
- Secretaría General de la ONU (1975): «*Rehabilitación de minusválidos*» (Informe a la XXIV sesión, de 6-24-I, de la Comisión de Desarrollo Social). **Boletín de Estudios y Documentación del SEREM**, 3, 43-54.
- Seminario Iberoamericano sobre Rehabilitación en el seno de la Comunidad**, 13-15 de junio de 1990. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Sendrail, M. (1983): **Historia cultural de la enfermedad**. Madrid: Espasa Calpe. (Versión castellana de **Histoire culturelle de la maladie**. Toulouse: Privat, 1980).
- Séneca, L.A.: **Carta a Lucilio**. (Citado por Scheerenberger, 1984, p.26).
- Shakespeare, R. (1975): **The Psychology of Handicap**. Londres: Methuen. (Versión castellana: **La Psicología de la invalidez**. México: Editorial Continental, 1979).

- Shakespeare, R. (1979): **La Psicología de la invalidez**. México: Editorial Continental. (Versión castellana de **The Psychology of Handicap**. Londres: Methuen, 1975).
- Shonkoff, J.P. y Meisels, S.J. (1990): «*Early Childhood Intervention: The Evolution of a Concept*». En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds): **Handbook of Early Childhood Intervention**, (ps.3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shontz, F.C. (1971): «*Physical Disability and Personality*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.33-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shontz, F.C. (1975): **The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability**. Nueva York: MacMillan.
- Shontz, F.C. (1980): «*Theories about the Adjustment to Having a Disability*». En W.M. Cruickshank (Ed): **Psychology of Exceptional Children and Youth**, (ps.3-44), (Fourth Edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Shontz, F.C. (1983): «*Physical Disability and Personality: Theory and Recent Research*». En J. Stubbins (Ed): **Social and Psychological Aspects of Disability**, (ps.333-353), (Fourth printing). Baltimore: University Park Press.
- Shontz, F.C. y Wright, B.A. (1980): «*The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology*». **Professional Psychology**, 11 (6), 919-924.
- SIIS (1985): **Bibliografía sobre Deficientes Físicos y Sensoriales**. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales (SIIS), número monográfico, septiembre.
- SIIS (Ed) (1990a): **Discapacidad e Información**, (2ª edición). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, serie «Documentos» nº 14/90.
- SIIS (Ed) (1990b): **Alternativas institucionales en rehabilitación: Documentos y Experiencias**. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- SIIS (1991): **Repertorio histórico de legislación sobre discapacidades**. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, serie «Documentos» nº 28/91.
- Siller, J. (1984): «*The Role of Personality in Attitudes toward those with Physical Disabilities*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.201-227). Orlando: Grune & Stratton.
- Siller, J., Chipman, A., Ferguson, L.T. y Vann, D.H. (1967): **Studies in Reactions to Disability. XI: Attitudes of the Nondisabled toward the Physically Disabled**. Nueva York: New York University, School of Education.

- Siller, J., Vann, D.H., Ferguson, L.T. y Holland, B. (1967): **Studies in Reactions to Disability. XII: Structure of Attitudes toward the Physically Disabled.** Nueva York: New York University, School of Education.
- Silva, F. y López de Silva, M.C. (1979): «*Tipificación de las escalas AHS-1 y ETC-1 en niños canarios*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 5 (9), 223-244.
- Silva, F., López de Silva, M.C. y Pelechano, V. (1977): «*Aspectos de socialización en escolares normales, deficientes pedagógicos y deficientes mentales*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 3 (4), 89-110.
- Simón López, M.A. (1985): «*Valoración de los efectos de biofeedback-EMG sobre músculos paréticos: Un diseño N-1*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 11 (28), 295-306.
- Simón López, M.A. (1986): «*El pie equinovaro hemipléjico: Una aproximación experimental desde el biofeedback-EMG*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 12 (33), 459-471.
- Simón López, M.A. (1989): **Biofeedback y rehabilitación.** Valencia: Promolibro.
- Simón López, M.A. (1991): **Proyecto docente.** Area: *Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.* Perfil: *Psicología General, Evolutiva y de la Incapacidad.* La Coruña: Departamento de Psicología, Universidad de La Coruña, (Xerocopiado).
- Simón, M.A. y Alcalde, M.C. (1987): «*Técnicas de terapia física tradicional en el tratamiento del pie equinovaro hemipléjico: valoración de los efectos a corto plazo*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (37), 525-534.
- Skinner, B.F. (1938): **The Behavior of Organisms.** Nueva York: Appleton. (Versión castellana: **La conducta de los organismos.** Barcelona: Fontanella, 1975).
- Smyer, M.A., McHale, S.M., Birkel, R. y Madle, R.A. (1988): «*Impairments, Handicapped Environments, and Disability: A Life-Span Perspective*». En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, (ps.9-20). Nueva York: Pergamon Press.
- Solarz, A.L. (1990): «*Rehabilitation Psychologists: A Place in the Policy Process?*». **American Psychologist**, 45 (6), 766-770.
- Staats, A.W. (1968): **Learning, Language and Cognition.** Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston. (Versión castellana: **Aprendizaje, lenguaje y cognición.** México: Trillas, 1982).
- Stolov, W.C. y Clowers, M.R. (Eds) (1980): **Handbook of Severe Disability.** Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N.E. & Associates (1979/1982): **Health Psychology - A Handbook**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Straus, A.A. y Lehtinen, L. (1947): **Psychopathology of the Brain-injured Child**. Nueva York: Grune & Stratton.
- Stubbins, J. (Ed) (1977): **Social and Psychological Aspects of Disability**. Baltimore: University Park Press.
- Swallow, R.M. (1981): «*Fifty Assessment Instruments Commonly Used with Blind and Partially Seeing Individuals*». **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 75, 65-72.
- Szasz, T.S. (1975): **El mito de la enfermedad mental**. Buenos Aires: Amorrortu. (Versión castellana de la 5ª reimpresión de 1968 [1ª edición, 1961] de **The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct**. Nueva York: Harper and Row).
- Task Force on Psychology and the Handicapped (1984): «*Final Report of the Task Force on Psychology and the Handicapped*». **American Psychologist**, 39 (5), 545-550.
- Tizard, J. (1962): «*The Residential Care of Mentally Handicapped Children*». **Proceedings of the London Conference on the Scientific Study of Mental Deficiency**, 659-666. Dagenham: May & Baker.
- Tomas, C.L. (1973): **Le handicapé physique. Son orientation**. Bruxelles: Presses Universitaires de Bruxelles. (Versión castellana: **El minusválido físico. Diagnóstico y orientación**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 2 tomos, 1978).
- Tomas, C.L. (1978): **El minusválido físico. Diagnóstico y orientación**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 2 tomos. (Versión castellana de **Le handicapé physique. Son orientation**. Bruxelles: Presses Universitaires de Bruxelles, 1973).
- Tort, M. (1981): **El cociente intelectual**. (3ª edición). Madrid: Siglo XXI de España Editores. (Versión castellana de **Le quotient intellectuel**. París: Librairie François Maspero, 1974).
- Trannoy, A. (1973): **L'Adaptation des enfants handicapés physiques**. Tournai (Bélgica): Casterman.
- Tredgold, A.F. (1937): **A Textbook of Mental Deficiency**. Baltimore: Williams & Co.

- Trieschmann, R.B. (1980): **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social, and Vocational Adjustment**. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Trieschmann, R.B. (1984a): «*The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps. 125-137). Orlando: Grune & Stratton.
- Trieschmann, R.B. (1984b): «*Vocational Rehabilitation: A Psychological Perspective*». **Rehabilitation Literature**, 45 (11-12), 345-348.
- Trieschmann, R.B. (1987): **Aging with a Disability**. Nueva York: Demos Publications.
- Trieschmann, R.B. (1988): **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social, and Vocational Rehabilitation**, (Second Edition). Nueva York: Demos Publications. (First Edition: **Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social, and Vocational Adjustment**. Elmsford, NY: Pergamon Press).
- Tucker, I. y Nolan, M. (1984): **Educational Audiology**. London: Croom Helm.
- Ullersperger, J.B. (1954): **La historia de la psicología y de la psiquiatría en España. Desde los más remotos tiempos hasta la actualidad**. Madrid: Editorial Alhambra. (Versión castellana de *Die Geschichte der Psychologie und der Psychiatrik in Spanien. Von den Ältesten Zeiten bis zur Gegenwart* verfasst von. Würzburg: A Stuber's Buchhandlung, 1871).
- Ullman, L.P. y Krasner, L. (1965): **Case Studies in Behavior Modification**. Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Ullman, L.P. y Krasner, L. (1975): **A Psychological Approach to Abnormal Behavior**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Urdane, W.M. (1971): «*The State of the Art: Rehabilitation Research Utilization*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.321-326). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vallejo-Nájera, J.A. (1976): **Introducción a la psiquiatría**, (8ª edición). Barcelona: Editorial Científico Médica.
- Van Hasselt, V.B., Strain, P.S. y Hersen, M. (Eds) (1988a): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**. Nueva York: Pergamon Press.
- Van Hasselt, V.B., Strain, P.S. y Hersen, M. (1988b): «*Preface*». En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, (ps.ix-x). Nueva York: Pergamon Press.

- Van Hasselt, V.B., Strain, P.S. y Hersen, M. (1988c): «*Introduction*». En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**, (ps.3-20). Nueva York: Pergamon Press.
- Vander Kolk, C.J. (1981): **Assessment and Planning with the Visually Impaired**. Nueva York: American Foundation for the Blind.
- Veil, C. (1968): **Handicap et société**. París: Flammarion. (Versión castellana: **Minusvalía y Sociedad**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978).
- Veil, C. (1978): **Minusvalía y Sociedad**. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (Versión castellana de **Handicap et société**. París: Flammarion, 1968).
- Verdugo Alonso, M.A. (Dir) (1993): **Maltrato infantil y minusvalía**. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.
- Verdugo Alonso, M.A. (Dir) (1994a): **Actitudes hacia las personas con minusvalía**. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.
- Verdugo Alonso, M.A. (1994b): «*El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR*». **Siglo Cero**, 25 (3-153), 5-24.
- Verdugo Alonso, M.A. (1994c): «*El papel de la psicología de la rehabilitación en la integración de personas con discapacidad y en el logro de calidad de vida*». **Siglo Cero**, 25 (6-156), 33-40.
- Verdugo Alonso, M.A. (Dir) (1995): **Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Verdugo Alonso, M.A. y Lorenzo Pérez, M.P. (1987): «*Entrenamiento de habilidades vocacionales a una deficiente psíquica severa*». **Análisis y Modificación de Conducta**, 13 (35), 157-170.
- Vicens Vives, J. (1974): **Historia general moderna**, (9ª edición, 2 tomos). Barcelona: Montaner y Simón.
- Vineberg, S.E. (1971): «*Psychologist in Rehabilitation: Manpower and Trainig*». En W.S. Neff (Ed): **Rehabilitation Psychology**, (ps.287-312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vineberg, S.E. y Willems, E.P. (1971): «*Observation and Analysis of Patient Behavior in the Rehabilitation Hospital*». **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 52, 8-14.

- Vives, J.L. (1526): **Del socorro de los pobres / De subventionem pauperum**, (edición castellana de 1992). Barcelona: Editorial Hacer.
- VVAA (1993): **La integración social de los minusválidos. Balance después de diez años de vigencia de la Ley 13/1982**. Madrid: Escuela Libre Editorial; Colección Solidaridad, nº 4, Fundación ONCE. (Actas del Seminario sobre la LISMI, Santander, IX-1992).
- Wacker, D.P. y Hoffmann, R.C. (1984): «*Vocational Rehabilitation of Severely Handicapped Persons*». En C.J. Golden (Ed): **Current Topics in Rehabilitation Psychology**, (ps.139-171). Orlando: Grune & Stratton.
- Walls, R.T. y Tseng, M.S. (1976): «*Measurement of Client Outcomes in Rehabilitation*». En B. Bolton (Ed): **Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation**, (ps.207-225). Baltimore: University Park Press.
- Wang, M.C., Reynolds, M.C. y Walberg, H.J. (Eds) (1987): **Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume I: Learner Characteristics and Adaptive Education**. Oxford: Pergamon Press.
- Wang, M.C., Reynolds, M.C. y Walberg, H.J. (Eds) (1988): **Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume II: Mildly Handicapped Conditions**. Oxford: Pergamon Press.
- Wang, M.C., Reynolds, M.C. y Walberg, H.J. (Eds) (1989): **Handbook of Special Education: Research and Practice. Volume III: Low Incidence Conditions**. Oxford: Pergamon Press.
- Warren, D.H. (1984): **Blindness and Early Childhood Development**, (2nd Edition Revised). Nueva York: American Foundation for the Blind.
- Watson, D. y Kendall, P.C. (1983): «*Methodological Issues in Research on Coping with Chronic Disease*». En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds): **Coping with Chronic Disease**, (ps.39-81). Nueva York: Academic Press.
- Weaver, T.R. (1946): «*The Incidence of Maladjustment among Mental Defectives in Military Environment*». **American Journal of Mental Deficiency**, 51 (2), 238-246.
- Weicker, L., Jr. (1984): «*Defining Liberty for Handicapped Americans*». **American Psychologist**, 39 (5), 518-523.
- Weinberg, N. y Williams, J. (1978): «*How the Physically Disabled Perceive their Disabilities*». **Journal of Rehabilitation**, julio/septiembre, 31-33.

- Weinstein, E.A. y Kahn, R.L. (1955): **The Denial of Illness**. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Whitney, E.A. y MacIntyre, E.M. (1944): *War Record of Elwyn Boys»*. **American Journal of Mental Deficiency**, **49** (1), 80-85.
- WHO (1980): **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease**. Ginebra: WHO. (Versión castellana, dirigida por el INSERSO: **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad**. Madrid: INSERSO, 1983a).
- Willard, H.S. y Spackma, C.S. (1963): **Occupational Therapy**. London: Medical Publishing Co. (Versión castellana: **Terapéutica Ocupacional**. Barcelona: Jims, 1973).
- Willems, E.P. (1972): *«The Interface of the Hospital Environment and Patient Behavior»*. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, **53**, 115-122.
- Wittson, C.L., Harris, H.I. y Hunt, W.A. (1943): *«Evaluation of the Brief Psychiatric Interview»*. **Journal of Psychology**, **16**, 107-114.
- Wodrich, D.L. y Joy, J.E. (Eds) (1986): **Multidisciplinary Assessment of Children with Learning Disabilities and Mental Retardation**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Wolfensberger, W. (1972): **Normalization: The Principles of Normalization in Human Services**. Toronto: National Institute of Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1980): *«The Definition of Normalization: Update, Problems, Disagreements, and Misunderstanding»*. En R.J. Flynn y K.E. Nitsch (Eds): **Normalization, Social Integration, and Community Services**. Baltimore: University Park Press.
- Wolfensberger, W. (1983): *«Social Role Valorization: A Proposed New Term for the Principle of Normalization»*. **Mental Retardation**, **21** (6), 234-239.
- Wolfensberger, W. (1984): *«A Reconceptualization of Normalization as Social Role Valorization»*. **The Canadian Journal of Mental Retardation**, **34** (2), 22-26.
- Wolfensberger, W. (1986): *«El debate sobre la normalización»*. **Siglo Cero**, **105**, 12-28.
- Wright, B.A. (Ed) (1959): **Psychology and Rehabilitation**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wright, B.A. (1960/1983): **Physical Disability - A Psychological Approach**. Nueva York: Harper and Row.

- Wright, B.A. (1984): «*Developing Constructive Views of Life with a Disability*». En D.W. Krueger (Ed): **Rehabilitation Psychology: A Comprehensive Textbook**, (ps.99-109). Rockville: Aspen Systems Corporation.
- Wright, G.N. (Ed) (1976): **Wisconsin Studies in Vocational Rehabilitation: Series 3, Monographs XVII-XXIV**. Madison: University of Wisconsin, Regional Rehabilitation Research/Institute.
- Wright, G.N. (1980): **Total Rehabilitation**. Boston: Little, Brown and Company.
- Wright, G.N. y Remmers, H.H. (1960): **Handicap Problems Inventory**. Lafayette, IN: Purdue University Research Foundation.
- Wright, G.N. y Trotter, A.B. (1968): **Rehabilitation Research**. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Wright, K.C. (1977): **Ethics and Rehabilitation: Thoughts about Values and Professional Behavior in Rehabilitation**. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- Yates, A.J. (1982): **Terapia del comportamiento**. México: Trillas. (6ª reimpresión de la 1ª edición castellana de 1973 de **Behavior Therapy**. Nueva York: John Wiley & Sons, 1970).
- Yepsen, L.N. (1945): «*Post-War Problems in Guidance of the Mentally Subnormal*». **American Journal of Mental Deficiency**, 50 (2), 291-295.
- Yuker, H.E. (Ed) (1988): **Attitudes toward Persons with Disabilities**. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Yuker, H.E., Block, J.R. y Young, J.H. (1966): **The Measurement of Attitudes toward Disabled Persons**. Albertson, NY: Human Resources Center.
- Zaldívar, F. (1994): «*Diseño y elaboración de un sistema de evaluación curricular y criterial del comportamiento adaptativo en personas pluri-deficientes*». **Integración**, 16, 5-16.
- Zaretsky, H.H. e Ince, L.P. (1981): **Terapia de Conducta en Rehabilitación** (II Curso de actualización para Psicólogos y otros Profesionales de Equipos de Rehabilitación). Madrid: Fundación MAPFRE, 28-30-V.
- Zilboorg, G. y Henry, G.W. (1968): **Historia de la psicología médica**. Buenos Aires: Psiqué. (Versión castellana de **A History of Medical Psychology**. Nueva York: W.W. Norton, 1941).

INDICE ONOMASTICO (1)

(1) Las **páginas en negrita** indican las referencias bibliográficas completas.

INDICE ONOMASTICO

- Abert, J., 105, 298
Abulcasis, 286
Acebes, M.C., 445
Addison, T., 117, 308
Adler, A., 323
Adler, N.E., 386, 453
Adriano, 51, 283
Agrícola, R., 61, 96, 288
Agrippa, C., 72, 290
Aguado Díaz, A.L., 13-14, 25, 147-148, 186, 220, 226, 229, 232, 238, 246, 252, 403, 406, 413-414
Agustín, San, 94
Alastuey, J.M. de, 94, 96
Albrecht, G.L., 381, 414
Alcalde, M.C., 452
Alcedo Rodríguez, M.A., 25, 147, 226, 409, 414
Aldrovandi, U., 299
Alex, 255, 399, 414
Alexander, F., 85, 114, 414
Alexander, W.P., 339
Alfonso V, 82, 84, 294
Alfonso VIII, 61, 288, 295
Alió, J., 403, 436
Alonso, A., 79, 146, 445
Alonso de Anaya, 79
Alonso de Motúfar, 294
Alonso Tapia, J., 146, 414
Alvarez, B., 81
Alvarez Villar, A., 376, 424
Alzheimer, A., 216, 322
Amatruda, C.S., 352
Amman, 100
Amsel, R., 396, 427
Anastasi, A., 146-147, 357, 415
André, N., 110, 302
Andrés, J., 95, 100, 106
Andreu, C., 232, 415
Angélica, 299
Anstey, A., 351
Anthony, Q.A., 395, 415
Apert, E., 149, 329
Arana, J., 425
Arias Martínez, B., 405, 409, 415
Arias, J., 405, 415
Aristóteles, 33, 46, 49, 76, 95, 99, 103, 281, 415
Arnoldi, 94, 104
Asch, A., 240, 244, 415
Asclepiades de Prusa, 46, 52, 282
Asken, M.J., 220-221, 381, 415
Astbury, J., 111
Athelstan, T., 222, 390, 423
Aubanel, 113
Augusto, 46, 51, 282
Avenzoar, 58, 286
Averroes, 58, 286
Avicena, 48, 58, 286
Azi d'Etavigny, 102
Aznar López, M., 88, 106, 160, 415, 416
Babinski, J., 149, 328
Baer, D.M., 440
Bagellardus, P., 108
Baier, D.E., 168, 342, 416
Bakwin, H., 189-190, 375, 416
Bakwin, R.M., 375, 416
Baltasar Carlos, 293

- Bandura, A., 210, 371, **416**
 Bank-Mikkelsen, N.E., 220, 223, 228, 371, **416**
Barbarroja, Aruy, 62, 288
 Barbola, M., 79, 293
 Bardeau, J.M., 26, 43, **416-417**
 Barker, R.G., 187, 189, 216, 346, 348, 358, **417**
 Barnosell Nicolau, F., 78, **417**
 Barr, M., 151
 Barr, M.L., 353
 Barreto, M.P., 219, **417, 433**
 Barry, J.R., 238, 395, **417**
 Basilio, San, 46, 55, 284
 Basmajian, J.V., 219, **417**
 Bassett, D.M., 173, 175-177, 179, 182, 342, **417**
 Bassoe, P., 80-81, **417**
 Bauman, M., 238, 355, 380, **417**
 Bayley, N., 371
 Beeghly, M., 404, **422**
 Beethoven, L. van, 266, 308
 Beill, P., 124, 310
 Belhomme, J.E., 308
 Belloch, A., 217, 219, 405, 410, **417-418, 433, 445**
 Belmont, L., 198, 399, **418**
 Bénassy, J., 346
 Bender, L., 147, 339
 Bender, M., 394, **418**
 Benedet, M.J., 405, **418**
 Benedicto XIII, 82
 Benito, San, 97, 101
 Benton, A.L., 351
 Berg, J., 198, 396, **422, 435 448**
 Berger, H., 337
 Berlinghingen, G. von, 62, 289
 Bernal, T., **428**
 Bernstein, C., 154, 327
 Beruete, J., 402, **431**
 Bijou, S.W., 142, 226, 324, 364-365, 367, **418, 440**
 Bilotto, G., 220-221, 241, 245, 386, **418**
 Binet, A., 122, 144-146, 322-324, 339, 361, **446**
 Bintig, A., 167, 390, **418**
 Birch, H., 325
 Birkel, R., 400, **452**
 Bishop, D.S., 189, 219, 236, 239, 244, 388, **418**
 Bismarck, O. von, 152, 327-328
 Blanco, F., 232, **418**
 Blatt, B., 228, 367, 398, 403, **441**
 Bliss, C.K., 367-368, 378, **418**
 Block, J.R., 226, **458**
 Blum, L.H., 147, 375
 Bobath, B., 371, 379, **418**
 Bobath, K., 365, 388, **419**
 Boltanski, E., 191, 384, **419**
 Bolton, B., 189, 220-221, 238, 244, 246, 378, 380, 386, **419, 424-425, 430-431, 436, 440, 443, 447-449, 456**
 Bonet, J.P., 94, 96-97, 99, 102, 297
 Bonnaterre, 130, 308
 Boring, E.G., 60, 72, **419**
 Bors, E., 186, 343-344
 Borthwick-Duffy, S., 254, **419**
 Boswell, D.M., 191, 220-221, 237, 240, 245-246, 359, **419**
 Botella, C., 231-232, **419**
 Bouhler, reichsleiter, 164
 Bourneville, D., 119, 122, 313, 318
 Bradley, L.A., 244, 393, **420, 441, 456**
 Braidwoods, T., 304, 310
 Braier, L., 123, 149, 159, 194-195, **419**
 Braille, L., 104, 305, 309
 Branch, L.G., 246, **424**
 Brandt, Dr., 164
 Bray, D., 172, **430**
 Brecht, B., 265
 Brengelmann, J., 141, 231, **419-420**
 Bridgeman, L., 125, 312
 Brieland, D., 237, 374, **420**
 Bringham, C., 160, 336
 Broca, P.P., 117, 311
 Brown, 189, 243, 255, 387
 Brown, A.L., 248, **420-421**
 Brown, M., 221, **420**

- Brown, R.I., 402, **420**
 Brown, R.T., 222, 235-236, 238-239, 244, 246, 397, **420**
 Brucker, B.S., 238, 391, 393, 395, **420**
 Brunet, O., 382
 Buchinger, M., 301
 Buckelew, S.P., 224, 255-256, **414, 428**
 Buda, 40-41, 278
 Bueno, G., 21, **420**
 Buero Vallejo, A., 288, 303, 353, 362
 Bunge, M.A., 141, **421**
 Burack, J.A., 404, **432**
 Burgdorf, R.L., 26, 220-221, 236, 240, 244, 246, 263, 388, **421**
 Burgemeister, B.B., 147, 375
 Burish, T.G., 189, 236, 239, 244, 393, **420-421, 441, 456**
 Burt, C., 197, 339, **421**
Buscón don Pablos, 80, 292
 Butler, F.O., 170, 176-177, 342, **421**
 Byrd, E.K., 392, **425**
 Byron, G.G., 266, 308
- Cabada Alvarez, J.M., **421, 430**
 Caballé, C., 373
 Caballo, V.E., **446**
 Calvino, J., 57, 63, 289
 Calvo, G., **445**
 Camarero Sánchez, C., 229, 258, 382, **421**
 Campione, J.C., 248, **420-421**
 Campos, J., **425**
 Cañizares, J. de, 96
 Caplan, G., 228, 358-359, **421**
 Carasa Soto, P., 78, 91, **421**
 Cardenal, F., 245, **421**
 Carlomagno, 57-59, 287
 Carlos IV, 94, 105, 298
 Carpintero, H., 36, 85, 93, 95, 101, 104, 118, 130, 231, **422**
 Carreño de Miranda, J., 79, 293
 Carrobes, J.A.L., 190, 230, 391, 400, **422, 427, 434**
- Casado, D., 23, 77, 91, 249, 251-252, 405, **422**
 Castro, P. de, 94, 96, 99-100, 297
 Cattell, J.M., 145, 323-324, **422**
 Cattell, R.B., 357
 Ceballos, J. de, 78, 110, 292
 Cecilia Tejedor, A., 104-105, **422**
 Celso, A.C., 46, 48, 52, 283
 Cervantes, M. de, 79, 266, 291
 Charcot, J., 117, 311
 Chatelanat, G., 230, **428**
 Chiarugi, V., 114, 305
 Chipman, A., 226, **451**
 Cicchetti, D., 240, 248, 404, **422**
 Cicerón, M.T., 46, 51-53, 282
 Ciudad Maestro, E., 398, **422**
 Claramunt López, F., **430**
 Clark, G.R., 25, 381, **449**
 Clarke, A.D.B., 197-198, 216, 227, 236, 239, 248, 255, 356, 381, 393, 396, 399, **422, 435, 448**
 Clarke, A.M., 197-198, 216, 227, 255, 356, 381, 396, 399, **422, 435, 448**
 Claudio, 46, 51-52, 282
 Cleveland, S.E., 370, **427**
 Cloninger, C., 243, **425**
 Clowers, M.R., 390, **452**
 Coakley, F., 178-181, 342, **422**
 Cobb, A.B., 189, 376, **423**
 Cobb, H., 369
 Cobos Alvarez, P., 232, **423**
 Codina Casals, B., 407, **423**
 Cohen, F., 386, **453**
 Cole, L., **436**
 Colin, D., 386, **423**
 Cone, J.D., 390
 Confucio, 39-40, 277
 Conley, R.W., 255, 376, **423**
 Connor, F.P., 142, **423**
 Conolly, J., 305
 Cook, T.D., 216
 Corcoran, P.J., 246, **424**
 Corpeuter, 149, 329
 Coulter, D.L., 253, **437**
 Cowen, E.L., 159, 340, 401, **447**

- Crewe, N.M., 222, 238, 390, **423**
 Crick, F.H., 194, 355
 Cristóbal Méndez, J., 78, 110, 291
 Criswell, J.H., 237, 374, **423**
 Cronbach, L.J., 147, 216, 375, **423**
 Crossiord, A., 346
 Crouzon, O., 149, 330
 Cruickshank, W.M., 142, 187, 189-190, 220-221, 236, 239, 244, 246, 348, 376, 388, **423-424, 437, 439, 451**
 Crystal, R.M., 386, **424**
 Cull, J.G., 221, 246, 375, 399, **424, 429, 436-438**
 Cullen, W., 73, 302
 Curcoll, M.L., 407, **424**
 Curie, P., 320
 Curie, M., 320
 Cutsforth, T.D., 338
- Dalí, S., 293
 Dandy, W.E., 332
 Dannet, H., 305
 Daquin, J., 114, 305
 Dare, N.L., 388, **430**
 Darwin, C.R., 309
 Datheus, 59, 287
 Dato, E., 152, 329
 David, 45
 Davidson, R., 378
 Davidson, W.S., 245, 359, **441**
 Dawis, R.V., 221, 238, 374, 380, **424, 437**
 de Acedo, D., 79, 293
 De Ajuriaguerra, J., 239, 246, **424**
 de Beverley, J., 61, 96, 287
 De Jong, G., 220-222, 237, **241, 245-246, 386, 390, 424**
 de Lange, C., 159, 338
 de Miguel, A., **446**
 de Tena-Dávila, M.J., **418**
 De Vries, H., 153, 322
 Deaver, 186, 343-344
 Decroly, O., 129, 154, 161, 327
 Del Barrio, J.A., 231, **424, 445**
- Del Barrio, M.V., 85, 93, 101, 104, 130, **422, 424**
 Del Río Pereda, P., 25, 398, **424**
 Delgado, A., **449**
 Dell Orto, A.E., 383, **438**
 Dennis, R.E., 243, 409, **425**
 Deschamps, 104
 Detterman, D.K., **420**
 Dewey, J., 322
 Dhritarashtra, 41, 278, **443**
 Díaz Pereira, X., 190, 384, **425**
 Dickens, C., 126
 Diderot, D., 302
 Diego, R., **445**
 Diller, L., 237, 374, **425**
 Dix, D. L., 73, 126, 129, 309
 Doll, E.A., 158, 171, 174, 181-182, 339, 342, **425**
Dómine Cabra, 80, 292
 Dörner, K., 112, 114, **425**
 Doucastella, R., 385, **425, 427, 444**
 Down, J.L., 119, 121, 128, 194-195, 216, 311, 357, 405, **422**
 Duchenne, G., 309
 Dugdale, 153, 327
 Dumaret, A., 397, **425**
 Duncan, P.M., 119, 122, 317
 Dunn, L., 197
 Duns Escoto, 112
 Duque de Mantua, 100
 Duttel, P.J., 108, 302
 Duyme, M., 397, **425**
- Eber, H.W., 238, 380, **425**
 Ebers, 44, 279
 Edipo, 46, 281, **443**
 Eduardo I, 61
 Eduardo II, 57, 61, 63, 288
 Edwin Smith, 43, 279
 Egina, P. de, 48, 287
 Eisenson, J., 340, **447**
 Elers, los hermanos, 111
 Elliott, T.R., 239, 244, 392, **425**
 Ellis, N.R., 364, 367, **418, 425**
 Elwood, P.M., 375, **435**
 Emminghaus, H., 314

- Enderle, A., 43, 79, 409, **426**
 English, R.W., 142, **426**
 Equipo Taure, **430**
 Ernaud, 94, 104
 Esculapio, 46-47, 281
 Esquirol, J., 119-120, 122, 128, 144, 308
 Estabrook, A.H., 153, 331
 Eysenck, H.J., 141, 147, 191, 210, 239, 246, 360, 365-366, 381, **426**
 Eysenck, S.B.G., 147, 365, 380, **426**
- Fagge, 123, 316
 Falret, J.P., 312
 Farell, E.E., 154, 161, 327
 Fechner, G.T., 321
 Feijoo, B.J., 71, 94, 97-98, 100-101, 106, 298, **426**
 Felipe II, 91, 292
 Felipe IV, 292
 Felipe de Liaño, T., 292
 Fenderson, D.A., 255, **426**
 Ferguson, L.T., 226, **452**
 Fernald, W., 154, 157, 327
 Fernández, R., **425**
 Fernández Navarrete, J., 105, 298
 Fernández-Ballesteros, R., 391, 398, **414, 426-427, 434**
 Fernando el *Católico*, 89, 295
 Ferro García, R., 232, **427, 432**
 Ferrus, G. M.A., 312
 Feuerstein, R., 387, **427**
 Fichten, C.S., 396, **427**
 Fierro, A., 222, 228, 257, 396, **425, 427**
 Figueroa, R., **436**
 Fish, W., 131
 Fisher, S., 189, 370, **427**
 Fitzherbert, A., 63, 144, 289
 Flórez García, M.A., **414**
 Flynn, R.J., 389, **427, 457**
 Fölling, I.A., 159, 338
 Fordyce, W.E., 189, 220-221, 237, 374, 381, **427**
 Forteza Méndez, J.A., 229, **428**
- Foster, R., 371, **441**
 Foucault, M., 59, 74, 113, **428**
 Francia, I., 79, **428**
 Francisco I, 109
 Frank, R., 224, 255-256, **414, 428**
 Frankel, E., 168, 169-172, **428**
 Franklin, B., 112, 302, 304
 Fraser, R.T., 152, 220, 237, 244, 394, **428**
 Freud, S., 117, 123, 141, 322
 Fröbel, F., 116, 305
 Frölich, A., 149, 328
- Gable, R., 405, **428**
 Gaillard, F., 190, 230, 238, 396, **428**
 Galen, C.C., 46, 166, 341
 Galeno, 52, 57, 283
 Galguera, M.I., **428**
 Galindo, E., 389, **428**
 Gall, F.J., 119, 126, 308
 Gallardo Jaúregui, M., 409, **429**
 Gallaudet, T.H., 125, 310
 Galton, F., 145-146, 321
 Gandy, G., 23, 152, 168, 185, 188, 221, 375, 399, **428, 436, 438**
 García, E., **425**
 García, L., **445**
 García Fernández, J.A., 123, **429**
 García García, E., 113, 156, 222, 228, 234, 403, 127, **429**
 García Gual, C., **415**
 García López, J., 79-80, **429**
 García Martín, J.M., **429**
 García Sánchez, J.N., 232, **429**
 García Sicilia, J., **433**
 García Viso, M., 229, **429**
 Garrett, J.F., 187, 189, 348, 363, **429**
 Garrido, J., 150, **446**
 Garrod, A.E., 149, 330
 Gaucher, P.C., 123, 319
 Gauthier, M., 195, 216, 357
 Gazoni, 73, 290
 Gellman, W., 187, 238, 360, 380, **430**
 Genshaft, J.L., 283, **430**

- Geoffroy Saint-Hilaire, I., 309
 Gesell, A., 352
 Giangreco, M., 243, **425**
 Giginta, M., 78, 87, 92, 297
 Gimeno, E., **418**
 Ginsberg, E., 172, **430**
 Gisbert Alos, J., 236, 239, 244, 246,
 389, **421, 430**
 Gleser, G.C., **423**
 Glisson, F., 108, 300
 Gluck, J., 224, 255-256, **414, 428**
 Goddard, H.H., 145-146, 150, 153,
 157, 321, 325, 330
 Godoy, J., 400, **422**
 Godoy, M., 94, 105, 298
 Goetz, P.W., 52, 77, 93, 97, **430**
 Goffman, E., 189, 364, **430**
 Gogi, 117
 Gold, M., 383, **430**
 Golden, C.J., 189, 220, 222, 235-
 236, 238, 244, 394, **417, 420, 428,**
430-432, 436, 451, 454, 456
 Goldin, G.J., 189, 237, 369, 374,
430
 Golgi, C., 313
 Góngora, 80, 293
 Gonick, M.R., 187, 346, 348, **417**
 González, M., **445-446**
 González Mas, R., 257, 385, **430**
 González Sánchez, C., 372, **430,**
436
 Goodenough, F.F., 147, 336
 Goodman, N., 363, **430**
 Gordon, E.W., 237, 374, **430**
 Goya, F.J. de, 266, 293, 307
 Graciano, 59, 287
 Graig, 194, 355
 Grainfield, J.M., 254, **430**
 Gramling, S.E., 244, **425**
 Grashey, H., 144, 321
 Gray, D.B., 255, **431**
 Greding, 144, 320
 Greenberg, R.P., 147, **434**
 Greig, D.M., 158, 336
 Greenspan, S., 254, **431**
 Gresham, F.M., 254, **438**
 Grossman, H., 196, 225-226, 377,
 392, **431**
 Grunberger, R., 163-166, **431**
 Grzesiak, R.C., 238, 395, **431**
 Guerra, L., **445**
 Guggenbühl, J., 127-128, 310, 313
 Guislain, J., 146, 320
 Gulliksen, H., 147, 353
 Gunzburg, H., 197-198, 351, 356,
 365
 Gurling, 123, 316
 Gutiérrez de Tovar, J., 95, 193, 402,
431
 Gutiérrez García, M., **414**
 Guttmann, L., 44, 48, 52, 58, 186,
 198, 343, 345, 366, 376, 381, 391,
431
 Hall, G. S., 143, 145-146, 321, 323
 Halpern, A.S., 243, 409, **431**
 Hammurabi, 40, 278
 Hanks, J.R., 25, **431**
 Hanks, L.M., 25, **431**
 Hansen, C.E., 380, 395, **443**
 Hardy, R.E., 221, 246, 375, 399,
424, 429, 436-438
 Harmon, L.W., 238, 380, **431**
 Harris, H.I., 170, **457**
 Harris, W., 108, 301
 Harsdorffer, 104, 301
 Hart, V., 255, **431**
 Haskell, R.H., 174-176, 342, **432**
 Haslam, 144, 320
 Hathaway, S., 147, 351
 Hatrnup, 194, 357
 Hauser, K., 121
 Haüy, V., 94, 104, 125, 303, 305,
 309
 Healy, W., 143, 325
 Heber, R., 196, 354, 360-361, **432**
 Heine, 125, 307, 310
 Heineke, S., 94, 104, 302
 Helander, E., 191, 220-221, 237,
 241, 245-246, 359, **432**
 Hendel, D.D., 221, 374, **437**
 Henri, V., 323

- Henry, G.W., 35-36, 44, 57, 59, 78, 89, 117, **458**
 Hernández, A., **445**
 Hernández Conesa, S., 47, 61, 64, 91, **432**
 Hernández Gómez, R., 38, 62, 110, **432**
 Herpaste, 51
 Herrero, P., **418**
 Herruzo, J., 232, **432**
 Hersen, M., 63, 143, 222, 224, 234-235, 240, 248, 255-256, 394, 400, **434, 4442, 452, 454-455**
 Hervás y Panduro, L., 94, 105, 298
 Hilliard, L.T., 357, **432**
 Hines, J., 396, **427**
 Hinojosa, G., **428**
 Hipócrates, 34, 46-48, 57-58, 76, 103, 108, 281, 284, 286-287
 Hirsh, 194, 355
 Hitler, A., 163-164, 166, 340, **432**
 Hobbs, N., 141, 197, **432**
 Hodapp, R., 240, 248, 404, **432**
 Hoefler, W., 108, 301
 Hoffmann, R.C., , **456**
 Holder, W., 301
 Holland, B., 226, **452**
 Holvey, D.N., 384, **432**
 Horton, A.M., 238, 394, **432**
 Howe, S.G., 119, 125, 129, 309, 312, 314-315
 Hsu, 355
 Huarte de San Juan, J., 77, 144, 291
 Hunt, W.A., 170-171, **432, 457**
 Hurtig, M.C., 371
 Hutchinson, J.D., 246, **437**
 Hylbert, K.W., 386, **433**
- Ibáñez, E., 217, 219, **417, 433**
 Ince, L., 186, 189, 220-221, 230, 378, 381, 388, 391, **433, 458**
 Iñigo, San, 99
 Iñiguez del Val, M., 229, **429**
 Ireland, W., 119, 121-122, 146, 312, 316
 Irwin, R., 325
- Isabel I, 289
 Isabel Clara Eugenia, 292
 Isidoro de Sevilla, San, 108
 Isis, 43
 Isseldyke, J.E., 401, **434**
 Itard, J., 94, 102, 118, 128, 130-131, 308
- Jackson, M., 171, **432**
 Jacobson, J.W., 254, **434**
 Jacobson, W.H., 408, **434**
 James, W., 321, 323
 Jansen, M.A., , **415**
 Jensen, A., 370, **434**
 Jesucristo / Jesús de Nazaret, 53-55, 64-65, 283
 Jofré, J.G., 72, 81-82, 85, 268, 290, 294
 Johnson, F.A., 147, **434**
 Johnson, G.E., 324
 Johnson, G.O., 227, 354, 362, **434**
 Johnson, L.B., 366
 Joly, A., 114, 305
 Joy, J.E., 398, **457**
 Juan II, 89
 Juan, San, 53-54
 Juan Bautista, San, 99
 Juan de Dios, San, 291
 Juan Espinosa, M., **434**
 Juárez, A., **433**
 Jukes, los, 127, 153, 331
 Jung, C.G., 323, 332
 Justicia de Aragón, el, 97
 Justiniano, 56, 57, 285
- Kahn, A.S., 240, 244, **434**
 Kahn, R.L., 349, **457**
 Kallikak, los, 127, 153, 330
 Kamin, L., 158, **434**
 Kanfer, F.H., 147, 372, **434**
 Kanner, L., 25, 52, 101, 103, 112-113, 146, 156, 354, 365, **434**
 Kaplan, F., 213, 367
 Karnes, M.B., 402, **442**
 Kates, B., 378, **434**

- Kazdin, A.E., 386, **435**
 Kendall, P.C., 393, **456**
 Kennedy, J.F., 197, 224, 346, 361
 Kephart, N., 158, 340
 Kerlin, I.N., 124, 128-129, 312, 317
 Kern, K.F., 314
 Kerr, N., 220-221, 368, 381, **435**,
440
 Kessler, H.H., 186, 338, 343, 346,
 372, **435**
 Kiernan, C., 379, **435**
 Kirk, S.A., 197, 354, **435**
 Kirman, B.H., 357, **432**
 Kivitz, M.S., 25, 381, **449**
 Klinefelter, 195
 Knight, J., 124, 316
 Koch, R., 117, 313
 Kohs, S.C., 326
 Koller, H., 198, 397, **448**
 Kottke, F.J., , **435**
 Krabbe, K.H., 149, 331
 Kraemer, H., 34, 57, 60, 289
 Kraepelin, E., 117-118, 315, 322
 Krasner, L., 38, 47, 51, 210, 367,
454
 Kretschmer, E., 323
 Krueger, D.W., 190, 396, 403, **435**,
458
 Krusen, F.H., 186, 343, 345, 375,
435
 Kugel, R., 371, **416**, **435**, **441**
 Kuhlmann, F., 145-146, 150-151,
 321, 323, 331
 Kutner, B., 25, 237, 374, **435**
- L'Epée, 94, 104, 304
 Labregère, A., 191, 390, **436**
 Lagos, M., 372, **436**
 Laín Entralgo, P., 22-23, 25-26, 35-
 37, 39, 42, 55, **436**
 Lambert, N., 380, **436**
 Landsteiner, 194, 351
 Laria, C., 403, **436**
 Lassiter, M.H., 23, 152, 168, 173,
 185, 188, 220, 222, 241, 246,
436-437
- Lassiter, R.A., 23, 152, 168, 185,
 188, 222, 246, 393, **436-437**
 Lasso, licenciado, 94-98, 297
 Laurence, J.Z., 122, 317
 Lázaro / Lazarillo, 79, 292
 Lazarus, R.S., 393
 Lehtinen, L., 201, 352, **453**
 Leiter, 337
 Lejeune, J., 195, 216, 357
 Leland, H., 371, **441**
 Lenin, V., 266, 322
 Lesch-Nyhan, 195
 Leung, P., 238, 394, **436**
 Levan, A., 195, 355, 357
 Leventhal, H., 393, **441**
 Levine, E.S., 187, 237-238, 363,
 380, **429**, **436**
 Leviton, G.L., 374, **436**
 Lewin, K., 187, 190, 323, 346, 349
 Lewit, K., 405, **437**
 Lezcano, F., 79, 293
 Lèzine, I., 382
 Linaza, J., **433**
 Lindemann, J.E., 189, 391, **437-438**
 Linkowski, D.C., 374, **437**
 Linné, C. von, 302
 Little, W.J., 123, 316
 Lofquist, L.H., 186-187, 189-190,
 221, 238, 349, 360, 374, **437**
 Lombroso, C.E.M., 126-127, 313
 Lope de Vega, 80, 84, 293-294
 López de Silva, M.C., **452**
 López Dóriga, M.J., **445**
 López Piñero, J.M., 43, 81, 83, 108-
 110, **437**
 Lorenzo Pérez, M.P., **455**
 Lorge, I., 147, 375
 Lorion, R.P., 401, **447**
 Lowe, 194, 354
 Lowenfeld, B., 239, **437**
 Lubs, 216
 Lucas, San, 53-54
 Luciano, M.C., 231, **432**, **437**
 Lucilio, 282, 51, **450**
 Luck, R.S., 246, **437**
 Luckasson, R., 253-254, **437**

- Luis IX, 57, 61, 288
 Luis XIII, 300
 Luis XIV, 266
 Luis XV, 102
 Luján, J.E., 418
 Luria, A.R., 324, 438
 Lutero, M., 57, 63, 289
- Maalouf, A., 62, 438
 MacDonald, M., 245, 359, 441
 Machover, K., 147, 353, 438
 MacIntyre, E., 175-176, 342, 457
 MacMillan, D.L., 254, 438
 Madle, R.A., 400, 452
 Magendie, F., 117, 308
 Magnanus, M., 299
 Mahoma, 56, 285
 Maimónides, 57-58, 64, 268, 286
 Mann, H., 128-129, 308, 312, 315
 Mann, T., 19, 438
 Marchesi, A., 400, 433, 438
 Mardomingo Sanz, M.J., 430
 Marfan, B.J.A., 123, 319
 Marinelli, R.P., 189, 383, 438
 Marqués de Santa Ana, 327
 Márquez, M.O., 434
 Marston, D., 401, 434
 Martín I el *Humano*, 81-82
 Martín, E.D., 221, 375, 399, 428, 436, 438
 Martín, R., 445
 Martínez, A., 419
 Martín Bermúdez, S., 443
 Martínez Vallejo, E., 79, 293
 Martorel, C., 392
 Massieu, M.P., 446
 Matarazzo, J.D., 219, 438
 Mateo, San, 53-54
 Mateo, I., 445
 Matheussen, C., 77, 89, 91, 438
 Matson, J.L., 236, 239, 248, 390, 404, 439
 Maura, A., 152, 329
 Mayor, J., 129, 236, 239, 244, 246, 403, 425, 429, 433, 439
 McCartney, J.R., 390, 439
 McCarthy, D., 375
 McDaniel, J.W., 189, 371, 439
 McGowan, J.F., 368, 439
 McHale, S.M., 400, 452
 McKinley, J.C., 147, 351
 McNaughton, S., 378, 434
 McReynolds, P., 216, 368, 439
 McReynolds, R.A., 227, 441
 Medina, J. de, 87, 91, 296
 Medrano, P., 445
 Meisels, S.J., 240, 248, 404, 439, 451
 Mendel, G.J., 117, 153, 311
 Méndez, A., 294, 405, 439
 Mendis, P., 220, 241, 245, 359, 432
 Menkes, 194, 355
 Menninger, W., 168-170, 172-173, 439
 Menolascino, F.J., 393, 439
 Mercado, L. de, 78, 110, 291
 Merrill, M.A., 146, 325, 339
 Merzbacher, L., 123, 319
 Mestre, V., 424
 Metlinger, 108, 111
 Meyerhöfer, D., 43, 79, 409, 426
 Meyerson, L., 40, 142, 187, 220-221, 239, 348-349, 368, 417, 439-440
 Michael, J.L., 220-221, 368, 440
 Milbank, J., 186, 343
 Millar, W., 119, 122, 317
 Miller, G.A., 238, 380, 394, 432, 440
 Miller, W.G., 432
 Milton, J., 266, 300
 Mischel, W., 370, 440
 Mittler, P., 191, 220-221, 234, 238, 246, 372, 440
 Molina Arriño, A., 404, 440
 Moltó, J., 231, 440
 Monfort, M., 433
 Montaigne, M.E. de, 72, 291
 Montessori, M., 129, 131, 317
 Montoro Martínez, J., 19, 23, 61, 88, 404, 440
 Moon, R.C., 122, 317
 Moos, R.H., 189, 217, 219, 236, 239, 244, 440

- Mora, S. de, 79, 293
 Moragas Moragas, R., 378, **440**
 Morales, A. de, 96-97, 297
 Morel, P., 81, 85, 114-115, 120, 126, **440**
 Morris, R.J., 227, 236, 240, 244, 246, 398, 403, **441**
 Muller, C.L.L., 305
 Munro, D., 186, 343-344
 Münsterberg, H., 145, 323
 Murray, G.R., 123, 319
 Murray, H.A., 339
 Myers, J.S., 367, **441**
 Myklebust, H.R., 365, **441**
- Nams, los, 127
 Nanda, H., **423**
 Napoleón, 127
 Nasser, G.A., 43
 Neanderthal, 37, 277
 Nebreda, 155
 Neff, W.S., 139, 186-187, 189-190, 220-221, 236-237, 374, **420, 423, 425, 427-428, 430, 435-436, 441, 448, 451, 455**
 Nelson, G., 220, 241, 245, 359, **432**
 Neman, R., **439**
 Nerenz, R., 393, **441**
 Nerva, 51, 283
 Nicolás Taumaturgo, San, 114
 Niemann, A., 149, 331
 Nietzel, M.T., 240, 245, 359, **441**
 Nihira, K., 371, **441**
 Nirje, B., 220, 223, 371, **441**
 Nitsch, K.E., 389, **427, 457**
 Nolan, M., 396, **454**
 Nuffield, E.J., 49-50, 122-123, 127, 149, 159, 194-195, 197, 268, 401, **441**
- O'Connor, N., 197-198, 352, 356, **442**
 O'Malley, P.L., , **430**
 Obermann, C.E., 185, 367, **442**
 Ochaíta, E., 402, 408, **442, 448**
 Odom, S.L., 402, **442**
- Ogilvy, John y Jane, 315
Oliver Twist, 126
 Ollendick, T.H., 63, 143, 239, 246, **442**
 Oribasio, 48
 Ornila, I., **445**
 Ortiz, F., 82-84, 294
 Ortiz Quintana, P., 403, **442**
 Osiris, 43
 Osler, W., 123, 316
 Osorio Gullón, L., 19, 61, 91, 93-96, 98-101, 104, **442**
 Oster, J., **419**
 Osuna Novel, C., 106, **416**
 Ozerestki, N., 337
- Pablo, San, 94
 Padilla, F., **428**
 Paige, 159, 340
 Pajón Mecloy, E., 41, 44, 46, 229, 378, 403, **443**
 Palacios, J. de, 98
 Palao, S.J., **433**
 Pantano, L., 400, **443**
 Paracelso, 107, 299
 Paré, A., 48, 107, 109-111, 299
 Parker, R.M., 238, 380, **443**
 Parkinson, J., 320
 Parma, R. de, 48, 287
 Parreño Rodríguez, J.R., 53, 62, 78, 109, 124, **443**
 Pascual del Riquelme, M.D., 19, 78, 86, 88, 91, **443**
 Pasteur, L., 117, 266, 311
 Paterson, D.G., 325
 Paúl, San V. de, 73, 114, 300
 Pavlov, I.P., 142, 322
 Pedrera, G., 83
 Pelechano Barberá, V., 14, 21, 25, 72-73, 75, 115, 134, 140-142, 144-146, 150, 158, 190-192, 208, 210-214, 216, 222, 225, 228-235, 237, 241, 246, 248, 254, 258, 377, 379, 382, 399, 402, 407-408, **419, 425, 433, 443-446, 452**
 Pelizaeus, F., 123, 319

- Pemell, R., 108, 300
 Penrose, L., 198, 333, 356
 Peñate, W., 231, 241, 446
 Pereira, F., 94, 155
 Perelló, J., 386, 446
 Pérez, J., 425
 Pérez Alvarez, M., 36, 60, 78, 102-103, 446
 Pérez de Herrera, C., 78, 87, 92, 110, 292, 297
 Pérez Jiménez, A., 415
 Perry, S.L., 369, 430
 Pertusato, N., 79, 293
 Pestalozzi, J.H., 116, 304
 Petit, J.L., 110, 302
 Petrovsek, M., 396, 448
 Pflueger, S.S., 220-221, 237, 241, 245, 383, 447
 Phillips, J.S., 372, 434
 Piaget, J., 323
 Picasso, P., 293
 Pick, L., 149, 331
 Pinel, P., 73, 82, 84-85, 108-109, 113-115, 128, 133, 144, 294, 303, 305-306
 Pinillos Díez, J.L., 229, 231, 382, 444, 447
 Pintner, R., 325, 340, 447
 Pitman, J., 362, 447
 Plater, F., 73, 107, 144, 300
 Platón, 46, 49, 281
 Plummer, J.M., 238, 380, 447
 Polaíno Lorente, A., 433, 437
 Followay, E.A., 253, 437
 Pomerat, 355
 Pompe, 195
 Ponce de León, P., 34, 71, 76, 94-103, 120, 130, 267-268, 291, 297-298
 Popper, 13
 Porter, T.L., 368, 439
 Porteus, S.D., 325
 Postel, J., 72, 114, 165, 440, 447
 Prader-Willi, 194, 293, 356
 Price, R.H., 401, 447
 Prieto, A.G., 231, 447
 Prigatano, G.P., 189, 398, 447
 Príncipe de Saboya, 100
 Pringle, J.J., 122, 318
 Puig de la Bellacasa, R., 23, 34, 77, 91, 245, 248, 252, 407, 434, 438, 447
 Quétel, C., 72, 114, 440, 447
 Quevedo, F. de, 80, 292-293
 Quijote, don, 79, 266, 291
 Rajaratnan, N., 423
 Ramazzini, B., 110, 301
 Ramenseun, 44, 279
 Ramírez de Carrión, D., 94, 100, 102
 Ramírez de Carrión, M., 96, 99-100, 297
 Ramón y Cajal, S., 117, 313, 315, 324
 Ramos, F., 410, 418, 445
 Ramos-McKay, J., 401, 447
 Raven, J.C., 339
 Ray, I., 126, 312
 Reagan, R., 240
 Recklinghausen, F., 122, 316
 Regnier, S.J., 189, 238, 396, 448
 Reil, J.C., 114, 304
 Reiss, S., 253, 437
 Remak, J., 164-167, 448
 Remmers, H.H., 360, 458
 Rey, A., 351
 Reynolds, C.R., 222, 235, 246, 397, 420
 Reynolds, M.C., 400, 431, 456
 Rhazes, 285
 Ribera, J. de, 79, 293
 Richards, J.B., 128, 310, 315
 Richardson, S.A., 198, 397, 448
 Richelieu, A. du P., 266, 300
 Riddoch, G., 186, 333, 343
 Rieger, C., 144, 322
 Rius, 155
 Robert-Fleury, T., 306
 Robles, J. de, 91
 Roccatagliata, G., 47, 448
 Rodríguez Marín, J., 448

- Rodríguez Pereira, J., 94, 96, 101-103, 298
- Rodríguez Ramos, P., 430
- Roehrer, G.A., 25, 431, 448
- Roentgen, W.K., 117, 319
- Roessler, R., 189, 386, 448
- Rof, J., 425
- Rogers, E.M., 237, 374, 448
- Rolin, N., 288
- Romero, J.R., 231, 448
- Rómulo, 46, 50, 282
- Roosevelt, F.D., 325, 333
- Roosevelt, T., 154, 266
- Rorschach, H., 147, 335
- Rosa, A., 402, 408, 442, 448
- Rösch, H.K., 315
- Rosen, G., 24-25, 152, 186, 238, 378, 449
- Rosen, M., 381, 449
- Rosser, 94, 104
- Rousseau, J., 102, 116, 302
- Ruano Hernández, A., 58, 125, 190, 230, 391, 407, 449
- Rubio, V., 232, 434, 449
- Rubio Nombela, G., 442
- Rud, 158, 336
- Rueda Ruiz, B., 414
- Ruffer, 35
- Ruiz, M., 79, 292
- Ruiz de Alarcón, J., 80, 292-293
- Rumbaut, R., 61, 80-81, 83, 85, 449
- Rusalem, H., 142, 423
- Rush, B., 111, 115, 303-304
- Rusk, H.A., 186, 343-345, 347, 384, 449
- Russel, T., 147, 426
- Rutter, M., 191, 372, 449
- Sachs, B., 122-123, 318
- Saegert, C.W., 128, 313
- Sáez, N., 433
- Safilios-Rothschild, C., 189, 373, 449
- Saint-Martin, P., 387, 449
- Salesnick, S., 85, 114, 414
- Salom, L., 82
- Salvador López, M.L., 409, 428
- Sampedro, J.L., 443
- Samuel, 45
- Sánchez Coello, A., 292
- Sánchez Contreras, M., 82, 294
- Sánchez Moiso, M.E., 430
- Sandín, B., 410, 418, 445
- Sangro Gsell, P., 434
- Santafé, C., 433
- Sanz Aparicio, M.T., 232, 449
- Sanz del Río, S., 222, 228, 397, 450
- Sarason, I.G., 56, 72, 197, 239, 246, 375, 450
- Sarason, S.B., 353, 450
- Saslow, G., 147
- Satán / Satanás, 57, 63, 112, 289
- Sauerburger, D., 407, 450
- Saúl, 44-45, 280
- Schaefer, J.A., 217, 219, 440
- Schalock, R.L., 253, 437
- Scheerenberger, R.C., 19, 22-25, 34-38, 42-45, 48, 50-52, 54-56, 58-60, 63-64, 101, 103, 107-109, 112-114, 116, 119-121, 123, 126-131, 134, 145, 147-149, 151, 153-157, 159-162, 164-165, 168, 170-172, 174, 176-177, 181, 194-196, 199-201, 222, 225-227, 231, 393, 396, 399, 427, 430, 450
- Schiefelbusch, R., 357, 367, 450
- Scholl, G.T., 397, 450
- Sebastián, 299
- Seguin, O.E., 94, 102-103, 118-120, 128, 130-131, 310, 313-314
- Sendrail, M., 24, 450
- Seneb, 43, 279
- Séneca, L.A., 46, 51-53, 282, 450
- Sengelmann, H.M., 318
- Scoane, J., 444
- Servando, M.A., 150, 446
- Seth, 43
- Shakespeare, R., 190-191, 450-451
- Shanidar I, 37-39, 277
- Sharma, V., 380, 431
- Sheldon, W.H., 324
- Shellhaas, M., 371, 441

- Shonkoff, J.P., 404, **439**, **451**
 Shontz, F.C., 142, 189, 191, 220-221, 237, 239, 244, 374, 379, 383, 388, **451**
 Sicard, 104
 Sidman, M., 147
 Siller, J., 189, 221, 226, 368, **452**
 Sills, D.L., **437**
 Silva, F., 231, 392, **452**
 Silva y Velázquez, D., 79, 292-293
 Silvio, F. Sylvius, 108, 300
 Simon, T., 146, 324, **446**
 Simón López, M.A., 125, 231-232, 406, **452**
 Siperstein, G.N., 254, **438**
 Skinner, B.F., 142, 147, 191, 324, **452**
 Smyer, M.A., 400, **452**
 Snell, L., 144, 321
 Snell, M.E., 253, **437**
 Sófocles, **443**
 Solarz, A.L., 456, **452**
 Solís Muschketov, R., **430**
 Soloff, A., 380, **430**
 Sömmering, S.T., 304
 Soplillo, 79, 292
 Sorano de Efeso, 46, 53, 283
 Sorolla, J., 82
 Soto, D. de, 87, 91-92, 296-297
 Spackma, C.S., 364, **457**
 Spearman, C.E., 145, 147, 324
 Spencer, H., 311
 Spitalnick, D.M., 253, **437**
 Sprenger, J., 34, 57, 60, 289
 Staats, A.W., 142, 324, 365, 370, **452**
 Stanton, M., 340, **447**
 Stark, J.A., 253, **437**, **439**
 Stegmann-Müller, M.A., 230, **428**
 Stern, W., 146, 325
 Sternberg, R.B., **420**
 Stolov, W.C., 390, **452**
 Stone, G.C., 282, 386, **453**
 Strain, P.S., 224, 234-235, 240, 248, 255-256, 400, **434**, **441**, **452**, **454**-**455**
 Straus, A.A., 158, 174, 176, 201, 340, 342, 352, **432**, **453**
 Strong, E.K., 336
 Stubbins, J., 189, 221, 383, **426**, **451**, **453**
 Sturge, W.A., 122, 318
 Summer, C., 129, 309
 Swallow, R.M., 391, **453**
 Switzer, M., 186, 343
 Szasz, T.S., 74, 113, **453**
 Talbot, E., 149, 330
 Talleyrand, C., 266, 307
 Taracena, E., **428**
 Tay, W., 122, 318
 Taylor, E.J., 347, **449**
 Terman, L.M., 145-146, 150, 321, 325, 339, 361
 Thomson, G.H., 147, 340
 Thurstone, L.L., 147, 340
 Tijo, J.H., 195, 355, 357
 Tiresias, 46, 281, **443**
 Tito Livio, 50, 282
 Tizard, B., 197-198, 227, 393, **422**
 Tizard, J., 352, 356, 361, 363, **430**, **442**, **449**, **453**
 Toledo González, M., **430**
 Tomas, C.L., 376, 385, **453**
 Torkildsen, 195, 352
 Tort, M., 158, **453**
 Tortosa, F., 386, **446**
 Toulouse-Lautrec, H., 266, 322
 Trajano, 46, 51, 283
 Trannoy, A., 376, **453**
 Tredgold, A.F., 339, **453**
 Trevoux, 100
 Trieschmann, R., 189, 202, 238, 388, 394, 402, **454**
 Trotter, A., 370, 380, **431**, **458**
 Truman, H.S., 345
 Tseng, M.S., 380, **456**
 Tucker, I., 396, **454**
 Tuke, H., 303
 Tuke, S., 303
 Tuke, W., 73-74, 113-115, 126, 128, 303

- Turner, H.H., 159, 339
 Turpin, R., 195, 216, 357
 Tutankamon, 42, 280
- Ubieta, J.A., 418
 Ullersperger, J.B., 80-81, 454
 Ullman, L.P., 38, 47, 51, 210, 367, 454
 Underwood, J.W., 246, 436-437
 Unverfehrt, G., 43, 79, 409, 426
 Urdane, W.M., 237, 374, 454
- Valdizan, J.R., 415
 Vallejo-Nájera, J., 239, 246, 454
 Vallés, F. de, 96, 98
 Valverde Molina, J., 430
 Van Hasselt, V.B., 189, 222, 224, 234-235, 237, 240, 248, 255-256, 400, 434, 441, 452, 454-455
 Van Helmont, 100
 Van Paterson, 124, 310
 Vander Kolk, C.J., 390, 455
 Vanin, 94, 104
 Vann, D.H., 226, 452
 Vega, J.L., 433
 Veil, C., 370, 385, 455
 Velázquez de Cuéllar, S., 82, 294
 Verdaguer, M., 438
 Verdugo Alonso, M.A., 232, 243, 254, 406, 408-410, 455
 Vespasiano, 46, 51, 282
 Vicens Vives, J., 117, 455
 Víctor, *niño salvaje*, 102, 130, 308
 Vidal, J., 407, 424
 Villandrando, R. de, 292
 Vinagre, J., 446
 Vineberg, S.E., 220-221, 237, 374, 455
 Virchow, R., 117, 311
 Vishnu, 41, 278
 Vives, J.L., 6, 72, 77-78, 85, 87, 89-92, 106, 144, 263, 268, 290, 295-297, 407, 422, 438, 447, 456
 Voisin, A.F., 312
- Wacker, D.P., 238, 395, 456
 Wahler, R.G., 216
- Walberg, H.J., , 431, 456
 Wallin, J., 143, 301, 325
 Wallis, J., 100
 Walls, R.T., 238, 456
 Wang, M.C., 236, 240, 244, 246, 400, 431, 456
 Warren, D.H., 383, 396, 456
 Washam, V., 221, 241, 245, 386, 418
 Wassermann, 159
 Watson, D., 194, 393, 456
 Watson, J.D., 355
 Watson, J.B., 323
 Weaver, T.R., 168, 170, 175-176, 343, 456
 Weber, F.P., 122, 318, 320
 Weber, E.H.,
 Wechsler, D., 340, 351, 353, 356, 369, 378
 Weicker, L., 240, 244, 254, 456
 Weinberg, N., 24, 456
 Weinstein, E.A., 189, 349, 457
 Weise, J.T., 128, 308
 Wernicke, K., 145, 321
 Whitmore, K., 449
 Whitney, E., 175-176, 342, 457
 Whytt, R., 108, 302
 Wiener, 194, 351
 Wier, J., 72, 290
 Wiggins, J.S., 216, 376
 Wilbur, H.B., 128, 311
 Willard, H.S., 364, 457
 Willems, E.P., 220-221, 374-375, 455, 457
 Williams, J., 24, 456
 Williams, W., 243, 425
 Wilson, G.D., 141, 426
 Wilson, S.A.K., 149, 331
 Wilson, T.W., 154, 332
 Windmiller, M., 436
 Wingrove, J.M., 220, 240, 245, 359, 419
 Winnet, R.A., 245, 359, 441
 Winthrop, J., 300
 Witmer, L., 142-143, 324
 Wittson, C.L., 170-171, 432, 457

- Wodrich, D.L., 398, **457**
 Wolf, 159, 340
 Wolfensberger, W., 220, 223, 228,
 371, 376, 389, 394, **416, 435, 441,**
457
 Woodwarth, S.B., 312
 Woodworth, R.S., 325
 Wright, B.A., 187, 189-191, 220,
 222, 226, 237, 244, 346, 348-349,
 360, 382, 388, 394-396, **417, 451,**
457-458
 Wright, G.N., 283, 360, 370, 388,
458
 Wright, K.C., 382, **458**
 Wundt, W., 142, 321

 Yahvéh, 44-45, 280

 Yates, A.J., 210, 372, **458**
 Yepsen, L.N., 173, **458**
 Yerkes, R.M., 326
 Young, J.H., 226, **458**
 Yuker, H.E., 189, 221-222, 226, 368,
 402, **458**

 Zaldívar, F., 409, **449, 458**
 Zaratustra, 40, 42, 278
 Zaretsky, H.H., 190, 230, 238, 391,
458
 Zazzo, R., 371
 Zcrer, S.H., **447**
 Ziehen, G.T., 145, 322
 Zigler, E., 404, **432**
 Zilboorg, G., 35-36, 44, 57, 59, 72,
 78, 89, 117, **458**

INDICE DE MATERIAS

INDICE DE MATERIAS

- Accidente / accidentado, 152, 160, 240, 256, 337, 371, 391, 401
 laboral / de trabajo, 88, 110, 151-152, 159-160, 184-185, 188, 193, 229, 267, 327-329, 335-337, 349, 356, 382
- AFB / *American Foundation for the Blind / Fundación Amer. para el Ciego*, 334, 360, 382
- Aktion, 164-166, 340-341
- Alarma eugenésica, 153, 157, 182, 201, 242
- Animismo / animista, 34, 36-37, 276
- Asistente social, 103, 110, 137, 143, 152, 186
- Asociación, 161, 192, 194, 199, 295, 346, 351-353, 357, 363, 383, 391, 394-395, 409
- Americana / de Estados Unidos / American, National Association*, 152-153, 314, 328-329, 332, 334, 336, 338, 350, 374, 378
- AAMR / *As. Americana para el Retraso Mental / American Association on Mental Retardation / AAMD / As. Am. para la Deficiencia Mental / Am. Ass. on Mental Deficiency / As. Am. para el Estudio de los Débiles Mentales / Am. Ass. for the Study of the Feeble-minded / A. de Directivos Médicos de las Instituciones Am. para Idiotas y Débiles Mentales / Ass. of Medical Officers of Am. Institu-*
- tions for Idiots and Feeble-minded Persons*, 123-124, 128, 130, 150, 158, 196, 199, 225-226, 253, 312, 315, 317, 328-330, 338-339, 350, 353-354, 361, 364, 371, 377, 380, 392, 399, 401, 406
- APA / *As. Americana de Psicólogos / American Psychological Association*, 161, 187, 190, 194, 198-199, 214, 220-221, 237, 321, 323, 349, 351, 355, 358, 360, 372, 375, 379, 396, 402
- de deficientes / de retrasados*, 228, 361, 365, 389
- de padres*, 161, 194, 198-199, 226, 233, 333, 350
- profesional*, 118, 123, 129, 152, 226, 233
- Asociativo, movimiento, 257, 267
- Asociacionismo, 264
- Autonomía personal, 23, 245, 403
- Auxilio de invalidez, 88, 295
- Banco de extensión / *scamun*, 46, 48, 52, 58, 110, 281, 283-284, 286, 299
- Baños, 40-41, 44, 46-48, 58, 74, 103, 128, 278, 280-281, 285
- Batalla, 61, 79, 88, 288, 291, 295
- Beneficencia, 23, 83, 86, 91, 113, 264, 314
- Bienestar social, 23, 188, 193, 347-348

- Brujería / brujo, 36-37, 39, 60-61, 74, 107, 287-288
- Bufones, 43, 50, 63, 293
- Cadenas, 46, 52, 74, 82, 85, 113-114, 283, 294, 299, 305
- Calidad de vida, 223, 243, 257, 387, 408-409
- Cámaras de gas, 140, 201, 265
- Casa-albergue / albergue, 87, 92, 297
- Castigo, 40, 46, 52, 113, 131, 166, 231, 278, 283, 299
- divino, 40-41, 44, 48, 275, 278
- Castración / esterilización, 52, 127, 141, 153, 157, 160, 161, 199, 329, 333
- Cinesiterapia, 39-40, 277, 404
- Cofradía / gremio, 82, 88, 288
- de ciegos*, 57, 61, 87-88, 106, 295, 296
- Columna Lactaria*, 46, 50, 282
- Concilio, 46, 55, 284
- Consejo / Council, 161, 176, 182, 187, 190, 199, 327, 335-338, 347-348, 356, 368, 370, 385
- de Europa*, 233, 253, 379, 406
- de guerra*, 176, 182
- Real*, 87-89, 296
- Constitución, 159, 228, 337, 384
- Cortes, 43, 63, 87-89, 295-296
- Crisis económica, 232, 256, 258, 265, 387
- Cristianismo, 50, 53, 55-56, 64-65, 108, 283, 285
- Declaración, 152, 159, 224, 233, 329, 334, 408
- de Derechos*, 192, 200, 347, 354, 370, 373
- Desinstitucionalización, 178, 201, 209, 213, 216, 220, 222, 225-226, 232, 243, 264, 267, 359
- Emplazamiento externo, 112, 118, 126, 134, 307
- Empleo, 131, 177-181, 186-187, 198, 200, 223-224, 227, 229, 233, 237, 240, 255-256, 259, 265, 342-343, 346, 348, 350, 359, 363, 376, 391, 393, 401
- agrícola, 74, 115
- especial, 256, 258, 264
- protegido, 366, 369, 371
- pleno empleo, 256
- Equipo multiprofesional, 184, 186
- Esclavitud / esclavo, 40, 44-46, 50, 55-57, 81, 112, 118, 134, 280, 283, 287
- Federación*, 334-335, 348, 365, 369
- Frenología, 118-119, 126, 308
- Fundación MAPFRE, 190, 230, 238, 382, 385, 389, 391, 396
- Genética, 117, 123, 149, 194, 197, 311, 330, 355
- Grilletes, 46, 52, 113, 283, 299
- Guerra, 35, 38, 62, 81, 105, 109-110, 140, 148, 153, 156-157, 266-267, 288, 304, 340, 363
- I Guerra Mundial, 140, 152-155, 186, 188, 326, 331-332, 334
- II Guerra Mundial, 22, 139, 148, 155-156, 162-166, 168-174, 176-182, 184, 198, 201-202, 235, 265, 268, 340-350
- Head Start*, 209, 226, 366
- Hechicería / hechicero, 45, 60
- Herida de guerra, 38, 62, 78, 176, 277, 291
- Hermanidad / montepío, 88, 315
- Hipótesis del miedo, 46, 52, 283
- Hogar, 111, 121, 157, 253, 304, 406
- Hospicio, 56, 92, 112-113, 126, 285, 299, 301-307
- Hospital, 46, 51, 53, 55-57, 61, 64-65, 80-83, 89, 112-113, 124, 127, 164, 168, 170, 175, 177, 186, 197, 211, 264, 283-285, 290, 294-295,

- 299, 302-305, 307, 312, 316, 332, 343-348, 351, 366, 371, 375
Bellevue, 186, 344-345, 384
Bethlem Royal, 57, 61, 73, 113, 288, 300
Bicêtre, 114, 122, 130, 299-300, 303, 305, 312-313
 de niños expósitos, 113
Hospital-Colegio Pozo Santo, 106, 297
Hôtel Dieu, 113, 288
La Salpêtrière, 114, 301, 303, 306, 313
Mansur, 58, 61, 80, 113, 285
Maudsley, 197, 352
Nosocomio, 56, 285
 ortopédico / de inválidos / de mutilados, 124, 288, 291, 310, 312, 346, 366, 369
 psiquiátrico / manicomio / de inocentes / institución manicomial, 58, 60-61, 64, 71-73, 76, 80-82, 112-114, 116, 120, 133, 144, 164, 169, 209, 265, 285, 288, 290-291, 294, 299-300, 307
 sanatorio mental, 58, 63-64, 80-81, 294, 307
Stoke Mandeville, 186, 344-345, 347
 Humanismo / humanitarismo, 48, 56, 63-65, 198, 289-290
 Humildes, principio de los, 54, 283
 Iglesia católica, 55, 57, 64, 86, 93, 166, 284, 286-287
 INE / *Instituto Nacional de Estadística*, 399
 INP / *Instituto Nacional de Previsión*, 152, 330, 337, 366
 Inquisición / hogueras de la, 56, 60, 65, 74, 77, 264-265, 287
 INSERSO / *Instituto Nacional de Servicios Sociales*, 229-230, 233, 248, 384, 389, 392, 394, 403, 406, 408
Institución Libre de Enseñanza, 159, 334
Instituto / Institute / Institution, 94, 104-105, 122, 125, 128-130, 155, 159, 193, 197, 224, 229, 255, 303-305, 309-314, 327, 335, 344, 347, 349, 351, 356, 366-368, 381, 385-386, 389, 398-399
 Jardín de infancia / *Kindergarten*, 307, 317
Juegos Paralímpicos, 360, 407
 Laborterapia, 73, 133, 290
 Limosna, 65, 87-92, 290, 295-296, 305
 Logopedia, 102, 258, 404
 Magia / mago, 36-37, 47, 301
 Malos tratos, 43, 45-46, 51, 55, 279-280, 283
 Manutención familiar, 126, 307
 Masaje, 40, 58, 128, 277-278, 285
 Mecanoterapia, 46, 53, 283, 404
 Mejora de la raza, 160, 162-163, 330, 340
 Mendigar / mendicidad / mendigo, 45-46, 50, 53, 55, 57, 59, 63, 87-92, 111, 126, 134, 265, 280, 282, 287-288, 295-296
 MINUSVAL-74 / *Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad*, 229, 377
 Misericordia, casa de, 92, 297
 Monasterio, 76, 95, 97-98
Monte Taigeto, 46, 49-50, 281-282
 Morueco, 38, 277
 Muleta, 42-43, 280
 Música, 58, 74, 115, 285, 303, 305
 Mutualismo laboral, 193, 355
Neanderthal, 37, 277
 Normalización, 216, 220-223, 225, 227-228, 233, 237, 240, 243, 252, 267, 357, 371, 376, 384, 390, 394

- OIT / *Organización Internacional del Trabajo*, 222, 233, 393
- OMS / *Organización Mundial de la Salud* / WHO / *World Health Organization*, 221-222, 233, 241, 245, 248, 359, 387, 391-392, 401
- ONCE / *Organización Nacional de Ciegos de España*, 19, 88, 193, 257, 339, 366, 387, 400, 402-403, 405
- ONU / *Organización de Naciones Unidas*, 192, 222-224, 233, 249, 252, 347-349, 365, 370, 373, 379-380, 382, 389, 391, 395
- Orfanato, 56-57, 64, 111-113, 126, 285, 287, 299, 304, 307
- Ortesis / *ayuda ortopédica*, 40, 42, 279
- Ortografía, 142, 324
- Ortopedia / *ortopédico*, 37, 44, 109-110, 125, 133, 160, 192, 267, 280, 289, 298, 302, 307, 310, 366, 369, 404
- Panel on Mental Retardation*, 197, 224, 361, 364
- Papiro, 40, 43-44, 279
- Paseo, 46, 281
- Paternalismo, 65, 141, 148, 153-154
- Patronato, 151, 155, 159, 193-194, 229, 330-331, 338, 354, 357, 361, 382
- Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*, 77, 241, 245, 392, 398-399, 402-403, 407
- Pecado, 35, 40, 42, 45, 53-54, 59, 71, 132, 264, 275, 278, 287, 290
- Pedagogía terapéutica, 129, 156, 228, 362-363, 368, 377
- Pobreza / *pobres*, 40, 44, 50-51, 54-55, 63, 72, 76, 78, 86-92, 106, 115, 133, 157, 181, 264, 268, 283-284, 289-291, 295-297, 301, 303, 307, 310, 343, 366, 407
- Posesión diabólica / *demoníaca*, 54, 56-57, 59-60, 72, 74, 82, 85, 108, 278, 284, 286, 290
- Problemas de conducta, 60, 170, 172, 174, 240, 398, 400
- Prótesis / *técnica* / *ayuda protésica*, 20, 42, 58, 62, 64, 124, 277, 279, 288, 310
- RI / *Rehabilitación Internacional*, 207, 222-224, 233, 251, 335, 370, 373, 385, 389, 398
- Religión, 36, 39-40, 42, 45, 101, 278
- Renacimiento, 33, 55, 57, 59, 62, 64, 71, 86, 108-109, 276, 289
- Responsabilidad del enfermo mental, 46, 51, 282
- Restricción matrimonial, 141, 153-154, 329
- Retiro obrero, 152, 333
- Roca Tarpeia*, 46, 50, 282
- Salem, proceso de, 112, 134, 302
- Sangría, 52, 61, 74, 115, 282
- Seguridad social, 23, 88, 193, 229, 338, 347, 356, 363, 369, 378
- SEREM / *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos*, 229-230, 372-373, 377, 379, 384, 389
- Servicio de Asistencia a Menores Subnormales*, 228, 369, 377
- Shêrtu, 40, 42, 278
- Siglo de oro*, 63, 72, 76-80, 86, 92-93, 106, 133, 202, 258, 290-291
- SIS / *Servicio Internacional de Información sobre Subnormales*, 86, 228, 241, 245
- Sociedad*, 93, 97, 160, 309, 311, 328, 330, 336
- Española de Rehabilitación* / SER, 355, 368
- Society*, 316, 335, 370
- British Psychological Society*, 198, 355
- Sordomudística, 72, 76, 93-95, 100-101, 103-104, 107, 110-111, 116-117, 125, 132, 264, 267, 290-291, 297-299

- Subsidio de vejez, 193, 351
- Templo, 46-47, 49, 55, 281, 284
- Terapia ocupacional, 84-85, 91, 110, 114, 116, 132, 197, 258, 290, 294, 332, 364, 366, 371, 380, 401
- Tracciones vertebrales, 46, 48, 281
- Traspaso, 118, 126, 134, 307
- Tratamiento moral / trato moral / sensible, 40, 43, 84-85, 107, 110, 114-116, 118, 128, 131-132, 264, 294, 298, 303-306, 310
- Trepanaciones, 36-38, 277
- UNESCO / *Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura*, 222-223, 233, 365, 385
- Veterano, 152, 181, 332, 334, 343, 347, 363
- Veterans Administration* / VA / *Administración de Veteranos*, 184, 186, 188, 337, 343-345, 350
- Vida independiente / independencia / *Movimiento para la vida independiente* / *Independent Living* / IL, 23, 85, 220-222, 233, 237, 241, 245, 253, 383, 385-386, 390, 393, 406, 408
- Vocational Rehabilitation Administration* / VRA / *Administración de Rehabilitación Profesional*, 224, 364, 385
- Voces de la moderación, 34, 41, 51, 54, 56, 276, 278, 282-283, 285

INDICE DE CUADROS

		<i>Págs.</i>
Cuadro 1.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la prehistoria</i>	36
Cuadro 2.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad</i>	40
Cuadro 3.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad clásica</i>	46
Cuadro 4.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la edad media, el primer renacimiento y la reforma</i>	57
Cuadro 5.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la primera revolución en salud mental</i>	73
Cuadro 6.	Síntesis de las instituciones manicomiales españolas	82
Cuadro 7.	Síntesis del tema de la pobreza en el <i>siglo de oro</i> español	87
Cuadro 8.	Síntesis de la sordomudística española .	94
Cuadro 9.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia durante los siglos XVII y XVIII</i>	110
Cuadro 10.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia durante el siglo XIX</i>	118
Cuadro 11.	Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia en la segunda revolución en salud mental</i>	141
Cuadro 12.	Datos sobre <i>pupilos deficientes mentales</i>	180
Cuadro 13.1.	Nacimiento y expansión del movimiento rehabilitador	184
Cuadro 13.2.	Nacimiento y expansión del movimiento rehabilitador (<i>síntesis</i>)	185

	<i>Págs.</i>
Cuadro 14. Nacimiento y expansión de la psicología de la rehabilitación	187
Cuadro 15.1. Principales manuales norteamericanos de psicología de la rehabilitación	189
Cuadro 15.2. Principales publicaciones de psicología de la rehabilitación en castellano	190
Cuadro 15.3. Publicaciones de psicología de la rehabilitación europeas	191
Cuadro 16. Síntesis del <i>enfrentamiento ante la deficiencia</i> en la tercera revolución en salud mental	212
Cuadro 17. Contraposición entre enfermedades infecciosas y crónicas	218
Cuadro 18. Desarrollo y expansión de la psicología de la rehabilitación	221-2
Cuadro 19. Significaciones del principio de normalización	223
Cuadro 20. Artículos publicados en Análisis y Modificación de Conducta sobre <i>deficiencias</i>	231-2
Cuadro 21.1. Tendencias actuales según el análisis de los principales manuales (síntesis)	236-7
Cuadro 21.2. Tendencias actuales en los manuales (ampliación)	237-41
Cuadro 22. Ejes de agrupación de los enfoques de las deficiencias	242
Cuadro 23. Alternativa de la innovación social experimental	247
Cuadro 24. Relaciones entre deficiencia, discapacidad y modalidades de intervención	250
Cuadro 25. Síntesis de las orientaciones históricas del enfrentamiento ante la deficiencia	264

INDICE GENERAL

	<i>Págs.</i>
INDICE DE CUADROS	9
PROLOGO , por V. PELECHANO	11
1. PLAN DE TRABAJO	15
1.1. INTRODUCCION	19
1.2. EL PROBLEMA DE LA DELIMITACION DE PERIODOS	23
1.3. OSCILACIONES Y CONSTANTES HISTORICAS	25
2. HASTA LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL	29
2.1. INTRODUCCION	33
2.2. PREHISTORIA Y ANTIGÜEDAD	34
2.3. ANTIGÜEDAD CLASICA	45
2.4. DE LA EDAD MEDIA A LA REFORMA	56
3. LA PRIMERA REVOLUCION EN SALUD MENTAL	67
3.1. INTRODUCCION	71
3.2. UNA PRIMERA ESTIMACION: APORTACIONES Y FRACASOS	72
3.3. LA ESPAÑA PIONERA DEL SIGLO DE ORO	76
3.3.1. LAS INSTITUCIONES MANICOMIALES.	80
3.3.2. EL TEMA DE LA POBREZA	86
3.3.3. LA SORDOMUDISTICA Y OTROS FLECOS	93

	<i>Págs.</i>
3.4. EL XVII Y EL XVIII, EL GRAN ENCIERRO	107
3.5. EL XIX, LA ERA DEL PROGRESO	116
4. LA SEGUNDA REVOLUCION EN SALUD MEN-	
TAL	135
4.1. INTRODUCCION	139
4.2. PSICOANALISIS, CONDUCTISMO Y OTRAS IN-	
NOVACIONES	140
4.3. EL CAMBIO DE SIGLO	148
4.4. EL PERIODO ENTRE GUERRAS	156
4.5. LA GUERRA Y SUS REPERCUSIONES	161
5. LA TERCERA REVOLUCION EN SALUD MEN-	
TAL	203
5.1. INTRODUCCION	207
5.2. LA INTERVENCION COMUNITARIA	208
5.3. LAS «DECADAS PRODIGIOSAS»	215
5.4. LOS OCHENTA	232
6. SINTESIS GENERAL	261
CRONOLOGIA	271
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	411
INDICE ONOMASTICO	459
INDICE DE MATERIAS	477



Colección
TESIS Y PRAXIS

Fundación ONCE