

ESTUDIO SOCIOLOGICO SOBRE SUBNORMALIDAD EN LA ZONA DE ALCARAZ

Por Juan de Dios IZQUIERDO COLLADO (Sociólogo)
Rita MORAGA FERRANDIZ (Asistente Social)
Angelina MARTINEZ MARTINEZ (Asistente Social)

Bajo el título "Los deficientes mentales en la Provincia de Albacete", acaba de aparecer un informe, elaborado por el SEREM, sobre tan importante y problemática materia. Es muy positivo que se efectúen estudios locales de este tipo para poder acercarse, mediante el conocimiento científico de la realidad, a las soluciones idóneas. Es con ese afán y en esa dirección donde se inserta este artículo que pretende ser una reconsideración crítica sobre el trabajo efectuado por el SEREM, especialmente sobre su nivel científico, y una complementación a lo aportado sobre la zona de Alcaraz, en concreto sobre las poblaciones de Alcaraz, Bienservida, Casas de Lázaro, Cotillas, El Balletero, El Robledo, Masegoso, Paterna del Madera, Povedilla Salobre, Fábricas de Riópar, Vianos, Villapalacios, Villaverde del Guadalimar y Viveros.

A nivel de aspiraciones del trabajo existe una desconexión entre objetivos a alcanzar y medios técnicos empleados para conseguirlos. En el inicio del estudio, los objetivos no estaban ni siquiera explicitados, de tal forma que los equipos que efectuaron el trabajo de recogida de datos se enfrentaban al problema global de la subnormalidad en condiciones precarias tanto por la falta de concreciones como de instrumental. Los objetivos aparecidos en la página 5 del informe poseen, por tanto, una elaboración a posteriori.

Entre los objetivos que se apuntan consta, en primer lugar, "conocer de forma exhaustiva la infraestructura asistencial para estos minusváli-



dos en la provincia" (pág. 5). Es, evidentemente, un objetivo de relleno por dos causas: a) para conocer este dato no se necesita especial dedicación ni estudio, dado el escaso número de instituciones de este tipo existentes en la provincia y que podrían tramitar su información ante una reclamación de la misma por parte del SEREM, puesto que parece que no se les ha pedido especiales informaciones, sino las más rudimentarias; b) sorprende que el organismo oficial de mayor potencia económica en relación con los minusválidos (SEREM), después de cuatro años de trabajo, no conozca por sí mismo la infraestructura asistencial de la provincia, número y detalle de una gran parte de deficientes y no haya establecido conexión con los organismos oficiales y privados pertinentes.

El segundo objetivo mencionado es "determinar el número, lugar de residencia, edad y coeficiente intelectual de los mismos" (pág. 5). Evidentemente, si así era, ni se formuló explícitamente ni se tomó conciencia del alcance de este propósito, porque ello hubiera implicado una serie de medidas que no se llevaron a cabo y de técnicas que no se emplearon. Sacar cifras numéricas y porcentuales de subnormalidad en la provincia, basándose en el estudio es impropio. Así, encontraremos pueblos en los que el elevado número de deficientes reseñado está en proporción al interés y entrega de algún funcionario (v.g. auxiliar, secretario de Ayuntamiento, maestro, etc...). Las listas de centros oficiales y privados que eran susceptibles de consulta para obtener los datos de este objetivo son, desde luego, incompletas: Las que se ofrecen en la Seguridad Social sólo recogen aquellas personas que poseen un C.I. inferior a 50; las listas de ASPRONA no recogen, porque no atienden, a los subnormales adultos y profundos; las del Centro de Diagnóstico tampoco son completas, pero tienen, como mínimo, nombre, dirección, edad, coeficiente intelectual y diagnóstico, datos que, en un alto porcentaje, han sido dictaminados por un equipo compuesto por psiquiatras y psicólogos con el tiempo y lugar idóneo para las pruebas.

En cuanto al informe social de los disminuidos que se establece como tercer objetivo, se echa en falta, igual que para toda la tramitación del estudio en general, la herramienta imprescindible de un cuestionario, tanto de información como de opinión, que operativice los objetivos, es decir, que los traduzca a preguntas susceptibles de respuesta empírica y de la posibilidad de generalizaciones rigurosas. Que un estudio de este tipo cuyo costo asciende a casi cuatro millones de pesetas, no haya

recabado ese instrumento insustituible, es algo difícil de comprender y que se paga a la hora del rigor en los números y en las conclusiones.

El anexo V, VI, VII, pág. 93, 94, 96, 97, no puede sustituir de ningún modo al cuestionario al que aludimos por su carácter abierto, por la imposibilidad de cubrir su demanda en función de su extensión y exhaustividad generalizadora, sin concreciones suficientes y pertinentes. La mejor muestra de ello es que a las varias semanas de iniciado el estudio, se introduce el anexo VII (pág. 97) que pretende ser un esbozo de cuestionario cerrado, insuficiente en todos los sentidos.

Cuando se incorpora este impreso, cuestionario, la zona de Alcaraz entre otras ha sido, en su mayor parte, trabajada ya.

El informe socio-económico fue elaborado por el personal contratado, sin orientaciones, ni indicaciones de ningún sociólogo, porque no se consideró oportuno, y tampoco fue reformado por el SEREM. Es un dato que refleja la importancia que en la práctica se le da al contexto social y económico en que vive el deficiente.

El fenómeno de la subnormalidad es enormemente complejo y delicado. Es susceptible de enfoque muy distinto y posee una dimensión psicológica que ha de ser englobada en la investigación con la consiguiente autonomía y control de los especialistas en esta materia. Es decir, los datos psicológicos extraídos deben, previamente, haber sido discutidos y uniformizados críticamente para no arrojar datos equívocos. Tampoco esto ha sido tenido en cuenta, como a continuación se detallará.

Todo ello arroja un balance de datos inconexos que muy forzosamente se pueden engranar como eslabones en el análisis de referencias causales y en la lógica de la prueba empírica. Es preciso, pues, no precipitar conclusiones y detenerse largamente en el análisis de cada dato y de su consistencia o falta de fidelidad.

La peculiaridad del tema requería un trato especial dada la dimensión humana, profundamente conflictiva, que implica. La colaboración de las entidades públicas, se hace muy importante en estos casos, pero requiere una información precisa a las mismas, para que dicha colaboración no se torne perjudicial, en especial la de los Ayuntamientos, grupos escolares y médicos. Este aspecto ha sido descuidado en el estudio a pesar de las referidas cartas de los anexos IX, X y XI (pág. 100, 101, 102), como lo demuestra la increíble circular de la Delegación de Educación y Ciencia a los directores de grupos escolares (pág. 101). Esta

circular demuestra que no se ha entendido el tipo de colaboración pedida ni el rango que exploraciones de este orden deben alcanzar en la enseñanza. Ahora bien, la circular es sensible al problema de la aplicación selectiva de los tests y a sus consecuencias, al referirse al necesario consentimiento de los padres y a la elección de alumnos con retrasos objeto de recuperaciones, etc. En la práctica se llegó a la aberración de aplicar los tests a los niños que los maestros elegían entre los retrasados y los más revoltosos, creando este último aspecto, además, diferencias entre niños y niñas, ya que éstas mantienen una actitud más tranquila en general. Los efectos que para el propio niño y para su familia (que de ninguna manera saben ni aceptan que sea subnormal) puede acarrear tal proceder son graves. Todo este proceso habla muy claro de la irregularidad en la detección de los disminuidos.

En cuanto a los equipos, cabe decir que no fueron suficientemente preparados para el difícil trabajo que habían de realizar. No se dió información sobre subnormalidad: causas, efectos, problemática familiar, inserción social, asesoramiento sociológico, objetivos precisos, sin vaguedades a resolver según la iniciativa de cada cual, etc. Contratar a los técnicos y trabajo de campo fue un proceso inmediato. Esto quedó agravado por la falta de continuidad de los equipos, introduciéndose cambios a mitad de trabajo, sin la preparación correspondiente. Algunos de los técnicos contratados no conocían la zona, ni se les documentó suficientemente sobre sus características: socioeconómicas, culturales, etc., pudiendo incidir este hecho en alguna medida a la hora de establecer comparaciones y aplicar técnicas de investigación. Por otra parte, el equipo que ha recabado esta información tan abierta y poco estructurada no será el que tabule los datos. La pérdida de información (precisamente por ser información abierta) a la vez que los errores de interpretación que de ello puede derivarse no necesita explicación por su evidencia. La falta de univocidad es, pues, el fantasma que acompaña a los informes, a los datos, a las conclusiones, etc., que de alguna forma podrían haberse corregido de existir la figura del coordinador de equipos recibiendo directamente información de todos y homogeneizando mínimamente criterios, preguntas, problemas...

En toda investigación existe un dilema a la hora de relacionar objetivos del estudio y presupuesto disponible para su consecución. Lograr la correcta proporción entre extensión e intensidad, entre generalización y análisis, en relación con las posibilidades económicas de las que se parte

es, a nivel práctico, un soporte básico de toda investigación. El hecho de no conocer con exactitud el presupuesto global y estar pendiente de una hipotética prórroga presupuestaria ha llevado a un desfase entre ambos elementos: no ha conseguido la extensión significativa precisa al quedar zonas de la provincia sin atención y no ha logrado la intensidad y detenimiento consiguiente por causa de las inconcreciones presupuestarias.

Al margen del análisis de los tests empleados es preciso hacer notar una serie de características que aparecen en una parcela tan específicamente pertinente e importante en este estudio, como es el diagnóstico de la minusvalía. La inexistencia del contacto previo con la familia, la falta de un rapport favorable, que, si en cualquier prueba psicológica es importante, en este caso con muchos más títulos. A ello se une, como más arriba quedó insinuado, que el tiempo empleado, en frecuentes casos, no es el que requiere el diagnóstico preciso del C.I. que es uno de los datos vertebrales de la investigación. A su vez las condiciones del lugar donde se aplica la batería de tests, no son idóneas bien por falta de silencio o por frecuentes interrupciones que rompen la concentración e inciden en el rendimiento. Pero la mayor deficiencia que el test arrastra y que por otra parte, a nivel general ya se le ha criticado, es la desconexión existente entre instrumento y realidad. La imposibilidad de que un elemento generalizador asuma parcelas específicas de realidad con las que no ha contado a la hora de crear el instrumento científico que se aplica. Esto se paga con un precio: a nivel teórico, con la distorsión de la realidad específica en beneficio de la posibilidad generalizadora a la que determinada concepción de la ciencia aspira; a nivel práctico, en el momento del diagnóstico, de las conclusiones y de las medidas a tomar. El nivel social del lenguaje formalizado es bajísimo en esta zona, como corresponde si tenemos en cuenta las variables de nivel económico, cultural, de emigración y agrupamiento de viviendas, y subdesarrollo en general. Resulta así, que tanto la forma del lenguaje que el test emplea como el tipo de información que da o que exige, adquiere un doble grado de abstracción y, por tanto, de dificultad, para la persona que los responde en estas circunstancias. Si tenemos en cuenta que el 60 por 100 de los niños estudiados, son hijos de analfabetos y que personas evaluadas con un C.I. aproximado a 50, trabajan, viven y se relacionan normalmente (sin comillas) en su ambiente, llegamos, obligatoriamente, a la conclusión de que el C.I. es más "un tipo ideal" weberiano, que un

concepto con pretensiones de representación real, específica. Esto es fundamental, como veremos más adelante, a la hora de las inversiones y las medidas. No se pueden arbitrar medidas en relación con el C.I. típico sino al C.I. social, porque éste es mucho más real y orienta mejor la solución personal. En parte podría haberse subsanado el problema anterior a base de tests de aptitudes, y manipulativos, que no se usaron o en escasísima medida.

Así pues, el C.I. obtenido sólo puede considerarse indicativo por el cúmulo de incidentes negativos en su proceso de obtención, y a su vez, éste, ha de ser contrastado con el C.I. social que en esta comarca se halla, porque de lo contrario ni es operativo, ni real.

Es asimismo importantísimo reseñar que el C.I. inferior a 50, está globalizado en el informe.

La cita del Hospital Psiquiátrico y del Centro Asistencial San Vicente de Paul como instituciones que contribuyen a la asistencia de los deficientes, es discutible. Los minusválidos psíquicos internados en el Psiquiátrico lo son en función de enfermedades psiquiátricas propiamente dichas, no en razón a su deficiencia mental. De esta forma, el tratamiento recibido se orienta hacia el aspecto psiquiátrico y no existen condiciones de asistencia como tales deficientes al estar mezclados en todas las funciones con el resto de los enfermos. En el Hospital Psiquiátrico no hay, de hecho, pabellón para subnormales. Es cierto que, en un principio, se habló de ello, pero nunca llegó a hacerse realidad.

El Centro Asistencial San Vicente de Paul, desde el punto de vista de los deficientes ingresados en él, no parece que pueda admitir la calificación de centro que "contribuye a llenar el hueco de la falta de centros asistenciales aunque no cuente con unas condiciones óptimas", sencillamente porque una asistencia social de este tipo si es deficiente se convierte en negativa.

A las tablas de datos conviene aplicar las consideraciones generales apuntadas, pero queremos referirnos especialmente a dos: la que ofrece las "causas de la deficiencia mental" (pág. 36) y la que recoge las "enfermedades concurrentes con la deficiencia mental" (pág. 40). Nos preguntamos, ¿quién ha detectado tales causas; quién ha dictaminado con conocimiento técnico suficiente las mismas; quién se responsabiliza de la relación que se predica entre dicha causa y la subnormalidad? Suponemos que nadie porque ni se empleó la metodología adecuada ni existía la idoneidad profesional suficiente ni se daban las condiciones

mínimas requeribles para tan difícil cometido.

A pesar de las observaciones anteriores, queremos hacer constar que la inquietud que demuestra la realización del estudio es positiva y lleva en sí el germen de superación de los posibles errores técnicos.

DATOS DE LA ZONA DE ALCARAZ

Mientras alguna investigación no lo demuestre, la subnormalidad es una realidad que opera independiente de la determinación social. Sin embargo, es conveniente comentar ciertos aspectos que tienen que ver directamente con el tema de este trabajo.

El número de habitantes de la zona entre dos fechas características como son 1960 y 1970 es significativo en extremo: se pasa de 24.453 habitantes a 15.791, es decir, un descenso del 35 por 100 en función de la emigración.

La densidad de población global de la zona es de 10 habitantes por km², cifra que nos sitúa en un ambiente de lo que podríamos denominar tendencia hacia la desertización. La población activa, sin contar el trabajo de la mujer que se dedica a las tareas domésticas representa el 36,5 por 100 y de esta cifra el 76 por 100 se dedica a la agricultura.

El régimen de tenencia de tierras presenta las dos formas extremas del mismo: el latifundio y el minifundio; el 63 por 100 de las explotaciones están comprendidas entre las 0 y las 10 Has., mientras que el 7 por 100 de las mismas superan las 200 Has. El 17 por 100 de las tierras está en régimen de arrendamiento y aparcería, mientras una gran proporción de las mismas en propiedad están incultivadas. En estas condiciones se aconseja por parte de los expertos en la materia dar una orientación ganadera a la zona como casi única solución frente a los Consorcios y Decretos de repoblación que están extinguiendo prácticamente la riqueza de ganado caprino y ovino. En lo referente al olivar, la Comarca dispone de 6.000 Has., explotadas al 25 por 100 de sus posibilidades reales, si nos atenemos a las aproximaciones de los servicios de Extensión Agraria. El aspecto social que puede cumplir la potenciación del olivar queda reflejado por los jornales absorbidos por él y que en lo referente a poda, labores, abonado y recolección supondría, para las Has. consideradas, unos 150.000 jornales a los que añadir los obtenidos en el proceso de industrialización según el siguiente cálculo: 10 kg. de rendi-

miento por olivo y 1.000 por Ha. supondría 6.000.000 de Kgs. Según datos obtenidos en Almazara se estiman 1.500 kgs. por jornal, lo que supondría 4.000 jornales en Almazara. Los jornales del total alcanzarían una cifra aproximada de 154.000.000 de pts. cubriendo en gran medida el paro estacional endémico.

Resumiendo otras deficiencias de la zona, merece citarse: a) Falta de luz y agua en una zona de caudales de agua suficientes. b) Ausencia de ferrocarril por la no puesta en marcha del carril Baeza-Utiel. c) Nulo aprovechamiento turístico de la zona. d) Deficiente nivel educativo: ausencia de preescolar, de Instituto de Enseñanza Media y de Centros de Formación Profesional. e) Deficiente nivel asistencial.

Existe en la zona de Alcaraz, a la que nos referimos, mayor número de mujeres que de hombres, aunque sin gran diferencia, y sin que por tanto la cifra en sí sea significativa al efecto. No obstante, sirve para enmarcar aún más la desproporción entre el número de deficientes psíquicos detectados: de un total de 188 casos, son varones 106 (56,38 por 100) y hembras 82 (43,62 por 100). La desproporción es, pues, inicialmente considerable. Existe un dato que puede llevarnos a ciertas reflexiones, dado que, a nuestro juicio, guarda una relación de complementariedad sustancial con lo anterior: hasta la edad de 15 años, aparece una proporción más equilibrada entre varones y hembras, 51 (52 por 100) niños y 47 (48 por 100) niñas. Esta parece apuntar hacia una deficiencia psíquica, como efecto de las funciones que desempeña la mujer en el medio rural, atención a la casa, frente a las del marido, conseguir el mantenimiento económico a base del trabajo agrícola. Se puede hablar de una clara incidencia social que relativiza la capacidad en función de las específicas demandas sociales, y que se patentiza cuando el varón debe afrontar, por la edad, el papel de hombre maduro con las actuaciones consiguientes. A su vez existe un segundo camuflaje de deficiencia con respecto al C.I. establecido por la O.M.S. efectuado por el nivel de exigencia de la cultura de estas comunidades agrícolas con respecto a la urbana.

Si observamos la gráfica de edades (gráfico N.º 1), podemos apreciar que entre los 6 y 14 años se agrupa el 46,27 por 100 del total de los casos observados, lo cual nos lleva a dos conclusiones:

a) La deficiente detección de los subnormales, pues fuera de esas edades hay mayor población y lógicamente, mayor proporción de disminuidos.

b) El sistema de detección ha sido el test y la orientación de los maestros, no la "vox-populi", es decir, la demanda social media, como ocurre con los deficientes detectados fuera de la escuela. Se sobrea-bunda en esta conclusión al comprobar que son 68 casos de un total de 90, deficientes mayores de 15 años, es decir, el 75 por 100 los que tiene un C.I. inferior a 50; mientras que sólo 24 de un total de 86, es decir 27,90 por 100, los que tiene un C.I. inferior a 50 entre la población de 6 a 14 años. Evidentemente, "la gente" sólo tiene por deficientes a los obviamente tales, en su contexto, lo cual no ocurre con los tests.

Según el gráfico de los coeficientes (gráfico N.º 2), se observa que 97 casos (51,59 por 100) son de un C.I. inferior a 50, mientras que 40 (21,27) oscilan entre 50 y 69 de C.I. y 35 (18,6 por 100) alcanzan un C.I. de 70 a 89. Esta distribución es importantísima con respecto al estudio:

1.º, dado que las medidas que se arbitren han de estar en función de dichos coeficientes y de dicha población.

2.º dado que el 46,27 por 100 de los disminuidos detectados están en edad escolar.

3.º dado que en su mayor parte no están comprendidos en un C.I. inferior a 50.

4.º tomando en cuenta, por último, que individuos con un C.I. inferior a 50, están integrados en su comunidad, hasta el punto de poder llevar a cabo un trabajo agrícola prácticamente normal, **COMPRENDEMOS QUE DEBEN PREVALECER ENTRE LAS MEDIDAS DE APOYO A LOS DEFICIENTES AQUELLAS QUE CONSERVEN LA RELACION DE ESTOS CON SU MEDIO SOCIAL.**

Las posibilidades razonables de recuperación de esta población escolar, especialmente, son altas si se les dota de asistencia y orientación psicopedagógica, pero sin olvidar que ésta puede multiplicar sus efectos si se mantiene su vinculación con el medio social y familiar específico. Ello supondría primar la opción que implica la creación de unidades de educación especial, con profesores especializados, en todos los grupos escolares que fuera preciso, en lugar de grandes construcciones que, definitivamente, implican una marginación del deficiente, con respecto a sus puntos vitales de referencia. Esto no va en contra de la creación de algunos centros que contribuyan a la solución del complejo problema de la subnormalidad en su varia gama de niveles. (Centros de permanencia periódica y centros de especialización) sino que los centros han de

comprenderse como medidas complementarias de la asistencia local. El sistema de relaciones de la comunidad rural agrícola, y la fácil adaptación a las pautas de comportamiento que la misma demanda son un vehículo de inserción social que, bajo ningún concepto, a nuestro juicio, debe perderse mediante el desarraigo del disminuido que el Centro implica.

La situación de la zona con relación a la asistencia puede definirse como de absoluto desasistimiento. No existe ningún centro destinado a esta problemática en todo el término judicial de Alcaraz, ni se imparte la educación correspondiente en ningún grupo escolar. El SEREM, con sede en Albacete, es un organismo perfectamente desconocido hasta la fecha, por las familias que tienen algún miembro reconocido como deficiente.

El gráfico sobre escolaridad (gráfico N.º 3), expresa con claridad esta situación: el 94 por 100 de los casos detectados, no han recibido orientación psicológico-educativa, ni escolaridad especial. Es posible que la falta de información de los padres con respecto a las posibilidades de recuperación del niño, así como de la existencia de centros o medios para esta tarea, haya influido en ese impresionante índice. Lo cierto es que se constituye una especie de circuito de hierro que determina la situación de los disminuidos:

FAMILIA — ESCOLARIZACION INADECUADA — EXPULSION POR RETRASO — ENVIO AL PSIQUIATRICO (en determinados casos) — **DEVOLUCION AL ENTORNO FAMILIAR** (sin recuperación alguna, si cabe, con la agudización del cuadro inicial).

El período de escolarización discurre entre repeticiones de cursos, alto absentismo e imposibilidad de terminar el ciclo de estudios primarios.

En íntima relación con lo expuesto está el aspecto laboral del deficiente psíquico (gráfico N.º 4). Lejos de propugnar que una integración efectiva sólo sea posible mediante la capacidad de desarrollar un trabajo productivo normal es preciso admitir que dicha aptitud puede convertirse en vehículo de reinserción profunda, siempre que sea utilizado convenientemente, y radicalmente protegido. Existe en este estudio 83 casos de minusválidos psíquicos en edad laboral, de los cuales trabajan 38, es decir, el 46 por 100. A su vez de estos 38 que llevan a cabo una tarea productiva regular, con distintos niveles de rendimiento medio, 25, es decir, casi el 66 por 100, poseen un C.I. inferior a 50, lo cual habla bien

claro de la capacidad de absorción e integración que la comunidad rural posee cara a los deficientes psíquicos. Es preciso recordar que estos sujetos no han recibido educación especial alguna, pudiendo por ello suponer que, de haberla poseído, tanto su nivel de rendimiento como el número de capacitados, hubiera aumentado considerablemente.

Ahora bien, la capacidad productiva del deficiente psíquico puede convertirse en un elemento más de marginación y de explotación si no existe un control legal riguroso y una vigilancia social que le proteja de los abusos de que puede ser objeto, precisamente por su condición de disminuido. De los 38 casos reseñados con capacidad laboral demostrada, sólo 11 tienen seguridad social como titulares, los 27 casos restantes figuran como "beneficiarios" de la seguridad social, porque su trabajo es considerado como mera ayuda, o porque existe un determinado índice de inestabilidad laboral por parte del disminuido, o porque se "aprovechan" de su filiación como tal, etc. Es éste uno de los aspectos a tener en cuenta, para evaluar la asistencia que la administración concede al deficiente. Los que según el dictamen de la Junta Calificadora poseen un C.I. inferior a 50 pasan, automáticamente, cualquiera que sea su edad, a la situación de beneficiario de la Seguridad Social, y a recibir una ayuda de 1.500 pesetas mensuales.

La asistencia sanitaria de la S.S. que recibe el deficiente es exactamente la misma que los demás asegurados, puesto que no existen servicios especiales para ellos. Las deficiencias de esta S.S. son tan palpables que, como más adelante se expondrá, no es ajena a la propia situación personal del disminuido como tal. El segundo aspecto, el económico, puede quedar aclarado con la frase de una madre: "las 1.500 pesetas no me llegan ni para el jabón que necesito para mi hijo".

El gráfico que expresa la edad de la madre (gráfico N.º 5), en el momento del parto del deficiente psíquico refleja una pauta general en los estudios de este tipo. De 171 casos conocidos, sólo 59 (34,5 por 100) son hijos de madres menores de 30 años, mientras que 112 (64,5 por 100) son de madres que superan los 30 años. Para poder sacar conclusiones precisas, esta tabla debería complementarse con otra que explicitara el número de nacimientos por las mencionadas edades. De lo contrario estamos a expensas de que en unas zonas, por tradición o por otras causas, la edad del matrimonio se establezca alrededor de los 20 años o en torno a los 30, con lo cual incidirían de lleno en los porcentajes obtenidos. Al respecto, es preciso destacar que sólo el 42,85 por 100

de los hijos de madres mayores de 30 años poseen un C.I. inferior a 50, mientras que el 84,48% de los hijos de las madres de 20 a 30 años, tiene un C.I. inferior a 50. Ello podría significar que la edad de la madre no provoca deficiencia profunda, lo que de alguna forma indica que la edad de la madre sería la variable condicionante de la deficiencia relativa. Esto ha de tomarse como un rasgo significativo, pendiente de comprobación estadística constante.

Conviene recordar que el 43,6 por 100 de los C.I. conocidos son superiores a 50, en los que pudieran incidir más claramente, además de la edad de la madre, otras variables, v.g. culturales, económicas, asistenciales, etc., a las que vamos a hacer referencia a continuación.

El gráfico sobre el nivel cultura de los padres (gráfico N.º 6) no necesita más que una puntualización: con sólo saber leer y firmar no están incluidos en el apartado de analfabetismo, lo cual no quiere decir que deban incluirse en un concepto ni siquiera demasiado exigente de alfabetizado. La proporción de analfabetos etimológicos, más reales, alcanza sin duda el 90 por 100 de los padres de la población deficiente detectada. La incidencia de este dato en el nivel de lenguaje, capacidad expresiva e intereses culturales del presunto disminuido, respecto a las demandas y motivaciones de las pruebas psicológicas, puede arrojar como resultado algunos casos de pseudo-deficiencias.

La misma rotundidad que a nivel cultural, posee el gráfico del nivel económico (gráfico N.º 7). La definición de las categorías es casi una definición "ad hoc", para poder captar más propiamente la situación de la zona. Consideramos clase muy baja el precipitado de las siguientes características: vivienda sin condiciones de habitabilidad (vieja, húmeda, pequeña, carente de agua, luz y servicios), sin tierras propias, emigrantes temporeros, que llevan a toda la familia a trabajar, sin ingresos ni trabajo fijo, sin acumulación alguna, alimentación casi exclusiva de grasas animales e hidratos de carbono y con un nivel cultural de analfabetismo. Clase baja, vivienda habitable, trabajo fijo, alguna tierra y escasísima remuneración económica. Clase media baja, trabajo mínimamente especializado, pequeños agricultores autónomos, pequeña acumulación, estabilidad económica.

De las familias estudiadas, 119 (63 por 100) se hallan a un nivel de auténtica pobreza, dato que se solapa perfectamente al de absoluta pobreza cultural comentado. ¿Cómo se puede atender en estas condiciones al disminuido? ¿Qué significa la cantidad de 1.500 pesetas que

recibe de ayuda en ese contexto? ¿Qué incidencia en la dinámica familiar introduce un hijo deficiente con estas circunstancias económico-culturales. ¿Qué posibilidad de reinserción social quedan para el disminuido? ¿Se puede hacer abstracción de estas condiciones de vida al arbitrar medidas que afectan a la subnormalidad? ¿Se puede estudiar la subnormalidad independientemente de la política económica, agraria, cultural, y sanitaria a que está sometida la zona analizada, por parte de la Administración?

A sólo 33 de las 180 madres de deficientes, se les hizo algún tipo de análisis durante el embarazo a pesar de que 69 visitaron al médico por una u otra causa (Gráfico N.º 8). Por tanto el 82 % llegó al parto sin el más mínimo control periódico que toda embarazada debe llevar. No es menester decir que el control del factor RH es algo que los habitantes de la zona desconocen y que nadie, especialmente los médicos, se han molestado en informarles. Este sólo dato levanta una pregunta ¿qué tipo de relaciones médico-paciente existen en esta zona? ¿de cuántas deficiencias es responsable esta relación? El lugar del parto (gráfico N.º 9) añade condiciones propicias para todo tipo de complicaciones, si valoramos el atrayente dato de que 164 de estas mujeres (87,23 por 100) han dado a luz en su propia casa, especialmente si recordamos además el tipo de vivienda al que nos hemos referido anteriormente.

El proceso se cierra con la información recogida en el gráfico de asistencia en el parto (gráfico N.º 10). Resalta que 110 de estas madres, dieron a luz en aldeas, pueblos y pedanías, carentes algunas de ellas de luz, agua corriente, alcantarillado y a su vez fueron asistidas en el parto por personas sin ninguna preparación técnica al respecto (vecinas, familiares, partera, etc.).

La falta de equipamiento sanitario y de especialización gravitan como una amenaza seria de patologías, entre ellas la deficiencia psíquica.

¿Por qué el médico sólo atiende 49 partos de un total de 188, es decir, sólo el 26 por 100? Es preciso admitir que la asistencia en este aspecto es completamente deficitaria; que las relaciones médico enfermo son fundamentalmente económicas, con las consecuencias que ello comporta. El rol del médico en el ámbito rural merece una atención especial y un análisis minucioso de la durísima crítica social que recibe. Sería torpe declinar el mayor peso de la responsabilidad sobre el médico rural. El se mueve en unas condiciones de deficiencia instrumental que no ha creado, en unas condiciones económicas, culturales y directamen-

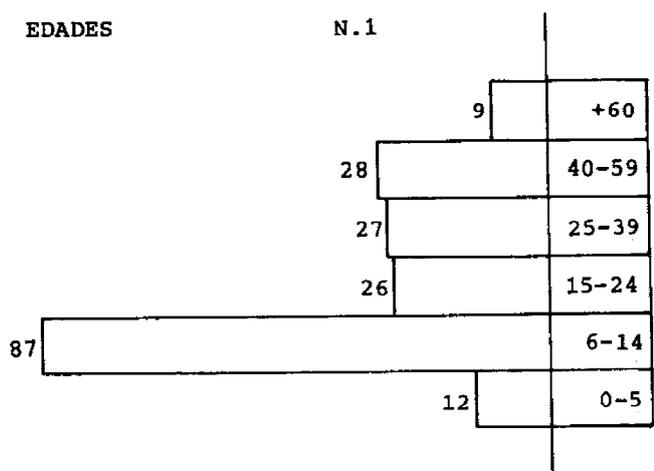
te políticas que le vienen dadas y que deberán transformarse para que su labor sea eficaz.

Es significativo para nuestro estudio la actitud política de la administración, con relación al control de la natalidad o más general en la planificación familiar.

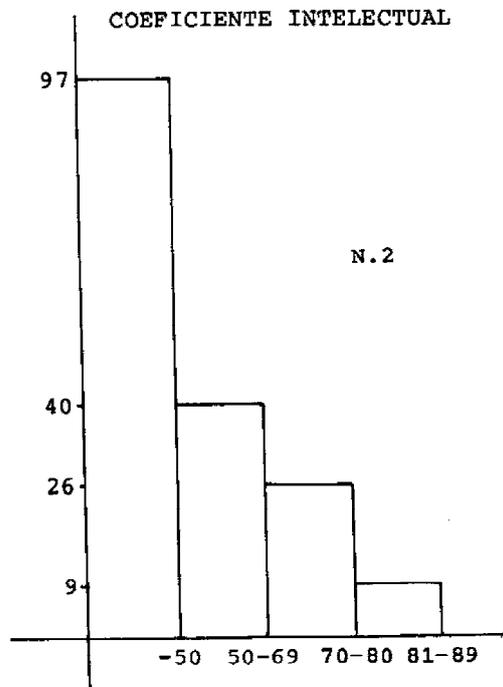
La prohibición expresa, bajo amenazas de expediente, de recetar y ni siquiera informar sobre métodos anticonceptivos; la inexistencia de centros de planificación familiar, que orienten, informen y ayuden sobre esta problemática, tan directamente relacionada con la subnormalidad; la inexistencia en toda la provincia del instrumental necesario para efectuar a nivel de asistencia global un diagnóstico precoz del cáncer o una citología con todas las garantías científicas; la falta de asistencia de estos servicios en la Seguridad Social, acusan inequívocamente a la administración como el principal responsable de la lamentable situación reseñada en este estudio, del que se desprende, como una más de sus conclusiones, la existencia en esta zona de condiciones de vida que fomentan la subnormalidad.

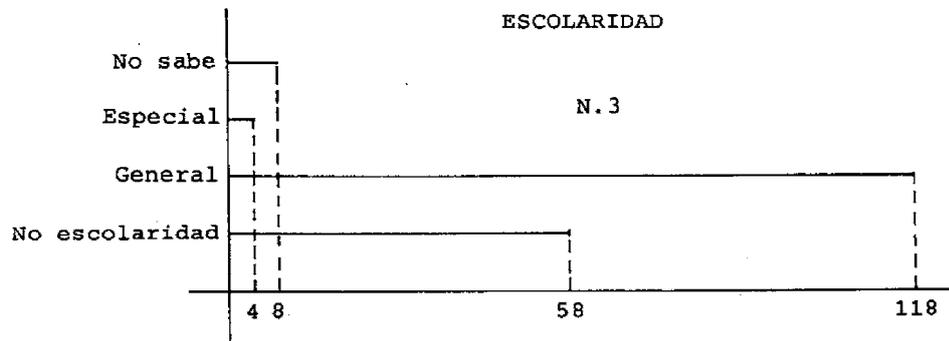
EDADES

N.1

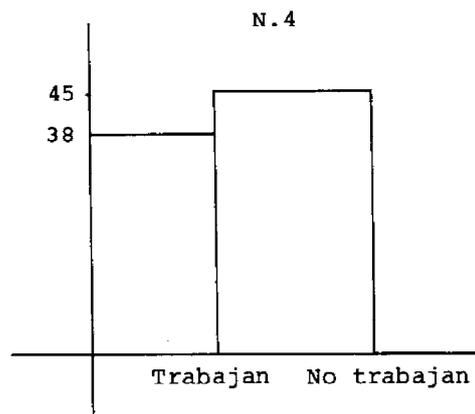
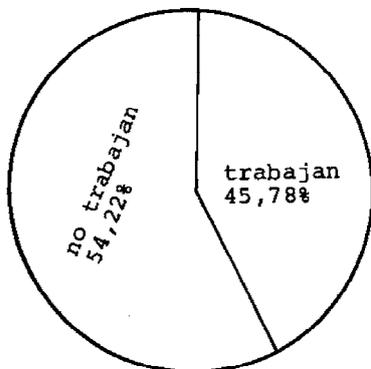


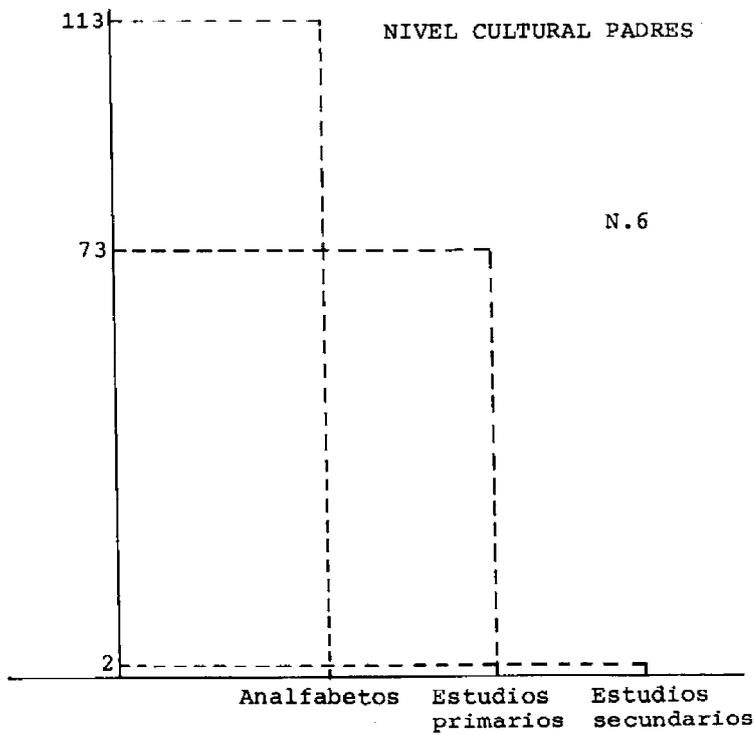
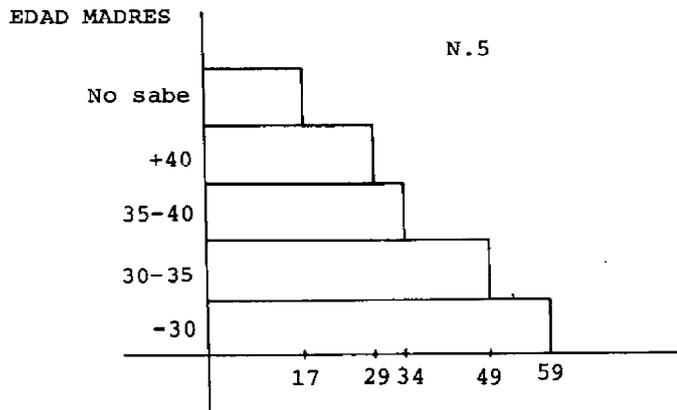
COEFICIENTE INTELECTUAL



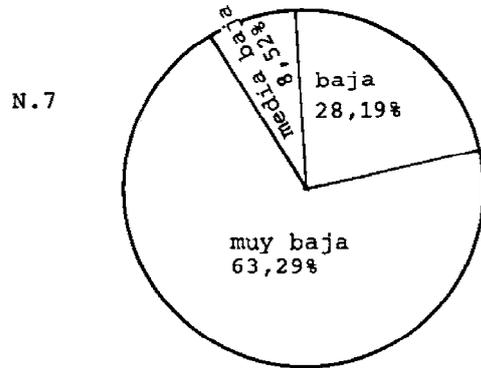


DISMINUIDOS PSIQUICOS
EN EDAD LABORAL

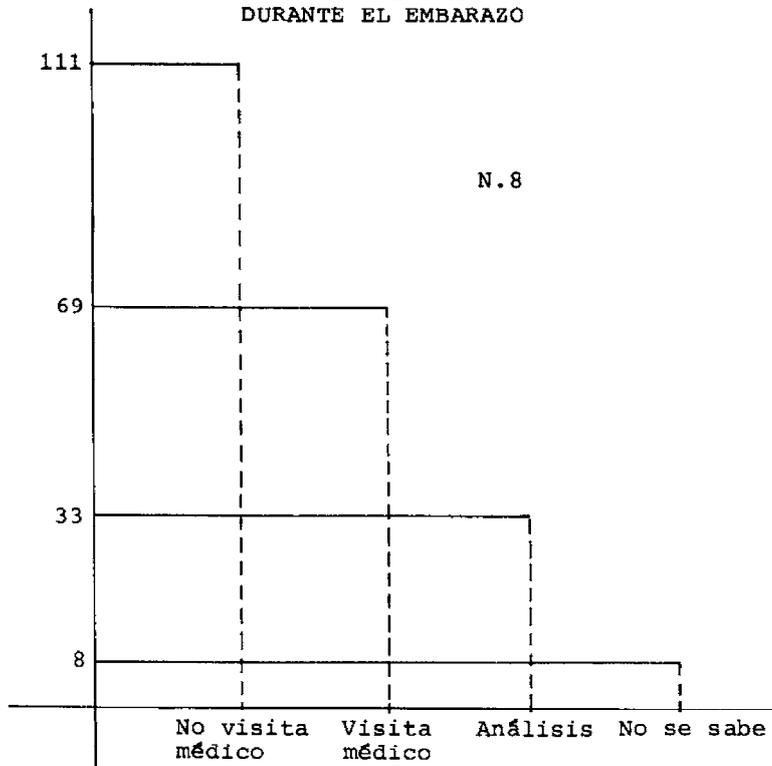




NIVEL ECONOMICO FAMILIAR

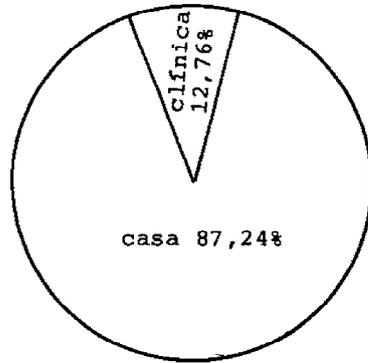


ATENCION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO



LUGAR PARTO

N.9



ATENCIÓN AL PARTO

N.10

