



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

66/80



ALGUNAS ACTITUDES DE LOS PADRES
ANTE SUS HIJOS SUBNORMALES. (I)

Actitud de Internamiento

Documento realizado en CEFAES (Centro Educación Familiar Especial) Noviembre 1980
Tudela, 20 -6ª Dcha. Pamplona. Navarra. España.
Autor: Dr. A. Polaino-Lorente, Prof. Agregado de Psicología -
Patológica. Universidad Complutense. (Madrid).
Prohibida su reproducción. Copyright 1980 by CEFAES
Depósito legal: (NA-483). 1980

Introducción *.

Una actitud no es otra cosa que una disposición, más o menos estable, para responder ante una determinada situación.

Las actitudes surgen al filo de nuestras experiencias biográfica y personal, anidan en nosotros y pueden llegar a dirigirnos a pesar nuestro.

Las actitudes se consolidan o modifican según tres principales componentes: el cognitivo (la información y el conocimiento tendentes a valorar aquella situación como positiva o negativa), el afectivo (sentimientos más o menos reactivos y situativos que se incorporan a la actitud) y el pragmático (la consistencia de la función actitudinal, una vez que ésta se ha repetido muchas veces).

Para cambiar una actitud, lo óptimo es actuar simultáneamente en los tres factores antes mencionados. El aporte de informaciones relevantes para aquella concreta situación, la modificación de los sentimientos o la toma de decisiones en torno a un problema o conflicto, pueden modificar las actitudes que hasta ahora tenían (Rosenberg, 1956).

Las actitudes de los padres de niños minusválidos, frente a sus hijos, naturalmente son muchas y variadas. En las líneas que siguen se describen algunas de las más frecuentes. Lógicamente, las descripciones que aquí se ofrecen no son tan precisas ni tan recortadas como las que se dan en la realidad. Esta es mucho más rica y compleja que cualquier esbozo que intente esquematizarla. Por otra parte, lo relativamente permanente de las actitudes está abierto, sin duda alguna, al cambio. Las actitudes cambian con el tiempo.

Pero es que además unas y otras se intercambian y metarfosean, se influyen y sustituyen, unas encaminan a otras, de éstas se pasa a aquéllas, etc.

*. Ver, del mismo autor, editados por CEFAES, distintas actitudes: MIEDO, FRACASO-DESESPERACION, RESIGNACION, SOBREPROTECCION, RECHAZO, CULPABILIDAD.

Por todo ésto, el comportamiento terminal resultante en los padres casi nunca descansa sobre una de estas actitudes; en todo caso, sobre la interacción que resulta de ellas. Interacción que es moldeable también, en función de cuáles sean las estrategias de intervención psicológica empleadas por el experto.

Para la descripción de algunas de estas actitudes se ha sugerido el esquema siguiente: definición de la actitud, exposición de algún caso en la que ésta aparece realizada y alternativas y criterios -muy sencillos, por otra parte- que pueden facilitar la modificación de dichas actitudes.

En otros casos, el autor ha considerado más útil, la descripción somera, salpicada de algunos comentarios, sobre estos problemas.

Bibliografía.

- Rosenberg, M.G.: Cognitive structure and attitudinal affect, Journal Abnorm. Psychol, 1956, 53, 367-372.

Internamiento.

En la familia todos sus componentes están relacionados y son interdependientes. Como en un puzzle, cada pieza debe exactamente ajustarse con las que le rodean.

La presencia de una enfermedad en uno de sus miembros, condiciona la aparición de ciertos cambios en sus familiares. La presencia de un niño deficiente mental o físico, modifica también el comportamiento de sus padres y hermanos.

La decisión de ingresar a uno de estos niños en una institución nunca es indiferente, ni para el niño, ni para sus familiares.

La mayoría de las decisiones familiares para el internamiento se apoyaban antes sobre el modo en que la familia experimentaba la supuesta crisis de tener un niño subnormal (Appell y Tisdall, 1968).

En otros casos se invocaba como razón, los efectos negativos que podían derivarse para los hermanos del subnormal, de permanecer éste en casa (Illinois/Departement of Public Health, 1965).

Las familias menos acomodadas optan, con mayor frecuencia que las más instruidas, por tratar al niño en casa, (MacMillan, 1977).

Muy frecuentemente, la decisión del internamiento - al menos cuando no hay causa psicobiológica que así lo aconsejen - no solo no soluciona la crisis familiar, sino que desencadena otra más grave de culpabilidad. (Carver y Carver, 1972).

De aquí se concluye que la decisión del internamiento no se derivan, generalmente, unos efectos beneficiosos para el resto de sus familiares (Cfr. La investigación sistemática de Fotheringham y col., 1972).

En la actualidad, la tendencia más extendida es contraria a la institucionalización, en parte, por lo apuntado líneas arriba (Stedman, 1977) y, en parte, porque a los padres se les ha provisto de los necesarios recursos para que puedan intervenir como coterapeutas de sus hijos (Doll, 1977; President's Committee on Mental Retardation, 1976; MacMillan, 1977).

Sean cualesquiera que sean las tendencias vigentes, ante todo posible internamiento deben valorarse las siguientes cuestiones:

- a) Si hay indicaciones médicas y psicológicas o no.
- b) Si la permanencia en casa del niño subnormal, supondrá la perpetuación de la crisis familiar y, a su través, puede significar un serio obstáculo para la rehabilitación de interesado.
- c) Si el internamiento contribuirá o no -en que grado- a la rehabilitación del niño y al ajuste familiar.
- d) Si es posible que los padres y hermanos del niño, colaboren en casa en la tarea de modificar el comportamiento subnormal del pequeño (Posibilidad de que un psicólogo asuma la dirección de un programa de entrenamiento familiar, específicamente diseñado para ese caso concreto).
- e) Si lo más conveniente para ese niño no serían otras soluciones alternativas, como asistencia a un centro de educación especial, hospital de día, técnicas de modificación de conducta, empleo de psicofármacos o cualquier otro sistema de internamiento parcial (part time).
- f) En cualquier caso, la tarea de toma de decisiones debe estar fundamentada en criterios, lo más rigurosamente científicos, y no en meras actitudes sentimentales.

Bibliografía.

- MacMillan, D.L. Mental retardation in school and society, Boston Little, 1977
- Fotheringham, J.B. and col.: The effects on the family of the presence of a mentally retarded child. Canadian Psychiatric Association Journal, 1972, 17, 283-290.
- Carver J.N. and Carver, N.E.: The family of retarded child. Syracuse University Press, 1972.
- Appell, M.J. and col.: Factors differentiating from non-institutionalised referres retardes. American Journal of Mental Deficiency 1968, 73, 424-432.
- President's Committee on Mental Retardation A plan for Deinstitutionalisation of mentally retarded persons. Washington, D.C.: Author 1976.



ALGUNAS ACTITUDES DE LOS PADRES
ANTE SUS HIJOS SUBNORMALES. (II)

Actitud de Miedo

Documento realizado en CEFAES (Centro Educación Familiar Especial). Noviembre 1980
Tudela, 20 -6°Dcha. Pamplona. Navarra. España.
Autor: Dr. A. Polaino-Lorente, Prof. Agregado de Psicología Patológica. Universidad Complutense. (Madrid).
Prohibida su reproducción. Copyright 1980 by CEFAES
Depósito legal: (NA-483). 1980

Miedo.

-Concepto.

Reacción psicobiológica ante un peligro real o imaginario. Como reacción es siempre perjudicial, por cuanto evidencia el fracaso del individuo para ajustarse a una situación y/o circunstancia. Suele acompañarse, además, de inhibición (incapacidad para tomar iniciativas), perplejidad (incapacidad para buscar y encontrar los medios necesarios para resolver el problema) y sufrimiento (inseguridad, nerviosismo, excitación, insomnio, etc...).

Con el tiempo, el miedo puede transformarse en temor. Entonces, lo que se teme no es algo concreto que está presente, sino que se proyecta en el futuro de forma muy vaga y sin ningún fundamento. El temor aleja de sí al amor y se opone abiertamente a la confianza. Con el temor se anticipa, negativamente, cualquier suceso que pueda acontecer en el futuro. Ambas actitudes son desadaptativas, operativamente ineficaces, y tienden a aumentar los conflictos, en lugar de resolverlos.

-El caso P.

P vive continuamente atemorizado por su hijo E, subnormal de 5 años de edad. P telefonea a casa varias veces al día, persuadido de que algo grave puede suceder a su hijo en cualquier momento. P tiene miedo de muchas cosas: de que su hijo meta los dedos en un enchufe, de que se quemara en la cocina, de que se caiga por las escaleras...; desde que su hijo fue diagnosticado, P está sobreexcitado, nervioso e inseguro de sí mismo. P ha abandonado sus amistades y se ha recluido en su casa. En ocasiones se pregunta atormentado por el futuro de su hijo: "¿Qué será de él el día que yo y su madre faltemos?" "¿quién le cuidará?", "¿quién le dará de comer y le vestirá?". Otras veces las preguntas emergen de forma automática en las circunstancias más inoportunas: "¿Se reirán de mi hijo?", "se cebará sobre él la crueldad ingenua de otros niños?", "¿debo renunciar a sacarlo de paseo?", "¿qué consejos dar a sus hermanos para que lo traten bien?".

P advierte lo mucho que ha cambiado su vida en estos últimos años y, sin embargo, no alcanza a encontrar cómo ayudar a su hijo E.

Los temores de P han aumentado tanto, que no se atreve a corregir a E, haga éste lo que haga. Considera que contrariarle en algo, puede ser contraproducente. P se encuentra ante un callejón sin salida. Incluso sus relaciones matrimoniales se han visto afectadas por la enfermedad de E. P tiene miedo de volver a engendrar un hijo anormal.

-Crítica y alternativa que pueden ofrecerse a las anteriores actitudes.

-a) La reacción de P es, desde luego, desproporcionada e inadecuada. P no ha logrado superar la fase de shok inicial que suele seguir al conocimiento de la minusvalía infantil, por parte de los progenitores (Cummings, 1976).

-b) La vida de P se ha ido desorganizando lentamente y puede condicionar la futura perturbación de todos sus familiares (Cleveland, 1977).

-c) Los miedos de P se han transformado en temores, muchos de ellos contraproducentes y nada objetivos.

-d) A P pueden ofrecerse algunas de las siguientes alternativas, de forma que modifique sus actitudes ante la enfermedad de su hijo:

- 1) Explicarle minuciosamente en qué consiste el padecimiento de su hijo, la frecuencia de esta enfermedad, las posibilidades rehabilitadoras que existen, el funcionamiento de las asociaciones de padres de niños minusválidos, etc.
- 2) Ayudarle a aceptar a su hijo E con todas sus alteraciones. Enseñarle a reorganizar su vida, una vez que se produzca esta aceptación. P no debe cambiar por completo su vida, sino más bien modularla, según las nuevas circunstancias.
- 3) Animarle a que asuma el reto planteado por E. Su hijo, además de un enfermo es, sobre todo, un niño que hay que educar de modo diferente. Una simple distribución de las funciones que pueden realizar con E, cada uno de los miembros de la familia, contribuirá al ajuste del comportamiento de P y a una más intensa rehabilitación de la conducta de E (Miller y col., 1976).
- 4) Incitarle a que asista a una reunión con padres de minusválidos, para que de este modo no dramatice tanto y sitúe sus problemas en el lugar oportuno. No se trata tanto de pedirle que relate la enfermedad de su hijo, como de enseñarle a usar las estrategias oportunas para averiguar la magnitud del problema.

Una visita a otros hogares en los que la rehabilitación del deficiente está ya en marcha -de manera que puedan mostrarse algunos resultados- puede agilizar el deseado cambio de las actitudes que se postulan.

- 5) La información genética (Slater y Cowie, 1974) sobre este particular, puede contribuir a optimizar las relaciones conyugales. La información sobre legislación y ayudas económicas existentes -tanto en los organismos del Estado, como en otras asociaciones y mutualidades-, de seguro que alejarán estos temores infundados.

Bibliografía.

- Slater, E. y Cowie, V.: Genética de los trastornos mentales, Salvat, Madrid, 1974.

- Cummings S.T.: The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill Children. American Journal of Orthopsychiatry, 1976, 46, 246-255.

- Cleveland, D.W. and col.: Attitudes and life commitments of older sibling of mentally retarded adults: An exploratory study. Mental Retardation, June, 1977, pp. 38-41.



661

ALGUNAS ACTITUDES DE LOS PADRES
ANTE SUS HIJOS SUBNORMALES (III)

Actitud de Fracaso-Desesperación

Documento realizado en CEFAES (Centro Educación Familiar Especial). Noviembre 1980
Tudela, 20 -6º Dcha. Pamplona. Navarra. España.
Autor: Dr. A. Polaino-Lorente, Prof. Agregado de Psicología -
Patológica. Universidad Complutense. (Madrid).
Prohibida su reproducción. Copyright 1980 by CEFAES
Depósito legal: (NA-483). 1980

Fracaso-Desesperación.

-Concepto.

Las situaciones de fracaso se viven de formas muy diferentes en función de otras variables, como: el nivel de aspiraciones y/o de expectativas que se tenían sobre aquel particular, la agudeza o cronicidad con que suceden los acontecimientos adversos, la personalidad del sujeto, el grado de vulnerabilidad frente a la frustración del proyecto, etc. Naturalmente, una de las frustraciones más profundas y difíciles a sufrir son aquellas que inciden sobre el desarrollo y las posibilidades de la vida de los hijos. Los padres se viven, muy frecuentemente, como una prolongación de la vida de sus hijos; cualquier frustración de éstos afecta a aquellos. El conocimiento de la minusvalía de los hijos y, sobre todo, el desplegamiento de las consecuencias de aquella, profundizan las actitudes de fracaso en los progenitores, hasta su transformación en desesperación.

La desesperación es la actitud de quien ha perdido o cree haber perdido toda esperanza. Está dirigida hacia el futuro. Se acepta que todo suceso será desfavorable en lo sucesivo. Suele acompañarse de rebeldía e intolerancia frente a la tristeza que deriva de las circunstancias presentes y futuras (Polaino-Lorente, 1972)

-El caso C. (texto transcrito de una entrevista con padres).

"Cuando me nació mi hijo J. creí que todo sería distinto; era como vivir por primera vez en un mundo nuevo que jamás se había visitado. Pero la alegría duró poco. El niño nació bien y, sin embargo, a las pocas horas tuvieron que meterlo en la incubadora. Luego vino toda aquella guerra de nervios de si sobreviviría o no. Era mi primer hijo y yo deseaba retenerlo como fuera. Nada me importaba que quedase o no parálítico; simplemente lo quería a él porque era mío. Los médicos fueron confiándonos que continuaría con vida, pero nada nos dijeron sobre como sería esa vida en el futuro.

A su padre y a mí se nos quitaron las ganas de seguir viviendo. Era como si nos hubiesen echado un jarro de agua fría. Ahora todo nos daba igual. Pasamos lo indecible con todo aquel peregrinaje, de médico en médico, durante tres años. Nadie nos daba una respuesta exacta, mientras mi hijo no adelantaba nada en absoluto.

Para nosotros nada importaba ya. Habíamos fracasado y eso era todo. Pero era tan difícil aceptar todo aquello ..., que yo acabé por rebelarme contra la situación. Llegué a odiarme y a odiar a los míos, a arrepentirme de haberme casado, incluso deseaba no haber nacido. Nada tenía sentido. Sólo deseaba salir corriendo, huir como si todo aquello hubiese sido un mal sueño". (Ref. 432/76)

La aspiración de esta joven madre, ahora frustrada, agiganta la conciencia de fracaso y desesperanza. De haber tenido otras expectativas -además de ésta de la maternidad- su reacción hubiera sido muy distinta. Algunas de las estrategias empleadas en este caso consistieron en:

- 1) Enseñarle a distinguir entre la vida de su hijo y su propia vida. Ambas están relacionadas y son dependientes entre sí, pero ni se confunden ni se identifican.
- 2) Ampliarle el abanico de aspiraciones, haciéndole ver que, por su juventud, podría tener otros hijos completamente normales. De otra parte, conviene que tenga otras aspiraciones distintas de éstas, de manera que la frustración del único proyecto no arruine la personalidad global, como aquí sucedió.
- 3) Lectura y comentario del artículo antes citado (Polaino-Lorente, 1972), especialmente las páginas 1073-1082 y 1086-1095.
- 4) Inclusión y participación en un programa de entrenamiento de padres como coterapeutas de sus propios hijos. Se trata de demostrarles que con su actividad pueden contribuir -y de forma decisiva- a la rehabilitación y al ajuste del comportamiento del minusválido.

Bibliografía.

- Polaino-Lorente, A.: Aproximación antropológica y clínica a una patología de la esperanza. Galicia Clínica, 12, 1972, 1073-1096.



ALGUNAS ACTITUDES DE LOS PADRES
ANTE SUS HIJOS SUBNORMALES. (IV)

Actitud de Resignación y Sobreprotección

Documento realizado en CEFAES (Centro Educación Familiar Especial). Noviembre 1980
Tudela, 20 -6ª Dcha. Pamplona. Navarra. España.
Autor: Dr. A. Polaino-Lorente, Prof. Agregado de Psicología -
Patológica. Universidad Complutense. (Madrid)
Prohibida su reproducción. Copyright 1980 by CEFAES
Depósito legal: (NA-483) 1980

Resignación.

Resignación, según el Diccionario de la Real Academia Española, es la "entrega voluntaria que uno hace de sí poniéndose en las manos y voluntad de otro", y también "la conformidad, tolerancia y paciencia en las adversidades".

En estas definiciones, se subraya especialmente el carácter pasivo de la voluntariedad implicada en la resignación humana. En tanto que conformidad, la actitud resignada es realista, sirve para un cierto ajuste y puede alcanzar una cierta adaptación a los acontecimientos. Pero en tanto que pasiva, la actitud resignada, supone una mayor entrega consigo mismo que con los fenómenos que la suscitan. La voluntad admite los propios sentimientos, y en tanto que los admite se resigna a ellos. Pero no hay una efectiva y voluntaria entrega al suceso que desencadena aquellos sentimientos. Por eso, el compromiso del yo es menor que en la aceptación. En ésta el sujeto queda implicado con la situación y con la persona que la produjo, independientemente de que se toleren o no los propios sentimientos. En la aceptación, el yo no se limita a rebelarse (como sucede en la resignación), sino que va más lejos, participando y modificando la situación que dió origen a este conflicto.

Tras la resignación se esconde agazapada, en ocasiones, la comodidad, la pereza y la indiferencia por el otro.

La resignación se orienta hacia el dolor propio, mientras vuelve sus espaldas a aquél en quien se produce y del que éste procede.

La resignación es subjetivista. La resignación se desentiende de quién más cuidados necesita.

La resignación es apenas una reacción en la que el sujeto eleva sus sentimientos a la categoría de protagonista-único, de cuanto allí acontece; la raíz de lo que dió origen queda así escamoteada.

La esencia de la resignación -si nos atenemos a su definición- deriva, en alguna forma, de un cierto hedonismo paciente, permisivo y conformista, puesto que no alcanza al otro, no va hasta allí en su ayuda, sino que se queda en el acá de los propios sentimientos, más o menos desgarrados.

En cualquier caso, la resignación es más conveniente que otras actitudes como, por ejemplo, el "rechazo" o el "ocultamiento-vergüenza" (veáanse), pero por sí misma no llega a constituirse en la respuesta óptima. De la resignación se puede descender al indiferentismo, primero y, después, a la marginación, al rechazo. También, a partir de ella puede ascenderse hacia la aceptación, la asunción comprometida de todo cuanto allí sucede, e incluso a una connatural voluntariedad en tomar aquél problema como propio, para sacarlo adelante e evitando cualquier dramatización subjetiva.

La resignación ya es algo, pero es poco. Su pequeñad le viene del lado de la pasividad ambivalente. Así, tan "resignadico", un padre puede hurtarse a sí propio en la tarea rehabilitadora e insustituible para con su propio hijo. Como etapa de paso debe promoverse pero siempre que sea eso: una etapa de paso y no una poltrona en donde instalarse sin ninguna responsabilidad.

Por último, la resignación puede potenciarse o removerse, en virtud de cuál sea la actitud del otro conyuge. Basta que uno de ellos tome la iniciativa, que no se satisfaga con la mediocridad negligible de "dejar pasar el tiempo" o que se inquiete eficazmente en busca de los necesarios recursos, para que el otro conyuge abandone su conformismo -tolerante y se abra a nuevos hábitos cooperativos y rehabilitadores.

En el fondo, esta actitud está sostenida por la postura que se tenga frente al sufrimiento humano, tanto del propio como del ajeno.

En este punto puede ser de utilidad leer, reflexionar y/o comentar, alguna de las publicaciones existentes sobre este particular (Cfr, entre otros, Polaino-Lorente, A.-1979)

Bibliografía.

-Polaino-Lorente, A.: Psicopatología y Antropología del dolor. Folia Humanística, XVII, 197, 1979, Págs. 225-268.

Sobreprotección.

Concepto.

La sobreprotección consiste en una actitud de excesivo cuidado por lo que llega a impedirse o frustrarse el normal desarrollo o la expansión de ciertos comportamientos del hijo.

De ordinario, la sobreprotección va trenzada con razones de afecto y cariño que, sinceras o no, acaban por absorber la vida del niño, incapacitándole para valerse por sí mismo.

En la sobreprotección se patentiza el dirigismo de los adultos. Aunque en apariencia suponga una mayor dedicación y solicitud por parte de los progenitores, en la realidad no sucede así. Muchas veces es más fácil hacer todo lo que el niño, supuestamente, no puede, que enseñarle con la paciencia que el caso requiera a que lo haga por sí mismo. Me refiero, por ejemplo, a conductas tan elementales como las de alimentarse, vestirse, tomar el objeto deseado o la consolidación de los hábitos higiénicos mínimos.

Con mucha frecuencia los padres no son conscientes del daño que hacen a sus hijos a través de estas actitudes. y por supuesto que casi siempre lo hacen animados por alguna "buena intención", sólo que equivocada.

A los padres suele costarles reconocer sus manifestaciones de sobreprotección. Y, sin embargo, reconocerlas, es ya un principio -un buen principio- para comenzar su modificación.

No es cierto -como se ha dicho y escrito hasta la saciedad, en la literatura psicoanalítica -que la sobreprotección surge como una necesidad de compensar los sentimientos de odio y/o rechazo de los padres ante sus hijos subnormales (Polaino-Lorente, 1980)

Lo que acontece, más bien, es que los progenitores les cuesta -cosa por otra parte natural- ser espectadores, voluntariamente indiferentes, ante los esfuerzos, no siempre exitosos, que hacen sus respectivos hijos, para adaptar sus comportamientos e incorporar los nuevos aprendizajes.

Una estrategia que suele resultar de mucha utilidad para el cambio de esta actitud podría consistir en los pasos siguientes;

- a) Información sobre lo erróneo de esta actitud
- b) Observación de los comportamientos y de las interacciones madre-padre-hijo en que esta actitud se manifiesta.
- c) Observación por parte de los padres de esas mismas interacciones comportamentales entre su hijo y el psicólogo, de modo que aprendan nuevos modos de interacción no proteccionistas.
- d) Observación de los padres de los resultados positivos que se generan en las conductas de sus hijos, una vez que se aplican estas estrategias.
- e) Frente al natural afecto de los padres hacia los hijos, los pasos 4 y 5 son especialmente significativos para provocar el cambio actitudinal. Ello prueba que sus anteriores hábitos proteccionistas, aunque erróneos, estaban fundados en un cariño sincero.

Bibliografía.

-Polaino-Lorente., A.: Crítica a la metapsicología de Freud, EMESA, Madrid, 1980 (en prensa)



ALGUNAS ACTITUDES DE LOS PADRES
ANTE SUS HIJOS SUBNORMALES. (V)

Actitud de Rechazo

Documento realizado en CEFAES (Centro Educación Familiar Especial). Noviembre 1980
Tudela, 20 -6ºDcha. Pamplona. Navarra. España.
Autor: Dr. A. Polaino-Lorente, Prof. Agregado de Psicología -
Patológica. Universidad Complutense . (Madrid)
Prohibida su reproducción. Copyright 1980 by CEFAES
Depósito legal: (NA-483) 1980

Rechazo.

Las actitudes de rechazo nacen, generalmente, al amparo de procesos o contenidos más o menos inconscientes, o al menos no tamizados por una decisión consciente. Resulta infrecuente una actitud de rechazo frontal, pleno. Lo habitual es encontrarse con conductas aparentemente entroncadas en otras facetas motivadoras y que, sin embargo, encubren un rechazo. Sigüán señala las más frecuentes:

- Exigencia: "Se niega la existencia del rechazo y se exige del niño como si fuera normal. Sus fracasos se atribuyen a mala voluntad, falta de aplicación, etc.
- Olvido: "Se piensa en el niño lo menos posible, éste queda abandonado a su suerte. El olvido puede disimularse confiándolo a una institución. Luego, a su vez, al confiarlo a una institución favorece la actitud de olvido".
- Retrasar el descubrimiento: "Muchas veces los padres son los últimos en enterarse del retraso del hijo y persisten en explicar su escaso rendimiento por causas accidentales cuando, en buena lógica, se encuentran en condiciones de ser los primeros en notarlo, en multitud de ocasiones".
- Hostilidad: (Explícita o reprimida) Que a veces no es consecuencia, sino el origen del "perder los nervios". Lo ordinario es que ésta se manifieste únicamente en situaciones límite en que, por apresuramiento, cansancio o mal humor, los padres no contro-

lan sus lenguas o gestos. A ésto yo no lo llamaría -hostilidad, a no ser que esas crisis explosivas se hagan reiterativas. Reservaría, en cambio, el concepto de hostilidad para aquellas manifestaciones larvadas o explícitas de agresividad que alcanzan al minusválido.

Entre las primeras puede encontrarse el gesto hosco cada vez que a él se dirigen, la respuesta desabrida ante una pregunta inoportuna, los gritos, las correcciones en público por motivos desproporcionados, las quejas ante su enfermedad, etc.

Pertenecen a las segundas, los malos tratos, los agravios directos de obra o de palabra, la expulsión de los lugares comunes de la casa, el aislamiento en su habitación sin ningún programa previo, los castigos corporales, etc.

Ocultismo-Vergüenza: La actitud de ocultamiento-vergüenza prácticamente ha desaparecido, hasta el punto de que podemos considerarla como un suceso histórico. Tan sólo persiste algún caso aislado, casi siempre en zonas rurales pobres y pequeñas, y en ambientes socioeconómicos muy bajos.

La erradicación de esta actitud ha sido una de las grandes batallas ganadas por los movimientos de las Asociaciones de Padres. Involucrando en ello a la sociedad y consiguiendo un cambio de mentalidad, aunque, dicho sea con todos los respetos y con todos los reparos, en este cambio social bien pueden entrecolarse mecanismos compensatorios de un posible complejo de culpabilidad social e inhumanismo.

La actitud de rechazo influye negativamente en el proceso rehabilitador del oligofrénico, fundamentalmente por las causas siguientes:

- a) Impide el anclaje en la realidad.
- b) Retarda el diagnóstico y la iniciación del tratamiento.

- c) La resistencia al cambio o la modificación de la actitud, dado su contenido inconsciente.
- d) Con frecuencia engendra sentimientos de culpabilidad o carga la culpabilidad al otro cónyuge.
- e) El hijo percibe ese rechazo y se siente "no querido". Situación que refuerza y remarca el alto nivel conflictivo-afectivo de la oligofrenia. La literatura universal ha descrito con maestría - los mecanismos y el conflicto del hijo rechazado. García Villegas resalta estas tres obras: "La vida es sueño" (Calderón), "Don Carlos" (Schiller), "Al este del Edén" (Steimbeck).
- f) Rechazo y actitudes reivindicativas amortiguadas, tras de la propia responsabilidad de educar al oligofrénico. Generalmente, se encuentran unidas, proyectándose fundamentalmente sobre la sociedad, los médicos, los instructores, los psicólogos, etc. Las reivindicaciones son tanto mayores, cuanto más rechazado es el hijo (Ajuriaguerra).