

PROCESOS DE SOCIALIZACION EN LA DEFICIENCIA MENTAL

por VICENTE PELECHANO BARBERÁ
Universidad de La Laguna, Tenerife

1. Aclaración

Creemos que, afortunadamente, en los últimos años se viene insistiendo en las dimensiones definitorias de la deficiencia mental. Incluso en uno de los últimos y más representativos manuales al respecto (Matsón y Mulik, 1983) a ello se dedica un capítulo (Seltzer, 1983) y, como temática, se encuentra representada en otros capítulos de esa y otras monografías. Desearíamos llamar la atención sobre este aspecto para poner de manifiesto algunos puntos de interés y que son directamente relevantes para el tema que nos ocupa: *a)* de todas las definiciones-clasificaciones propuestas, son cuatro, con toda probabilidad, las más utilizadas en el mundo occidental: la defendida por la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD, 1973) que insiste en criterios de eficacia intelectual (C.I.) y de conducta social-adaptativa; la que se encuentra en el DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association*, 1980), asentada sobre la anterior aunque con una mayor insistencia en criterios clínico-individuales no siempre objetivos con claridad; la ICD-9 (*International Classification of Diseases*, 1978) que acentúa más que la anterior las dimensiones evaluativas clínicas (hasta el punto que las escalas y tests de inteligencia, de tan amplio uso, se enuncian tan sólo a título orientativo, sin recomendación especial). Finalmente se encuentran las definiciones que asimilan la deficiencia mental e incapacidad evolutiva (DD, *Developmental Disabilities*, Public, Law 96/602, 1978), que insiste, quizá más que las anteriores, en la dinámica funcional-experimental no estrictamente intelectual; *b)* en todas ellas se insiste en la evaluación de dimensiones psicológicas

intelectuales en mayor o menor grado, pero se está dando una importancia progresivamente mayor a los aspectos de adaptación, socialización, integración social; c) las definiciones no identifican a la misma población. Así, vaya por caso, Lubin, Jacobson y Kelly (1980) han demostrado que, con la utilización de la definición de incapacidades evolutivas, tan sólo el 78'8 por 100 de las personas que en la actualidad reciben ayuda y asistencia especializada en Nueva York, seguirían recibiendo una y otra de modo que la solapación entre distintas definiciones se da más cuanto mayor gravedad del cuadro presenta la persona en cuestión (los índices de solapación estimados van del 41'5 por 100 en los casos más benignos, a un 99'7 por 100 en los más graves; d) todo ello implica la necesidad de potenciar, al menos, dos metas: la búsqueda de un consenso definicional y, de rechazo, la admisión de un gran abanico de diferenciaciones entre las personas que son identificadas como deficientes mentales de entrada, tantas dimensiones diferenciales como «dimensiones» de la mente se hayan identificado), frente a la imagen simple y excesivamente homogénea que trasluce la expresión definicional misma de «deficiencia mental», y, finalmente, d) habría que repetir que, en todos los casos, parece que la praxis diagnóstica habitual vía C.I. debería ser *necesariamente complementada* con indicadores, lo más objetivos posibles, acerca de otras áreas comportamentales que no se identifican, en absoluto, con el funcionamiento y/o operaciones intelectuales que muestrean los tests de inteligencia, pese a lo cual, resultan esenciales para comprender el mundo de las «deficiencias mentales». Hacia la delimitación de «esas otras dimensiones se encamina el presente trabajo».

2. La importancia del tema y algunos acercamientos relevantes

Vaya por delante la afirmación de que este trabajo no pretende invadir ni reinterpretar en términos de socialización los resultados alcanzados en los tests de inteligencia. Antes al contrario, reconoce que la problemática de la inteligencia conceptual-abstractiva (de la que el C.I. es un indicador) representa un tema nuclear dentro de la psicología práctica y, más aún, hace referencia a temas especialmente relevantes dentro del mundo social (Zigler y Seitz, 1982). Ocurre, sin embargo, que todo ello representa un aspecto relevante, pero no agota el campo dentro de la deficiencia mental. Junto a él, aparecen muchas otras variables interconectadas a la hora del logro de una competencia social.

En el caso concreto de la deficiencia mental habría que tener en cuenta y/o poner en relación la competencia social con conceptos tales como socialización, normalización y su escuela de comunitarización, adaptación e integración.

2.1. Socialización y adaptación

El complicado proceso de convertirse en un miembro activo de la sociedad va ocupando progresivamente cotas de más alta prioridad en las investigaciones psicológicas de la última década. Ocurre, además, que el tema no ha venido impuesto por el desarrollo teórico de la psicología, sino, al contrario, por las exigencias, cada vez mayores, que la sociedad tiene para con los psicólogos. La doctrina oficial en España del Ministerio de Educación y Ciencia define la socialización como «el proceso de integración del niño en su propia comunidad... (que incluye) ...la paulatina adquisición de la autonomía personal; el desarrollo afectivo y social; la educación para las relaciones interpersonales y la convivencia; la integración en la propia comunidad; el dominio de las habilidades que la vida adulta en la sociedad le planteará; la adquisición de los valores que han de guiar su realidad inmediata; el conocimiento del propio cuerpo; el conocimiento de la realidad inmediata y del entorno» (INEE, 1982, p. 9). El campo es tan amplio que a quien escribe estas líneas le parece que nada se escapa a la socialización, definida de ese modo. Amén de algunas redundancias: no parece clara la diferencia entre socialización y el «desarrollo social») y expresiones reduplicativas o de difícil diferenciación, tales como «educación para las relaciones interpersonales y la convivencia [*sic*]»; «dominio de las habilidades que la vida adulta [*sic*] en la sociedad le planteará».

Dentro de la psicología, «socialización» es un término que se refiere al área de la psicología evolutiva, psicología social y, en los últimos años, ha entrado firmemente en el campo de la psicopatología. La socialización se ha identificado a veces con el *desarrollo emocional del ser humano*: desde el punto de vista del aprendizaje social, la sintomatología psicopatológica concreta que se observa en todos los casos es socio-genética y, por ello, subsumible bajo el rótulo de perturbaciones de la socialización. Desde esta perspectiva se gestaron, al principio, modelos de intervención encaminados a generar hábitos adaptativos así como a extinguir los no adaptativos. Poco después, con el fracaso teórico del conductismo, los autores pasaron, paulatinamente, de la conceptualización de los hábitos a la de las destrezas y *habilidades sociales*, con la presentación de programas de recuperación más complejos. En una tercera orientación, la psicología social, fundamentalmente, ha entendido los procesos de socialización (no a nivel ontogenético, sino, más propiamente, con seres humanos adultos) como *interacción social* y, desde aquí, ha formulado distintas alternativas teóricas que dan razón de varios sectores de variables y procesos comprometidos con la socialización (disonancia, atribución, reactancia, etc.). Como ha ocurrido con otros campos, también aquí, desgraciadamente, la psicología evo-

lutiva, diferencial y social ha evolucionado al margen de los desarrollos acaecidos en el estudio de la deficiencia mental.

En definitiva, socialización habla, en psicología normal, de temas conectados con el desarrollo emocional y motivacional, de los procesos de interacción social y, en los últimos años, de habilidades sociales y/o interpersonales. De estos tres grandes apartados, los estudiosos de la deficiencia mental se han ocupado, prioritariamente, del primero de ellos y del tercero suponiendo que las interacciones sociales en deficientes son isomórficas con las correspondientes a las de las poblaciones normales.

Ocurre, además, que al hablar de socialización, el universo de discurso de los autores se identifica con objetivos de integración y/o de *adaptación social*. En el mundo de la deficiencia mental y oficialmente a partir del trabajo definicional de Heber (1959) en el que se defiende que debe utilizarse una evaluación de los modos cómo las personas con deficiencias se enfrentan y dominan las exigencias de su ambiente físico y social, se viene reconociendo como fundamental el estudio de aspectos sociales (adaptación social) en el mundo de la deficiencia mental. La existencia de una considerable diversidad de ambientes físicos y sociales exige una gran diversidad, no solamente de grupos normativos, sino de instrumentos de evaluación. Un modo de acercamiento a la delimitación de áreas comportamentales a muestrear la ofrece el concepto de *visibilidad* (Leland, 1964) referida a la conducta que realiza una persona deficiente y la «hace» especialmente «visible» a los ojos de los demás (no solamente por lo que se refiere a la carencia de conductas, sino, asimismo, a la «sustitución» de unas respuestas socialmente aceptables por otras que no lo son para el logro de metas. Estas conductas sustitutivas probablemente resulten más fáciles de eliminar por cuanto que implican la existencia de metas, motivaciones o intereses en las personas, aunque con un modo de satisfacción no adecuado.

Desde la escala de Vineland y, posiblemente, para subsanar algunos de sus problemas (uso de una única expresión numérica al estilo del C.I., lo que facilita la decisión administrativa pero no ayuda especialmente a la elaboración de programas de intervención; tipificación en poblaciones de deficientes internos sin tomar en consideración que diferentes conductas son adaptativas en distintos contextos ambientales) se han publicado más de un centenar de escalas con unos criterios de bondad bastante discutibles. Entre las más utilizadas en los países de habla inglesa se encuentran la escala de adaptación de la Sociedad Americana para el Estudio de la Deficiencia Mental con una primera versión para deficientes en centros de educación especial (Nihira *et al.*, 1974) y otra para centros estatales normales (AAMD *public school version*, Lambert *et al.*, 1981); la *Adaptive Behavior Scale for Infants and Early Childhood*

para niños pequeños (Leland *et al.*, 1980), las *Balthazar's Scales of Adaptive Behavior* (Balthazar, 1973), la *Collier-Azusa Scale* (Stillman, 1975) y la *Progressive Assessment Chart* (Gunzburg, 1974) el *Family Behavioral Prolife* (Kennett, 1973): Coulter y Morrow (1978) recogen 19 de estas escalas que llevan en su título la expresión de «adaptación» o «adaptativas», que se encuentran publicadas y se utilizan ampliamente, pero que no se superponen entre sí; Backman (1980) informó de la existencia de más de 100 escalas de adaptación que se están utilizando en Estados Unidos y en las que no existen datos fiables de validación... Pese a ello habría que decir que, amén de las peculiaridades de cada instrumento, parece que casi todas ellas se ocupan en mayor o menor medida de tres tipos de dimensiones racionales: el grado de independencia funcional, la responsabilidad y adaptación social y el nivel de desarrollo cognitivo (entendido éste como aptitud o no para el uso de pistas, claves o indicadores sociales como guías de la conducta).

2.2. Normalización y habilidades sociales

Coincidiendo con el cambio de objetivos en las metas instruccionales y terapéuticas en la deficiencia mental (de la adaptación a la normalización) se ha registrado, asimismo, un cambio en la sensibilidad y tipo de instrumentación utilizada para la evaluación de los procesos de socialización: predominio de la consideración de los contextos físicos e interpersonales específicos en los que se espera que un deficiente funcione en un intento por evaluar su actuación en estas situaciones (lo que permite un entrenamiento específico posterior). Fundamentalmente, se trata de una forma de análisis de tareas en el que se identifican situaciones, roles y acciones por las que debe pasar o tiene que realizar una persona (así, por ejemplo, saludar, entablar o iniciar conversaciones, realización de entrevistas...).

Existen algunas razones de peso a favor de esta alternativa de evaluación: existencia de perturbaciones relativamente generalizadas en deficientes por lo que se refiere a habilidades interpersonales, el funcionamiento interpersonal de los deficientes mentales (fundamentalmente en sus niveles ligero y medio) es un buen predictor de ajuste para la vida independiente, profesional y familiar; parece, además, que parte del rechazo que los deficientes mentales sufren por parte de otras personas puede ser debido a la inadecuación de sus conductas sociales más que a las deficiencias intelectuales (Christoff y Kelly, 1983).

Pese a la mayor concreción de las habilidades sociales (frente al concepto de adaptación), no existe un consenso total respecto a su definición. Para Argyris (1968, 1969) una habilidad social debería definirse en términos de las conductas con que una persona contribuye a la red de

relaciones sociales de la que forma parte; Libet y Lewinsohn (1973) y Cartledge y Milburn (1980), dentro de una teoría del aprendizaje social consideran las habilidades sociales como modos de conducta que eliciten, por parte de los demás, refuerzos positivos y, a la vez, eliminen castigos y/o extinciones comportamentales (inhibiciones). Parece que pese a la falta de consenso total, se considera esencial para la elaboración de criterios más finos posteriormente, uno prioritario: la *eficacia*. Una conducta socialmente hábil es una conducta eficaz. La eficacia y la insistencia en apelar a *settings* y ambientes específicos (y no a todos de modo indiferenciado) es lo que se encuentra a la base, tanto de las habilidades sociales como del término «normalización».

Normalización hace referencia no solamente a la adaptación del deficiente a su ambiente físico y social, sino, asimismo, a la generación de ambientes «adaptados». Desde la formulación de Bank-Mikkelsen en Escandinavia a fines de la década de los sesenta, «normalización» ha tenido muchas significaciones (hasta contradictorias). En un intento sistematizador relativamente reciente, Wolfensberger (1972, 1980) ha recogido tres grandes variaciones y dimensiones significativas de la expresión «normalización».

a) Uso de medios culturalmente valiosos, que permitan vivir vidas valiosas a las personas; lo que habla del 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, experiencia, *status* y reputación de la persona deficiente. Esto hablaría, entre otras cosas, a favor de la creación de ambientes diferenciados aunque con el mismo *standard* de vida, así como a la 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, experiencias e interpretaciones lo más culturalmente normativas que sea posible.

Una secuela de la normalización en el caso de la deficiencia mental ha sido un proceso de desinstitucionalización del que ya han sido detectados una serie de efectos, no siempre positivos (Ferrara, 1979; Kastner y Repucci, 1979; Singer, 1976; Voeltz, 1980) y la aparición de un nuevo concepto: *comunitización* (Jones, 1977; Hogan, 1980) entendido como la generación de servicios asistenciales y de ayuda en las comunidades locales.

Este marco social-asistencial diversificado de normalización-comunitización puede servir como marco teórico de las habilidades sociales. Al

hablar de habilidades sociales, en todas las ocasiones se trata de acercamientos cognitivos (en cuanto que estudio de habilidades). A un nivel teórico más específico, sin embargo, cabe hacer una cierta agrupación: en *primer lugar*, se encuentra un grupo de posiciones teóricas que, incluso diferenciándose en sus supuestos, defiende una posición de isomorfismo funcional a la hora de comparar los procesos involucrados en la solución de problemas impersonales (tales como problemas de física o matemática) y en los problemas personales. En *segundo lugar* aparecen aquellos autores que defienden la existencia de una especificidad funcional de los problemas interpersonales frente a los problemas impersonales. Dentro del primer grupo se contabilizan las distintas corrientes de cognición social (Forgas, 1981), así como algunas alternativas neopiagetianas (Perret-Clermont, 1980), las técnicas de aprendizaje autoinstruccional y de solución de problemas (Goldstein, 1981; Ellis y Whittington, 1981; Meichenbaum, 1977; Phillips, 1978; Trower, Bryant y Argyle, 1978) que han mostrado su eficacia en una variedad de alteraciones y *settings*.

Por nuestra parte, nos inclinamos a situarnos más en el segundo grupo tal y como lo defiende Spivack (1974, 1976). En este caso, se trataría de aislar, con una consideración evolutiva, las dimensiones relevantes de interacción social desde una perspectiva cognitiva y dimensiones que se encuentren comprometidas con el planteamiento y/o posible solución de los problemas para pasar, posteriormente, al establecimiento de programas de entrenamiento sobre cada una de las dimensiones cuyo funcionamiento sea deficitario. Esta segunda alternativa se encuentra mucho menos elaborada que la primera, pero permite una nueva vía de acceso al problema. Vía que podría caracterizarse por las siguientes notas:

a) Se encuentra relacionada con la tradición psicométrica y con los distintos esfuerzos realizados para operacionalizar el concepto de inteligencia social, del que se viene hablando desde Spearman sin haber logrado, hasta nuestros días, resultados muy sustanciosos.

b) Se trata de una concepción evolutiva (por edades funcionales) y multidimensional en el sentido de que la representatividad de los procesos puede ser distinta (con inclusión de posibilidades de emergentismo) para distintas edades funcionales. Pero, en todo caso, se acepta la multidimensionalidad en la conceptualización de la vías de solución de problemas interpersonales.

c) Los factores que se vayan aislando pueden tener alguna relación con la inteligencia conceptual-abstractiva (evaluada mediante tests de factor *g* o de C.I.) pero, de ninguna manera, deben identificarse con ella.

d) Se supone que la conducta ineficaz en la solución de problemas se encuentra producida por un funcionamiento deficitario en uno o más de los componentes (factores aislados de habilidades interpersonales).

e) Desde aquí, la lógica que debe seguirse para la elaboración de programas de entrenamiento se sitúa en la gestión de programas específicos para cada una de las dimensiones aisladas. Distintos tipos de problemas podrán exigir un compromiso diferencial de estas dimensiones, en función de las carencias que posea cada persona.

f) Complementariamente, además, a medida que se aislen dimensiones, éstas funcionarán asimismo, como criterios (aunque no los únicos) para evaluar y valorar los cambios promovidos por los programas de intervención.

Con lo dicho hasta aquí, parece claro que el problema de la socialización en la deficiencia mental es realmente muy complejo y se encuentra en un estado falto de integración. Al ofrecer un panorama amplio pretendemos llamar la atención no solamente sobre esta complejidad, sino también, acerca de la existencia de distintas opciones, lícitas todas ellas y que están necesitando de una integración conceptual y operativa que sobrepasa, con mucho, las necesarias limitaciones de un trabajo como el presente. Trabajo en el que ofreceremos parte del acercamiento dimensional que hemos llevado a cabo a lo largo de la última década pero que, explícitamente, deja de lado aquellos aspectos directamente relacionados con las distintas estrategias de intervención utilizadas.

3. *Objetivo que se persigue aquí*

Acabamos de poner de manifiesto unas limitaciones a las que, conscientemente, nos restringimos. Seguimos con las limitaciones: nos proponemos ofrecer el *rationale* que hemos seguido en una serie de investigaciones llevadas a cabo desde hace una década sobre el tema de la socialización en el mundo normal y de la deficiencia mental. La línea de trabajo no se encuentra agotada, en el sentido de que se siguen llevando a cabo investigaciones. Lo que sigue a continuación representa una primera vertebración de resultados a la vez que una selección de lo que consideramos más relevante.

Tal y como se ha expuesto más arriba, en una primera consideración del problema desde un punto de vista psicológico los procesos de socialización cubren, al menos, una triple temática: *a)* como desarrollo emocional; *b)* como procesos de interacción social, y *c)* como habilidades interpersonales. Por nuestra parte, nos hemos ocupado directamente del primero y tercero de estos acercamientos y, parcialmente (o indirecta-

mente) del segundo, entre otras cosas porque la lógica interna de este segundo (los procesos de interacción social) no ha sido cultivada en el mundo de la deficiencia mental, hasta el momento, de modo temático, adolece de una lógica de diseño excesivamente situacionista (lo que impide su aplicación y generalizabilidad) y, en todo caso, los resultados alcanzados hasta el momento representan *ilustraciones* acerca de la existencia de distintos procesos, pero no ofrecen una imagen global aplicable y garantizable de credibilidad. Debe añadirse, antes de seguir adelante, que sobre los dos tópicos que quedan, cabe una doble perspectiva de estudio. *Una* que supone que se trata de una generación de hábitos y/o habilidades a partir de la reacción que da el deficiente ante las demandas y exigencias ambientales, lo que lleva a que sean los demás (los «otros significativos» tales como padres y profesores) quienes actúan como jueces o calificadores. *Otra* en la que se supone que el ser humano es más activo, resulta el protagonista principal de su socialización y, desde aquí, debe ser él quien exprese sus propios e idiosincráticos puntos de vista al respecto. Dicho de otro modo: mientras en la primera estrategia son los demás los que dicen lo que piensan y «observan» de la conducta de uno, en la segunda, es uno mismo quien informa acerca de los modos que tiene de estructurar su mundo de relaciones social-personales.

Creemos que ambas alternativas son, no solamente viables, sino convenientes a la hora de estudiar los fenómenos de socialización, teniendo cada una de ellas sus ventajas y desventajas. La experiencia ha demostrado, además, que los resultados no son coincidentes, por lo que parecen cubrir áreas comportamentales distintas.

4. *La socialización en función de la percepción de los demás*

Un primer grupo de trabajos cubren este área en los que se trata de la construcción y validación de escalas de socialización (Pelechano, 1975a, b; 1977; Pelechano y Bagená, 1979, 1980; Pelechano y Barreto, 1979; Pelechano y González, 1975, 1976; Silva, Martorell y Pelechano, 1981, estudio de la atmósfera familiar del deficiente así como de su régimen disciplinario (Pelechano *et al.*, 1976) y el desarrollo emocional vinculado estrechamente a la evolución de los miedos infantiles (Pelechano, 1981; Pelechano *et al.*, en prensa).

4.1. *Régimen disciplinario familiar*

Los datos provienen de un trabajo en el que se construyó una pauta de entrevista semiestructurada de espectro restringido, dirigida a eva-

luar la aplicación de premios y castigos en el hogar, su dinámica y la categorización que utilizan los padres para la calificación de sus hijos deficientes. El cuadro número 1 presenta las principales áreas exploradas.

CUADRO 1.—*Categorías y subcategorías de la entrevista sobre sistemas disciplinarios en familias de deficientes* (tomado con variación de Pelechano *et al.*, 1976)

- I. CONDUCTAS QUE ATRAEN LA ATENCION
- II. CONDUCTAS CALIFICADAS COMO POSITIVAS O NEGATIVAS
- III. REFUERZOS POSITIVOS
 - cuáles son para padres e hijos
 - tipos más eficaces
 - refuerzos que ya no son eficaces y se usan
- IV. REFUERZOS NEGATIVOS Y PUNICIONES
 - cuáles son para padres e hijos
 - tipos más eficaces
 - Punciones que han perdido su valor y se usan
 - conducta hijo si se interrumpe castigo
 - respuestas hijo ante castigo
 - razones padre sobre uso de castigos
- V. CIRCUNSTANCIAS QUE PROMUEVEN
 - respuestas adaptativas
 - respuestas desadaptativas

Esta entrevista fue construida siguiendo una orientación de análisis funcional de la conducta. Perseguía (y los tuvo) efectos terapéuticos y permitió establecer una estrategia de intervención adecuada a nivel familiar. Tenía una duración aproximada de tres cuartos de hora y fueron entrevistadas 80 familias (madres fundamentalmente) de deficientes mentales, alumnos del Centro Monte Coello de Las Palmas de Gran Canaria, un 75 por 100 de los cuales eran orgánicos. Algunos de los resultados alcanzados poseen una relevancia especial.

a) Por lo que se refiere a los tipos de acciones de los hijos deficientes que sobresalen para sus padres, la primera categoría de respuestas que aparece hace mención a los hábitos perturbadores de la socialización: tics, respuestas agresivas, llantos, alteraciones del sueño, falta de control de esfínteres. Apareció un marcado sesgo perceptual hacia acciones e identificaciones negativas. A mayor abundamiento, los padres consi-

deran *positivo*, de forma mayoritaria, que sus hijos obedezcan órdenes (docilidad) y ayuden en tareas caseras (prioritariamente, hacer recados, poner la mesa, coger la ropa). En el polo de *consideraciones negativas*, más de la mitad de los padres insisten una y otra vez en respuestas agresivas activas (verbales y motoras) o pasivas (inhibición en cumplimiento de órdenes, negativismo).

Desde aquí, cabe entresacar una conclusión, un tanto desesperanzada, de la imagen que, *prima facie*, desean los padres de los deficientes para sus hijos y que estaría representada ideal y un tanto caricaturizada por el lema de «estáte quieto, permanece sentado y obedece sin protestar».

b) Como procedimientos para el logro de estos objetivos, los padres tienden a utilizar, en el 100 por 100 de los casos, técnicas de castigo y, fundamentalmente, castigo físico o amenaza de él no solamente como técnica reductiva, sino, asimismo, como «promotor» de cumplimentación de mandatos y órdenes). Estas técnicas punitivas se utilizan con mucha frecuencia pese a creer que no son eficaces. Las razones de utilización no se sitúan en su capacidad para controlar la conducta de los hijos, sino, más bien, para el logro de una «descarga emocional» de los padres, con el fin de lograr un estado pasajero de distensión emocional.

El tipo de premios que los deficientes parecen recibir por parte de sus padres son refuerzos sociales y, en primer lugar, verbales (elogios, promesas de premios), pese a que los padres reconocen que los refuerzos más eficaces son lo de índole material. Por otra parte, parece que cuando los padres aplican refuerzos-estímulo lo hacen con una rigidez y excesiva falta de variedad en el menú de esfuerzos. Lo que dan (golosinas vaya por caso) lo hacen de modo estereotipado una y otra vez, sin cambiar, con lo que estos refuerzos pierden rápidamente su valor (asociación). Y ello, pese a admitir que los aplican de modo inconsistente.

c) Un último tipo de resultado posee interés. Se eligió al azar el 50 por 100 de familias entrevistadas para una segunda entrevista tras un período mínimo de un mes y máximo de tres desde la primera ocasión. Se observó que la actitud ante el(la) entrevistador(a) era mucho más abierta y franca; los padres, además, reconocieron que la primera entrevista sirvió para que ellos mismos comenzaran a fijarse más en sus hijos y, desde aquí, a observarlos con mayor detenimiento y de modo más positivo. Se incrementó el volumen de información recogido en un 40'63 por 100, por lo que se refiere a los premios, y en un 44 por 100, por lo que se refiere a los modos y tipos de aplicación de castigos. Incluso algunos padres llevaron por escrito registros incidentales de problemas de conducta de sus hijos y pidieron ayuda acerca de su modo de resolución.

No quiere esto decir que creamos que con este tipo de estrategias se resuelven los problemas, sino que lo que hemos hecho puede representar un modo de acercamiento al núcleo familiar del deficiente que provoca unos efectos positivos inmediatos (aunque, si se deja aquí, no se consolidan en modo alguno) y que ayudan a iluminar un campo, más bien neblinoso cuando no muy oscuro, de la socialización del deficiente mental. Sugeriríamos, desde aquí, la continuación en la compilación de información de otras zonas de España y de un mayor volumen de muestra.

4.2. *Actitudes de la familia sobre la sexualidad en el deficiente mental*

Un foco de considerable interés para los psicólogos evolutivos ha sido el del desarrollo psicosexual. Ha representado el *leit motiv* de teorías (como la freudiana) y la piedra de toque (y hasta de escándalo) tanto desde presupuestos estrictamente científico-naturalistas como éticos y sociales. Sin embargo, el tratamiento del tema ha sido un tanto distinto en el caso de la deficiencia mental: aquí, el número de trabajos ha sido escaso en comparación con el realizado sobre el mundo cognitivo. No cabe duda, sin embargo, que se trata de un tema importante para la socialización del deficiente y en el que las familias juegan un papel decisivo.

Por nuestra parte, hemos comenzado con el estudio de este tema recabando información de los padres. Dentro de un programa ambicioso que se está llevando a cabo en Cantabria por un equipo de seis psicólogos y que estamos asesorando (programa en el que se actúa a nivel de padres, cuidadores, asistentes sociales, profesores, técnicos y deficientes mentales propiamente dichos), pedimos a la profesora de la Universidad de Valencia, Elena Ibáñez, que impartiera un ciclo de charlas sobre la sexualidad en el deficiente (charlas dirigidas a padres de personas deficientes). El primer día se repartió un cuestionario sobre actitudes sexuales, cuestionario que debía ser cumplimentado de forma anónima por los asistentes y que se recogió al final de la intervención de ese día. El quinto y último día se volvió a pasar la prueba al final para la socialización del deficiente y en el que las familias juegan un papel decisivo y entregaban el cuestionario a la salida de la sesión.

El primer tipo de resultado es que la sala en la que se impartieron las charlas estuvo llena todos los días. En cada sesión se repartieron entre 125 y 140 instrumentos. Pese a esta asistencia y al hecho que se insistía en que el instrumento se cumplimentara en la sala, la verdad es que se recogieron tan sólo 36 pares de cuestionarios identificables en ambas ocasiones. Hay que decir, además, que cada sesión estaba estructurada del modo siguiente: una exposición por parte de la profesora

de unos 40 minutos y un diálogo de poco más de dos horas. Como hemos dicho más arriba, el número de asistentes fue alto, como lo fue, asimismo, el volumen de las intervenciones y su intensidad emocional. La profesora tuvo que actuar en más de una ocasión como moderadora de las intervenciones de los padres, lo que permitiría suponer razonablemente que se trata de un tema que los padres consideran importante, que no mantienen una posición uniforme (antes al contrario) y, finalmente, habría que añadir, por el tipo e índole de las intervenciones, que se trata de algo de lo que no poseen una información suficiente y que el calor de la discusión está más motivado por cuestiones extracientíficas que por las posibles polémicas que científicamente existen en el campo.

El cuestionario tiene un formato de enunciados tipo Likert (21 elementos) con siete intervalos de respuesta entre el «acuerdo» y el «desacuerdo». En las instrucciones se encuentra la información de que la elección del intervalo «4» indica que existe una «indecisión» respecto al ítem en cuestión. Por lo que se refiere a la elaboración de datos que hemos realizado, agrupamos las puntuaciones 1, 2 y 3 en el polo de «acuerdo» y 5, 6 y 7 en el de «desacuerdo». Se contabilizaron las frecuencias de respuesta y se convirtieron a porcentajes para cada ítem y, posteriormente, comparación estadística de los porcentajes a partir de la «omega» de Lashe-Baker. El cuestionario muestra seis áreas racionales de modo muy general: *i*) información sobre la sexualidad del deficiente; *ii*) masturbación; *iii*) métodos anticonceptivos; *iv*) descendencia; *v*) conveniencia o no de una educación sexual para el deficiente, y *vi*) relaciones sexuales entre deficientes. Se trata, en todos los casos, de cuestiones simples y formuladas de modo genérico que permiten un primer rastreo de información para construir, después, instrumentos más precisos y específicos.

Presentaremos aquí unos resultados, ilustrativos de los obtenidos en esta ocasión, y que se encuentran en el cuadro número 2:

En el cuadro se encuentran siete ítems seleccionados. Después de ellos aparecen tres grandes columnas correspondientes a las tres categorías de respuesta (acuerdo, indecisión, desacuerdo). Cada una de ellas posee, a su vez, tres columnas: la primera, *a*), corresponde a los porcentajes de respuesta en esa categoría antes de recibir información; la segunda, *b*), la misma cifra después del ciclo de charlas; la tercera se encuentra o bien en blanco o bien con asteriscos, que reflejan, respectivamente, uno u otro nivel de significación estadística ($p \leq .005$, $p \leq .001$ según se trate de uno o dos asteriscos). Veamos, un poco más de cerca, estos resultados.

a) En cinco de los siete ítems, los porcentajes correspondientes a «indecisión» han disminuido considerablemente (en 4 de ellos con

CUADRO 2.—Porcentajes de respuestas por parte de padres a preguntas sobre sexualidad en dos ocasiones (La explicación, en el texto)

	Porcentajes y nivel de significación de las diferencias					
	acuerdo		indecisión		desacuerdo	
	(a)	(d)	(a)	(d)	(a)	(d)
— Vale más no tratar cuestiones relacionadas con el sexo con niños retrasados hasta la pubertad	41'7	25'2 *	8'3	8'3	50	66'7 *
— Debido a la falta de buen criterio al respecto, la persona retrasada mental es incapaz de distinguir entre ideas de tendencia sexual y actos sexuales	58'3	25'1 **	13'8	33'3 *	27'7	41'5 *
— La mejor manera de reaccionar al sorprender a un niño masturbándose es ignorar lo que hace	44'4	58'1 **	19'4	8'3 *	36'1	33'1 *
— No es posible confiar en la adolescencia retrasada para el uso de la pildora como medida anticonceptiva	19'4	41'6 **	36'1	11'1 **	44'4	47'3
— Las residencias para adultos deficientes deben ser exclusivas para hombres o para mujeres y no mixtas	33'3	13'8 *	16'7	13'8	50	72 *
— Siempre que no nazcan hijos que no se desean ni se lastime a nadie, habrá que dejar que los deficientes convivan de acuerdo con una relación heterosexual	47'2	66'5 *	25	11'1 *	27'7	22'3
— Será sumamente difícil obtener la aprobación de los padres para poner en marcha un programa de educación sexual en un centro escolar	50	33'6 *	16'7	11'1 *	33'3	55'6 *

Nota (*) $p \leq .005$; (**) $p \leq .001$; (a) = antes; (d) = después.

$p \leq .005$) lo que sugiere que la estrategia de intervención seguida ha ayudado a lograr una polaridad actitudinal. Ello significaría que aquellos que poseen unas ideas «claras» respecto a las cuestiones planteadas (lo que no significan ideas correctas en el sentido de respuestas funcionalmente válidas) tienden a mantenerlas, toda vez que aquellos otros sin una opinión fuertemente establecida serían los que la modificarían con ese tipo de intervención:

b) En segundo lugar hay que decir que existen dos grandes grupos de padres en cuanto se refiere a sus opiniones y/o actitudes respecto a la vida sexual del deficiente y que estarían caracterizados, en suma, por sus puntos de vista contrapuestos respecto a este tema. Los resultados que hemos presentado en el cuadro apuntan hacia algunas de estas dimensiones diferenciales: tendencia a que «se dé» información a sus hijos deficientes sobre sexualidad (pero no ellos mismos), admisión de vida sexual en el deficiente pero no tienen muy claro cómo, desconfianza en la aplicación de anovulatorios y centros educativos a los que asistan ambos sexos. Otro grupo de padres negaría estas afirmaciones.

c) Ocurre, además, que, como consecuencia de la información dada en las charlas, los padres tienden a mostrar una actitud más abierta hacia las cuestiones emparentadas con la vida sexual de sus hijos deficientes y, en este sentido, van las diferencias significativas que se encuentran en el cuadro que estamos comentando.

Este resultado sugiere que un modo eficaz de intervención en el área parece ser la difusión de información. Si bien con ello se fomenta la discusión y la aparición de posiciones encontradas, tal discusión tiene el efecto de abrir perspectivas y que ellos mismos afinen de modo realista sobre la necesidad de incorporar datos y experiencias provenientes de otras personas y lugares.

Finalmente, hemos de reseñar que no somos muy optimistas al respecto. Nos parece que, de un modo similar a lo que ocurre en los casos de «normalidad» psicológica, la cuestión sexual se trata de un tema que todos consideran relevante, pero sobre el que conocen poco y una serie de aspectos provenientes de la formación que ellos mismos han recibido, educación moral y trasvases de conceptos con connotaciones religiosas, promueven fuertes inhibiciones y miedos que no saben muy bien cómo manejar. Y, en este sentido, representa un campo de especialización psicológica en el que se ha hecho mucho menos de lo imprescindible y sobre el que se requiere la realización de una cierta cantidad de buena investigación que determine la eficacia diferencial de distintos tipos de intervención y, en todos los casos, se pida no solamente el consenso de los padres para intervenir, sino, asimismo, su intervención activa,

4.3. Miedos y desarrollo emocional

Si existe un problema que ha representado (y todavía representa) un punto característico y definitorio de las distintas orientaciones psicopatológicas es precisamente éste: se encuentra comprometido directamente con la vida emocional, parece ser el sustrato de muchas disfunciones sexuales, ha sido la base de la mayoría de teorías y modelos que forman la psicopatología, perturba no solamente el proceso de evaluación psicológica, sino, asimismo, el rendimiento en situaciones vitales, irrumpe con especial fuerza en todo proceso de aprendizaje fomentándolo o perturbándolo y, para no alargar más esta enumeración, representa una fuente de diferencias individuales en animales y en humanos al margen del modo concreto de ser entendido.

Por todo ello parecería que deberíamos encontrar una abundante bibliografía con un considerable volumen de datos al respecto en el mundo de la deficiencia mental y en el mundo de la psicología evolutiva. La verdad, sin embargo, es que la importancia del tema se refleja en la cantidad de trabajos publicados al respecto (y mucho menos en España). Por nuestra parte, nos hemos ocupado recientemente sobre el tema (Pelechano, 1981, 1984; Pelechano *et al.*, 1984), tratando de ofrecer no solamente instrumentos diagnósticos sino una comparación acerca de la valdiez diferencial de distintos acercamientos terapéutico-contextuales. Una parte de los resultados alcanzados hasta el momento importa reseñar aquí y que pueden encontrarse desarrollados en las publicaciones citadas.

En un primer trabajo construimos un inventario de miedos susceptible de ser cumplimentado por padres, profesores y cuidadores. Estaba compuesto por siete factores racionales: 1) miedo a animales; 2) miedo a fenómenos naturales; 3) miedo a daño corporal y enfermedades; 4) miedo a la muerte; 5) miedo a situaciones hostiles y/o agresivas; 6) miedo a lugares cerrados, y 7) miedo a violencia física real o imaginada. Esta escala ha sido cumplimentada por cerca del millar de padres-madres de niños normales. Se pidió que fuese cumplimentada en forma de entrevista individual por 21 madres con hijos deficientes mentales de nivel medio y severo y los resultados se compararon con un grupo homogéneo (con relación al nivel sociocultural de los padres, edad y sexo de los hijos) de madres de niños normales. Se pedía que calificaran sobre una escala de tres intervalos (criterio de intensidad-frecuencia) la presencia de cada uno de los items (un total de 103) en sus hijos. Estos son los principales resultados alcanzados.

1) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el volumen total de miedos entre normales y deficientes. La tendencia

general observada en las puntuaciones va en la línea de un volumen de miedos mayor en los deficientes que en los normales.

2) Los deficientes presentan un volumen de miedos mayor a medida que crecen (y, concomitantemente con ello, desarrollan una mayor eficacia intelectual, aunque ésta sea restringida). La relación positiva entre miedos y desarrollo cognitivo parece darse en el caso de los deficientes, pero no así en el caso de los niños normales.

En un segundo momento recogimos información de normales (N = 313) y deficientes (N = 279) correspondiente a una entrevista de amplio espectro, en una de cuyas partes se exploraba el mundo de los miedos. Se trataba de una pregunta abierta sobre cuáles eran los miedos de los hijos. Se recodificaron las respuestas en siete categorías de miedos: i) animales; ii) personas mayores; iii) situaciones sociales; iv) objetos varios; v) atribuciones antropomórficas; vi) situaciones amenazantes (urbanas y fenómenos metereológicos) y vii) miedos indiferenciados (decían que tenía miedo, pero no se sabía o decía a qué). Posteriormente se calificaron los miedos y se llevaron a cabo las correspondientes pruebas de diferencias. Estos fueron los resultados alcanzados:

1) Los niños normales parecen tener un promedio de miedos mayor (tal y como se evalúa con entrevistas, no con inventarios cerrados) que los niños deficientes (4'19 frente a 1'41, $p \leq .001$).

2) Este mayor volumen de miedos en niños normales parece concentrarse, en primer lugar, en la categoría de miedos a los mayores y a las situaciones sociales.

3) Frente a ello, los deficientes presentan un miedo mayor a los fenómenos naturales (relámpagos, truenos), a atribuciones antropomórficas y a miedos indiferenciados.

En un tercer tipo de análisis de resultados, llevamos a cabo cálculos de función discriminante múltiple sobre los resultados de 21 deficientes y 66 normales y en donde entraron 23 variables correspondientes, tanto a datos de entrevista (anamnesis, régimen disciplinario) como los correspondientes al inventario de miedos. Digamos que las variables con mayor peso diferencial fueron variables históricas (edad en que aprendió a caminar, control de esfínteres diurno y nocturno y enfermedad grave en el pasado) y un factor de miedo (daño corporal y enfermedades). El valor de los controles para la muestra de normales fue de 1'508 y —.48 para deficientes con un porcentaje de clasificaciones correctas por grupo del 99 por 100.

Estos resultados que comentamos no significan el final de un camino sino, más bien, los primeros pasos de una senda en una jungla prácticamente desconocida y que creemos que debería ser, cuanto menos, transitable. Los resultados ofrecen una vía prometedora de trabajo en

el campo no solamente de la evaluación psicológica del deficiente, sino que llaman la atención sobre fenómenos que, hasta ahora, han pasado desapercibidos y que representarían vías de intervención prometedoras en las que los padres pueden desempeñar un papel central.

4.4. *Escalas de socialización*

Hasta este momento, la exposición de resultados que hemos hecho si bien ofrecen una serie de puntos de vista de indudable interés para la socialización, han sido presentados en la bibliografía al uso *fuera* del epígrafe de socialización. Cuando de ésta se trata y dentro de la metodología común, los autores se refieren a lo que viene denominándose como «hábitos de socialización». Nuestro trabajo dentro de esta área ha consistido en la elaboración y validación de escalas multidimensionales tanto para aislar los hábitos (dimensiones de respuesta, factores) perturbadores del proceso de socialización (o dimensiones de síntomas psicopatológicos) como para aislar dimensiones percibidas de respuesta que facilitan la integración. A lo largo de nueve años hemos ido publicando resultados en ambas dimensiones racionales.

A) Dimensiones perturbadoras

La primera fase de la investigación consistió en la construcción y validación de dos escalas encaminadas a aislar dimensiones de socialización percibidas por padres y profesores y referidas prioritariamente al mundo de la deficiencia mental. En la segunda fase se refundieron las escalas con el fin de incorporar más ítems y dimensiones racionales y el ámbito de aplicación se abrió hacia el mundo de la normalidad. La tercera fase ha consistido, por un lado, en la compilación de resultados y, por otro, dar un salto decidido hacia el mundo de la normalidad. Con los resultados alcanzados estamos entrando en una última fase de validación cruzada de instrumentos con ítems depurados y vuelta al mundo de la deficiencia mental. Al igual que hemos hecho hasta ahora, pasamos a exponer, de modo sucinto, los resultados que consideramos más importantes remitiendo al lector interesado en una mayor ampliación a los trabajos originales que se encuentran recogidos en la bibliografía.

1) Existen muchas razones de peso que aconsejan el uso de escalas distintas para evaluar dimensiones positivas por una parte y dimensiones negativas de socialización por otra. Con ello se disminuyen los efectos de halo perceptual y de calificador que aparecen con más frecuencia cuando se incluyen los dos en un mismo instrumento. Y, además, resulta aconsejable la aplicación de instrumentos cortos formados por ítems muy seleccionados con el fin de no cansar a la persona que cumplimenta las pruebas.

2) Después de muchos análisis de datos y de intentos para la construcción de escalas y delimitación de factores independientes, nuestros resultados apoyan sustancialmente la teoría bifactorial de Kohn (1977) y que fue preludiada ya por Playnter y Blanchard (1929): con el uso de escalas de calificación, los items tienden a mostrar la existencia de dos factores claros, de percepción de psicopatología infantil tanto por parte de profesores como de padres. El primer factor empírico (y más sobresaliente) tiene que ver con agresividad con y/o sin manifestaciones antisociales; el segundo, en gran medida independiente del él, cubre el campo del retraimiento social, timidez y/o inhibición, en algunos casos con componentes de ansiedad.

Nosotros aislamos un tercer factor, además, mucho menos claro y que aparecía en algunos trabajos sí y en otros no, al que denominamos psicopatología difusa y en el que se encontraban algunos items correspondientes a ansiedad y sintomatología depresiva.

3) Dentro del mundo de la deficiencia mental los dos factores perturbadores aislados más importantes parecen ser independientes del sexo, cociente intelectual y, en gran medida, de la edad cronológica. Existen indicios del papel diferencial desempeñado por el nivel sociocultural de los padres. Lo más notable y sorprendente en esta escala es la parte de resultados correspondientes a la existencia de organicidad identificada. En un estudio, dividimos la muestra en tres grupos: a) los que no tenían base orgánica identificable (N = 42); b) los que tenían en su ficha tan sólo un diagnóstico neurológico positivo, indicativo, al margen de su gravedad y como consecuencia o concomitante con el cual existía deficiencia mental (encefalopatía pre y post-natal, epilepsia, miopatía, hidrocefalia, microcefalia, síndrome cerebral mínimo (N = 125), y c) aquellos en los que se incluía en la ficha médica más de un diagnóstico neurológico (N = 33). Somos conscientes de la escasa finura de este tipo de agrupamiento, pero, a la vez, hay que decir que los diagnósticos fueron hechos por un mismo equipo de personas (no por equipos distintos) y, por otra parte, los resultados pueden dar una cierta idea acerca de las posibles relaciones entre neurología y problemas comportamentales en este tipo de poblaciones. Veamos los resultados:

3.1. Aparecieron diferencias significativas entre los tres factores modulados por el volumen de diagnóstico neurológico. La relación no parece lineal (mayor número de trastornos a mayor volumen de alteraciones distintas a nivel neurológico), sino en forma de U.

3.2. Aparecieron diferencias intersexuales más acusadas al agrupar a los deficientes por el volumen de alteraciones que cuando no se tomó en cuenta este criterio diferencial.

Todo ello sugiere que la existencia de lesión neurológica (e incluso

un cierto indicador respecto a volumen de sistemas y/o entidades nosológicas que cubre) representa una suerte de prisma de difracción de las alteraciones comportamentales que aparecen con mayor claridad a los ojos de los observadores no-clínicos. Y, además, que esta base orgánica es más potente como criterio de modulación que el sexo, la edad o el nivel de eficacia intelectual.

3.3. Llevamos a cabo dos estudios más. En uno de ellos alcanzamos datos de 1.042 alumnos de EGB considerados normales en cuanto a la estimación de su eficacia intelectual a lo largo de los ocho cursos de duración y de 200 deficientes mentales escolarizados en centros de educación especial. Los tres factores aislados por la escala mostraron diferencias significativas entre los grupos (más del 80 por 100 de ellas con una $p \leq .001$).

En otro estudio se distinguieron tres grupos criterios: 930 alumnos «normales» (asistencia a centros de EGB y cuya edad cronológica correspondía a la edad esperable por el nivel en el que se encontraban); 476 alumnos «deficientes pedagógicos» (alumnos que asisten a centros de EGB, pero que llevan un retraso escolar mínimo de dos años con relación a lo esperable por su edad cronológica) y 134 alumnos deficientes mentales, escolarizados en centros de educación especial. Todos los alumnos fueron calificados sobre esta escala por sus profesores con los siguientes resultados: a) en el factor de agresividad e hiperactividad apareció una diferencia significativa entre normales y deficientes mentales, pero no entre los otros dos grupos. Deficientes mentales y deficientes pedagógicos se presentaron como más agresivos; b) los dos grupos de deficientes (pedagógicos y mentales) alcanzaron puntuaciones significativamente mayores en el factor de retraimiento e inhibición que los normales ($p \leq .001$) toda vez que no aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos de deficientes, y c) en el factor de sintomatología depresiva, el grupo de normales se presentó con una puntuación similar al grupo de deficientes mentales y ambos, con un volumen significativamente menor de síntomas depresivos ($p \leq .00'$) que el grupo de deficientes pedagógicos (Pelechano, 1978).

Estos resultados sugieren que los factores «negativos» pueden ser utilizados en la praxis evaluativa enriqueciendo la información necesaria para llevar a cabo, posteriormente, programas adecuados. Por otra parte, el último resultado que hemos presentado, referido al grupo de deficientes pedagógicos, nos parece una fuerte llamada de atención respecto a lo que está sucediendo en muchos centros y puede llegar a suceder con la aplicación masiva de una estrategia de «normalización» consistente en obligar a que los alumnos que en la actualidad asisten a los centros de educación especial se trasladen a centros de EGB: el

desajuste promovería, en este caso, un fenómeno similar cuando no más grave que el que ocurre con los deficientes pedagógicos: un notable incremento en sintomatología psicopatológica *a menos que* se establezcan equipos profesionales adecuados encargados de gestar estrategias tanto preventivas como de intervención masiva en crisis para la eliminación de este tipo de problemas.

B) Dimensiones facilitadoras

En paralelo al trabajo realizado con el intento dimensionalizador de la sintomatología psicopatológica percibida por padres y profesores, hemos intentado operacionalizar dimensiones correspondientes a aspectos comportamentales favorecedores de la socialización o, como se han denominado en ocasiones, factores de adaptación y, a las escalas así construidas, escalas de adaptación. El proceso de validación seguido aquí ha sido el mismo que el utilizado para las dimensiones perturbadoras. En ambos casos, el origen de las escalas ha sido el mundo de la deficiencia mental; no solamente como inspirador, sino, asimismo, como datos de extracción de la estructura factorial. En este sentido, representa un tipo de instrumentación que ha recorrido un camino inverso al usual, pasando desde el mundo de la deficiencia al de la normalidad en una revisión posterior.

El proceso de validación de las escalas ha sido el siguiente: a) aplicación de las escalas a deficientes mentales, con análisis factorial subsiguiente, así como el cálculo de índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest con intervalo de seis meses; b) estudio de validez diferencial tanto entre grupos de deficientes como entre éstos y muestras de niños normales; c) estudio de las relaciones entre los factores aislados; d) refundición de las escalas y aplicación a grupos de EGB considerados «criterios» (los mejores y los «peores» de la clase); e) aplicación masiva de estas escalas; f) análisis factorial, tanto de los grupos criterios (extremos) como del sumatorio de grupos extremos más grupos intermedios; g) selección de items que componen los factores para una elaboración posterior.

Vayamos con la presentación de los principales resultados alcanzados hasta el momento.

1) Frente a la homogeneidad y repetitividad de resultados que se observan en la dimensionalización de hábitos perturbadores, en el caso de la adaptación social positiva nos encontramos, por una parte, con una mayor diversidad y, por otra (como secuela de lo anterior), con una menor repetitividad de resultados. Una vez más parece que los seres humanos estamos más de acuerdo en lo que operativamente no deseamos que en lo que deseamos. Esta asimetría sugeriría, además, que

o bien los tipos de determinantes del fracaso (en este caso social) son percibidos de modo más esquemático, simple y reiterativo que los de los éxitos, o bien, alternativamente, que el fracaso social tiende a presentarse determinado por un exceso o un defecto comportamental (salirse del rango de tolerancia de las normas, bien sea por exceso o por defecto) toda vez que el éxito se encontraría multidimensionalmente determinado, de logro más difícil y sobre cuyos caminos y dimensiones hay poco consenso.

2) En deficientes mentales logramos aislar cuatro factores claros: a) habilidades de autoayuda (hábitos de aseo personal, de conductas en la mesa y en el vestir); b) hábitos de lectura; c) responsabilidad en el trato social con compañeros y mayores, y d) autonomía personal a nivel de interacción social.

3) Estos factores diferenciaban de modo estadísticamente significativo a alumnos normales ($N = 930$) y alumnos de educación especial ($N = 134$), pero no entre alumnos normales y un grupo de alumnos deficientes pedagógicos definidos operativamente más arriba ($N = 476$) en los factores de habilidades de autoayuda, responsabilidad y trato social y autonomía personal.

4) Al depurar la escala, ampliar un tanto y volver a llevar a cabo un proceso de validación con alumnos de EGB (si bien teóricamente extremos en cuanto a los factores de socialización) se alcanzaron tres factores claros y otro criterial. El nombre dado a estos factores son: a) colaboración general con profesor y compañeros; b) respeto hacia los demás y responsabilidad en el trato social; c) popularidad y liderazgo, y d) actitud diferencial positiva ante tareas escolares y extraescolares y responsabilidad personal. Estos factores no son superponibles sin más, con los obtenidos en la fase anterior con alumnos de educación especial.

Esta diferenciación sugeriría que se percibiría de modo distinto la adaptación de los deficientes y la de los niños normales, lo que representa, de entrada, una restricción importante a la «normalización» como concepción genérica e indiferenciada.

5) Por otra parte, esta última solución factorial posee un compromiso mucho mayor con el rendimiento escolar que los factores perturbadores en alumnos normales. Ello sugiere que el rendimiento escolar resulta determinado más por factores positivos que por factores negativos. Pero, en contraposición, estos factores positivos, parecen criterios de diferenciación menos poderosos entre alumnos que los factores perturbadores. O dicho de otro modo: los profesores tenderían a calificar mejor a los alumnos que mostraran una mayor adaptación al sistema escolar y, complementariamente, utilizarían más criterios «negativos»

(los factores perturbadores) para diferenciar los aspectos no cognitivos de sus alumnos.

5. *Socialización y habilidades interpersonales*

Hasta el momento hemos estado tratando los fenómenos y/o funciones de socialización como tipos de acciones que, por la instrumentación elaborada al respecto, sugieren una imagen social-pasiva de los niños: tanto los normales como los deficientes son considerados como «receptores» de las influencias de los mayores (padres y profesores). Lo dicho hasta ahora sería coherente con una concepción teórica psicosocial de la personalidad en la que ésta se nos presenta como la resultante de la percepción y atribución de roles de los demás.

Desde hace 20 años y, fundamentalmente, en la década de los sesenta, la psicología ha gestado otro modo de pensar, medir y hacer en el área de la socialización, que lleva a la base una concepción más dinámica del ser humano. En esta alternativa (que ha sido presentada en otra parte de este trabajo) es el propio niño que se está socializando el que responde a los instrumentos de evaluación y resulta principal actor y juez de sus actos. Es el enfoque que se denomina genéricamente como el estudio de las habilidades sociales o habilidades interpersonales. Se trata de una especialidad nueva, encaminada prioritariamente a la intervención terapéutica y preventiva.

Hace tres años, y formando parte de un proyecto más ambicioso, comenzamos a trabajar en esta especialidad. La primera fase consistió en una revisión de escuelas y corrientes de pensamiento que se hubieran ocupado de la denominada inteligencia social para pasar, posteriormente, a la dimensionalización de habilidades interpersonales dentro de una consideración evolutiva. En este momento comenzamos una tercera fase en la que se están gestando y aplicando programas de intervención.

De entre todos los acercamientos existentes, parece que la conceptualización (que no la operacionalización) del grupo de Spivack de Filadelfia es la más satisfactoria. Este autor defiende que los procesos de socialización, con sus alteraciones consiguientes, son la resultante de una serie de operaciones específicas de los problemas interpersonales y no, como resulta usual suponer, que los procesos psicológicos y las variables comprometidas en la solución de problemas son los mismos tanto en el caso de las matemáticas como en el de los problemas personales. Se diferencian, racionalmente, cinco dimensiones y/o funciones comportamentales: a) evaluación de situaciones o percepción de problemas

personales; b) búsqueda de alternativas de solución ante un problema interpersonal; c) previsión de consecuencias; d) atribución de causas ante los problemas existentes, y e) planificación de pasos para la obtención de una solución. Spivack evalúa estas dimensiones con una lógica e instrumentación proyectiva (con los problemas con ella aparejados) con lo que la consistencia de los instrumentos y su validez resulta baja y hartamente discutible.

Junto con tres colaboradores principales, doña Esperanza Latorre, don José Luis Galiana y don Héctor Monterde y un equipo, comenzamos con una primera delimitación teórica de los constructos y su posible evaluación, generando ítems que reflejasen situaciones reales en las aulas, susceptibles de valoración objetiva, viables y que pudiesen dar lugar a tres baterías de habilidades interpersonales de papel y lápiz, susceptibles de ser cumplimentadas por los alumnos.

Se construyeron tres baterías de pruebas, una para preescolar y primer ciclo de EGB, otra para el segundo ciclo y otra tercera para el tercer ciclo. Los ítems pueden resolverse con papel y lápiz y están compuestos de dibujos y texto, con el fin de llegar a niveles instruccionales en los que no se domine la lectura ni la escritura. Pueden aplicarse de modo individual o colectivo (el número de personas en cada ocasión depende del nivel educativo). Para el estudio de validación interna y primeros resultados de validación diferencial y convergente han participado cerca de 2.000 alumnos de preescolar y EGB de las comunidades autónomas de Valencia y de Cantabria. El proceso de análisis utilizado fue, en unos casos, la factorización de cada prueba independientemente para pasar, posteriormente, a un análisis de segundo orden; en otros casos, se factorizaron todos los ítems (varimax sobre componentes principales) y, posteriormente, se realizó un análisis de segundo orden. Después se sometieron los resultados a análisis discriminante múltiple paso a paso con el fin de estudiar la capacidad y/o compromiso diferencial de estos factores con relación al sexo, edad, curso, cociente intelectual y/o puntuaciones en inteligencia general. Se ha realizado, asimismo, una primera tipificación sobre las dos soluciones factoriales (de primero y segundo orden). Tal y como se ha hecho en los apartados anteriores, presentamos los principales resultados alcanzados hasta el momento, haciendo la advertencia que, en este campo, mucho más reciente y con menor volumen de estudios de contrastación, los resultados alcanzados poseen un valor más provisional que en los casos anteriores y que la justificación cuantitativa de las afirmaciones que siguen se expondrán en sucesivos trabajos que publiquemos en el campo.

a) La estructura factorial empírica de primer orden obtenida corresponde, en líneas generales, a la dimensionalización racional que

hemos expuesto más arriba. De las tres baterías, la que ha ofrecido mayor número de factores para explicar un volumen similar de varianza al de las otras dos ha sido la primera (que corresponde a edades funcionales menores) y la de menor número, la tercera. Dado que las tres baterías son, en gran medida, paralelas y, en todo caso muestrean situaciones más diversas y complejas en las correspondientes a edades superiores, ello podría implicar que las habilidades sociales parecen irse formando y conformando estructuras más simples a medida que se avanza en experiencia social a lo largo del período de escolarización obligatoria.

b) Los índices de consistencia interna (alfa tipificada y omega mayúscula) son satisfactorios con un rango entre .50 y .90, situándose la mayoría por encima de .70.

c) La fiabilidad test-retest (intervalo promedio de nueve meses), para muestras de un centenar de personas elegidas al azar para cada batería no es muy alta. Los coeficientes muestran un amplio rango de dispersión, lo que sugiere la existencia de cambios intragrupo a lo largo de un curso escolar para todos los niveles educativos.

d) Estas dimensiones de habilidades sociales tienden a ser independientes de la inteligencia abstractiva en poblaciones normales. Así, por ejemplo, los coeficientes más altos entre estos factores y pruebas de inteligencia como Raven, CMMS y Terman-Merrill (C.I.), no pasa en ningún caso de .40 y la mayoría de coeficientes, aunque positivos, no alcanzan el nivel de significación estadístico.

e) Estos factores tienden a ser independientes de los evaluados mediante las escalas de socialización cumplimentadas tanto por padres como por profesores, lo que sugiere que cubren un área hasta el momento no cubierta por las escalas de socialización.

f) Estos factores, además, son independientes, asimismo, de la estimación de los miedos.

g) Estos factores tienden a presentar coeficientes de correlación estadísticamente significativos con las calificaciones escolares en poblaciones de niños no deficientes mentales.

h) En un análisis discriminante (preescolar frente a primer ciclo de EGB) realizado y en el que entraban no solamente estos factores, sino asimismo dos pruebas de inteligencia (Terman-Merrill y CMMS y escalas de socialización positiva y negativa cumplimentadas por padres y profesores, cinco de las 12 variables con el mayor poder diferencial (y además, las dos primeras) son factores de habilidades interpersonales. El porcentaje medio de clasificaciones correctas fue del 83'3 (N = 96 con dos grupos del mismo volumen de casos).

i) En otro análisis discriminante con las mismas variables y agru-

pados por sexo, se alcanzó una función significativa ($p \leq .009$) definida por nueve variables, cuatro de las cuales pertenecen a estos factores de habilidades interpersonales, con un porcentaje de clasificaciones correctas de 70.

En la actualidad nos encontramos trabajando en dos líneas de investigación que arrancan de estos resultados. La primera, en la Universidad de Valencia, persigue incrementar la validación diagnóstica diferencial de estas baterías, con la aplicación de las mismas a grupos criterios (personas con distintos tipos de hándicaps y/o deficiencias tanto físicas como mentales), la segunda en la Comunidad Autónoma de Cantabria y como parte de un Programa de Desarrollo Comunitario para la Educación Especial, con la gestación de programas específicos para cada una de las dimensiones aisladas y su aplicación controlada, lo que nos permitirá evaluar, no sólo la sensibilidad al cambio, sino, asimismo, la generalización de efectos terapéuticos. Cuando los resultados se hayan obtenido y analizado, creemos que será el momento de hacer, de todo esto, una presentación más detallada.

6. A modo de discusión, resumen y conclusión

Puede parecer extraño que en el presente contexto, el autor de este trabajo haya elegido una exposición de este estilo para una intervención larga. Exposición que lleva implícita teorías y posiciones metateóricas aparentemente contrapuestas y hasta contradictorias (pruebas y tratamientos psicométricos, concepciones sociales de la personalidad, elementos instruccionales) que se encuentran un tanto alejadas de la praxis habitual de la modificación de conducta en España. Los datos sobre «socialización» que hemos presentado no son superponibles entre sí ni redundantes (pese a que todos parecen tratar de socialización). Estos hechos tienen alguna justificación importante.

Por lo que se refiere a la diversidad de enfoques, la elección no ha sido aleatoria, sino sistemáticamente selectiva por cuanto que la experiencia ha demostrado al autor que no existe, hoy por hoy, un modelo teórico, ni una escuela psicológica que dé razón de la complejidad comportamental observada. Por ello, la idea que hemos tratado de exponer es que resulta conveniente mantener una posición teórica de apertura y conocer y utilizar métodos distintos para el estudio de fenómenos distintos. Parece, por otra parte, que los tipos de parcelas comportamentales muestradas son relevantes y el tratamiento que de cada una hemos realizado es, no solamente lícito, sino que los resultados son importantes. Ello habla a favor de la complejidad del proceso de socialización,

de la subsidiariedad del método en la investigación y de la necesidad de que el profesional posea una formación científicamente sólida.

Por lo que se refiere al alejamiento de la praxis usual en modificación de conducta, también tendría que decirse algo aquí: frente al modelo clásico de los años sesenta en este campo, en la actualidad, tanto el análisis funcional como las estrategias de intervención se han ido modificando hasta el punto que se hace parangonable, el primero, a la evaluación conductual y la segunda, con la psicología humana aplicada a distintos *settings*. Para las intervenciones a nivel organizacional, institucional y colectivo, parecen más útiles los esquemas refundidos de los modelos clásicos psicométricos y cognitivos de la psicología de corte europeo que el funcionalismo conductista americano.

En todo caso, hemos pretendido revisar distintos acercamientos (y no todos los acercamientos) al estudio de la socialización en la deficiencia mental, incorporando tanto el desarrollo emocional como la percepción de los otros significativos y las habilidades interpersonales. De todos ellos presentamos la lógica de investigación que hemos seguido y hemos ilustrado (con una selección) la rentabilidad de cada una de las líneas de trabajo. En todo caso cabría decir, parafraseando a Wittgenstein, que este trabajo poseería el valor, al menos, de eliminar caminos, de abrir otros nuevos llenos de dificultades y que entrañan una cierta complejidad. Cuando el trabajo se entienda, a lo mejor, no sirve para mucho. Pero hay que entenderlo para superarlo.

La socialización del deficiente requiere del esfuerzo de todos, puesto que representa una nueva frontera que hay que atravesar. Espero que, al menos, a algunos de ustedes lo dicho hasta aquí les haya motivado a intentar mejorar y superar lo hecho hasta ahora. Esto... ya sería suficiente.

Dirección del autor: Vicente Pelechano Barberá, Departamento de Psicología, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

BIBLIOGRAFIA

- ARGYRIS, C. (1968) Conditions for competence acquisition and therapy, *Journal of Applied Behavioral Science*, 4, pp. 147-177.
- ARGYRIS, C. (1969) The incompleteness of social-psychological theory: Examples of small group cognitive, consistency and attribution research, *American Psychologist*, 24, pp. 893-908.
- BALTHAZAR, E. E. (1973) *Balthazar's scales of adaptive behavior* (Consulting Psychology Press).

- BANK-MIKKELSEN, N. E. (1969) A metropolitan area in Denmark, Copenhagen, en KUGEL, R. y WOLFENBERGER, W. (eds.) *Changing patterns in residential services for mentally retarded*, President Committee on Mental Retardation.
- BLACKMAN, D. A. (1983) Comunicación personal a H. LELAND y citado por éste en LELAND, 1983.
- CARTLEDGE, G. y MILBURN, J. F. (eds.) (1980) *Teaching social skills to children* (Pergamon).
- CHRISTOFF, K. y KELLY, J. (1983) Social skills, en MATSON, L. L. y BREUNING, S. E. *Assessing the mentally retarded* (Grune and Stratton).
- COULTER, W. A. y MORROW, H. W. (eds.) (1978) *Adaptive behavior* (Grune and Stratton).
- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 3rd. edition (DSM-III) (1980) American Psychiatric Association.
- ELLIS, R. y WHITTINGTON, D. (1981) *A guide to social skill training* (Croom Helm).
- FERRARA, D. M. (1979) Attitudes of parents of mentally retarded children toward normalization activities, *American Journal of Mental Deficiency*, 84, pp. 145-151.
- FORGAS, J. P. (ed.) (1980) *Social cognition* (Academic).
- GOLDTEIN, A. P. (1981) *Psychological skill training* (Pergamon).
- GUNZBURG, H. C. (1974) *Progress assessment chart of social and personal development* (Bristol, Aux Chandelles).
- INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL (INEE) (1982) *Diseño curricular para la elaboración de programas de desarrollo individual. Area de socialización* (Servicio Publicaciones MEC).
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (1978) *9th revision: Clinical modification (ICD-9)*, Commission on Professional and Hospital Activities.
- HEBER, R. (1959) A manual on terminology and classification in mental retardation, *American Journal of Mental Deficiency* (Monograph suppl.).
- HOGAN, M. F. (1970) Normalization and communitization, en FLYNN, R. J. y NITSCH, K. E. (eds.) *Normalization, social integration and community services* (University Park Press).
- JONES, W. E. (1975) Communitization: The creation of a viable human service delivery system and the institution's role, *Regional DHEW Developmental Disabilities Conference* (New England, Durnham).
- JONES, W. E. (1977) The communitization process, *Western Massachusetts Mental Health Training News*, 1, p. 1.
- KASTNER, L. S. y REPUCCI, N. D. (1979) Assessing community attitudes toward mentally retarded persons, *American Journal of Mental Deficiency*, 84, pp. 137-144.
- KENNETT, K. F. (1973) *Family behavioral profile* (Saint Francis Xavier University).
- LAMBERT, N.; WINDMILLER, M.; COLE, L. y FIGUERRA, R. (1981) *AAMD Adaptive Behavior Scale Public School Version* (Publ. Testing Service).
- LELAND, H. (1964) What is a mentally retarded child?, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2, pp. 21-37.
- LELAND, H. (1983) Adaptive behavior scales, en MATSON, J. L. y MULIC, J. A. (eds.) *Handbook of mental retardation* (Pergamon).
- LIBERT, J. y LEWINSOHN, P. M. (1973) The concept of social skill with special references to the behavior of depressed persons, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, pp. 304-312.

- LELAND, H.; SHOAE, M.; MCELWAIN, D. y CHRISTIE, R. (1980) *Adaptive behavior scale for infants and early childhood* (Nisonger Center, Ohio State Univ.).
- LUBIN, R.; JACOBSON, J. W. y KIELY, M. (1982) Projected impact of the functional definition of developmental disabilities: the categorically population and service eligibility, *American Journal of Mental Deficiency*, 87, pp. 73-79.
- MEICHENBAUM, D. (1977) *Cognitive behavior modification* (Plenum).
- NIHIRA, K.; FOSTER, R.; SHELLHASS, M. y LELAND, H. (1974) *AAMD Adaptive Behavior Scale*, American Association on Mental Deficiency.
- PELECHANO, V. (1975, a) Una escala de trastornos de conducta (ETC-1) para deficientes mentales, *Análisis y Modificación de Conducta*, 1, pp. 19-32.
- PELECHANO, V. (1975, b) *Censo de escolares necesitados de educación especial en la provincia de Santa Cruz de Tenerife*, 2 vols., mimeo (ICE Univ. La Laguna).
- PELECHANO, V. (1976) Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales, *Análisis y Modificación de Conducta*, 2, pp. 39-56.
- PELECHANO, V. (1978) Análisis y estrategias de intervención a nivel comunitario, en DOUCATELLA, R. et al. *Subnormalidad psíquica* (Karpós).
- PELECHANO, V. y BAGUENA, M. J. (1979) La escala ESE-2 de hábitos perturbadores de la socialización en ambientes escolares, *Análisis y Modificación de Conducta*, 5, pp. 46-95.
- PELECHANO, V. y BAGUENA, M. J. (1980) Normas típicas de la escala ESE-2 de hábitos perturbadores de la socialización en ambientes escolares, *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, pp. 509-536.
- PELECHANO, V. (dir.) (1984) *Miedos infantiles y terapia de mediadores* (Alfaplus).
- PELECHANO, V. y BARRETO, M. P. (1979) La escala ESE-2 de factores positivos de socialización en ambientes escolares, *Análisis y Modificación de Conducta*, 5, pp. 5-45.
- PELECHANO, V. y GONZÁLEZ, M. (1975) Escala ETC-1: eficacia intelectual, nivel socio-económico, organicidad y valor diferencial en deficientes mentales, *Análisis y Modificación de Conducta*, 1, pp. 33-56.
- PELECHANO, V. y GONZÁLEZ, M. (1976) Trastornos de conducta y deficiencia mental, *Análisis y Modificación de conducta*, 2, pp. 267-280.
- PERRET-CLERMONT, A. N. (1980) *Social interaction and cognitive development in children* (Academic).
- PHILLIPS, E. L. (1978) *The social skill basis of psychopathology* (Grune and Stratton).
- PUBLIC LAW, U.S.A. (1978), 95-602.
- SELTZER, G. B. (1983) Systems of classification, en MATSON, J. L. y MULICK, J. A. (eds.) *Handbook of mental retardation* (Pergamon).
- SILVA, F.; ARTORELL, M. C. y PELECHANO, V. (1982) Dimensiones de socialización escolar: resultados obtenidos en base a una investigación con escalas de estimación, en FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (compilador) *Nuevas aportaciones en evaluación conductual* (Alfaplus).
- SINGER, S. (1976) Questionnaire reveals inconsistencies, *The Centerline Winter*, 5-6.
- SPIVACK, G. y SHURE, M. B. (1974) *Social adjustment of young children* (Jossey-Bass).
- SPIVACK, G.; PLATT, J. J. y SHURE, M. (1976) *The problem solving approach to adjustment* (Jossey-Bass).
- STILLAMN, R. (ed.) (1975) *Collier Azusa Scale* (Univ. Texas, Dallas).

- TROWER, P.; BRYANT, B. y ARGYLE, M. (1978) *Social skill and mental health* (Methuen and Co.).
- VOELTZ, L. M. (1980) Children's attitudes toward handicapped peers, *American Journal of Mental Deficiency*, 85, pp. 455-464.
- WOLFENSBERGER, W. (1972) *Normalization: the principles of normalization in human services*, National Institute of Mental Retardation (Toronto).
- WOLFENSBERGER, W. (1980) The definition of normalization, en FLYNN, R. J. y NITSCH, K. E. (eds.) *Normalization, social integration and community services* (University Park Press).
- ZIGLER, E. y SEITZ, V. (1982) Social policy and intelligence, en STERNBERG (ed.) *Handbook of human intelligence* (Cambridge University Press).

SUMARIO: Tras la consideración de las cuatro definiciones más utilizadas en el mundo occidental de la deficiencia mental y en las que se destacan los aspectos del funcionamiento intelectual por una parte y, de otra, los de automantenimiento en el mundo social, el presente artículo se centra en la delimitación de esas áreas comportamentales sin que se identifiquen con el funcionamiento y/o las operaciones intelectuales que muestrean los tests de inteligencia y que hacen referencia a los procesos de socialización y adaptación. Se presentan los resultados de un conjunto de investigaciones, en las que se intentan delimitar dichas dimensiones a fin de poder evaluar fenómenos como la adaptación y la socialización del deficiente mental.

Descriptor: Mental Deficiency, Socialization, Social Skills. Adaptation, Social Scales, Social Perception.