

Implicaciones psicosociales y conductuales en minusvalías psíquicas

Jesús Cabezos Fernández
Psicólogo

Si este artículo debiera necesariamente comenzar por exponer el concepto de Deficiencia Mental, y aproximar una definición tentativa, no me sustraería yo a suscribir unas viejas palabras, aunque no por ello carentes de actualidad, del profesor Pelechano: «... el concepto de deficiencia mental posee un origen pedagógico-social y, en último término, son las categorías propias del mundo social las que desempeñan el papel más importante en la detección, tratamiento e incluso, en la mayor parte de los casos, la eficacia de los tratamientos utilizados.» (Pelechano, 1975). Y ya sentada la filosofía de mi acercamiento, no será preciso en lo siguiente el volver sobre tales argumentos. Acepto las aportaciones psicométrica y médico-etiológica, les reconozco su importancia, y pienso que este campo de la Deficiencia es lugar común donde se encuentran diversas disciplinas. Pero permítaseme que me ubique yo desde la perspectiva psicosocial ya expuesta.

La reciente pugna entre quienes inciden más en el concepto de Inteligencia A (biológica) (p.e., Jensen, 1984), y quienes valoran más el de Inteligencia B (social) (p.e., Sternberg, 1985), en el campo de la Deficiencia Mental, ha intentado ser resuelta por autores como Eysenck (1987). Para este último autor, el concepto de inteligencia biológica estaría más cercano al del Factor G —pudiéndose deducir de ahí verdaderas implicaciones terapéuticas a nivel farmacológico (sic)—, pero no por ello niega la posibilidad de una inteligencia social —así como, una psicométrica— que estando en intensa interacción con la primera la

afecten tanto como sean afectadas por aquella. Pienso que el carácter heurístico de estas afirmaciones es notable, pero a nivel terapéutico-rehabilitador sigo creyendo más oportuno un acercamiento psicosocial, no excluyente, pero sí inclusivo.

Y esto, ¿por qué? Seguidamente vamos a revisar algunos datos, provisionales todavía y de una muestra localizada, pero altamente indicativos, que nos pueden mostrar hasta qué punto lo que afirmo está basado en una realidad que ha sido comprobada. Para una revisión más amplia, consultar Cabezos Fernández, J. S. & Torricos Sanchis, M. A. (1987) y Cabezos Fernández, J. S. (1988).

Las familias de cerca de 250 minusválidos psíquicos, así reconocidos, fueron visitadas para solicitar sus respuestas al Cuestionario ESMDM-IV, construido al efecto. La selección de los casos a testar, así como parte de la información recogida en el cuestionario, fue obtenida de los expedientes de homologación de cada uno de los casos, de los Centros de E. E., Centros O., Asociaciones..., etc., Una somera descripción de la muestra la ofrece el Cuadro 1.

El primer resultado que llama la atención es la no concordancia entre las posibilidades de integración socio-laboral actuales (DEFPOSI) y pronosticadas (%RECUP). Se observa un mayor número de casos que empeoran o se mantienen con tales posibilidades, frente a un reducido número que mejoran. Esto, que no es nuevo, vendría a significar que se cumple sólo en parte aquella hipótesis que afirma, precisamente, que el paso del tiempo es un factor de primera fila que explicaría, por sí

mismo, una posible «degradación» o «degeneración» en las personas afectadas por este tipo de minusvalía. Y lo es sólo en parte, ya que se dan casos en que se produce una mejoría. Ignorando ahora una explicación más amplia de este cuadro, por motivos de extensión, pasaremos seguidamente a preguntarnos por los factores que afectan este fundamental hallazgo: para ello nos referimos a una nueva variable (GAREDE). Construida al efecto, tal variable no es más, pero tampoco menos, que el «grado de acuerdo entre las posibilidades de integración socio-laboral pronosticadas y actuales (Cuadro 2).

Como puede observarse, la quinta parte de los casos son los que mejoran. Siempre que se dé esta relación o mayor, podemos considerar esa opción como la que estaría relacionada con la previsible mejoría; siempre que sea menor, la consideraremos como relacionada con el previsible empeoramiento o mantenimiento en sus posibilidades de integración socio-laboral.

Parece ser que los minusválidos que tuvieran ente 26 y 30 años serían aquellos que en mayor proporción mejorarían (NACIM); mientras que su lugar de nacimiento (LUGAR), y el de sus padres (LUNAMA, LUNAPA) no parece afectar en el sentido de la mejoría a estas personas; aunque se den pequeñas diferencias en el sentido de que aquellos hijos de padres inmigrantes mejorarían en una pequeña proporción más que los naturales.

Tampoco el sexo (SEXO) marca diferencia significativa entre aquellos que mejoran y aquellos que no; aunque es preciso señalar que se obser-

va que las mujeres empeoran más que se mantienen, y viceversa. La edad que tenía el minusválido al ser detectada la afección (EDMIN) estaría relacionada con la mejoría, siempre que ese momento ocurriera a partir de los cuatro años. Esto no parece fácilmente interpretable si observamos el que no se dan diferencias entre cualquier grupo de edades, respecto de la edad de escolarización (EDESC). Y es que, asimismo, tampoco parece haber diferencias claras entre estar asistiendo o haber asistido a un Centro (TIP-CACT, TIPCPAS). Una primera explicación de lo anterior podría ser que el descubrir más tardíamente la minusvalía estuviera relacionado con una afectación menor, con lo cual las posibilidades de recuperación son mayores, aunque en esos momentos sea difícil explicarlas. Pero no parece haber grandes diferencias entre los diversos grados de afección (%AFEC); aunque sí las hay en una etiología (ETIO): se podría afirmar que mejoran más aquellos cuya etiología orgánica se desconoce (y hay evidencia adicional que la matriz de intercorrelaciones que uniría estas variables es muy significativa ($p < .001$, entre DEFPOSI-%AFEC-%RECUP-)).

Respecto de la cualificación educativo-laboral del minusválido, pese a que en general no hay un número significativo de casos que soporten la hipótesis de la mejoría, haré mención a algunos tópicos ya conocidos. Claramente mejorarán más los que saben leer y escribir o tienen algún nivel escolar que los que son analfabetos (ESTUDS); los que tienen cualquier preparación laboral que los que no la tienen (PREPLAB); los que tienen alguna profesión que los que no la tienen o son amas de casa o estudiantes (PROF); y, finalmente, más los que están activos que los que no lo están o son estudiantes (SITLAB). Aunque el número de casos sea reducido, las líneas de rehabilitación emprendidas en este camino tienen aquí una base sólida en la cual asentarse.

El nivel de estudios de la familia y/o de las personas con las que convive el minusválido parece estar relacionado con la mejoría. Así, los estudios de la madre (ESTMA), del padre (ESTPA) y el nivel medio de las personas con quienes convive el minusválido (ESPMIN) muestran mantener una relación inversa con que el mismo mejore: son los padres y per-

CUADRO 1

NOTAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

VARIABLE	OPCIÓN	ESTADÍSTICO	VALOR
%Recup	(0)	%	13'8
	(1)	%	47'4
	(2)	%	36'2
	(3)	%	2'6
Defposi	(0)	%	29'1
	(1)	%	47'9
	(2)	%	13'7
	(3)	%	9'4
Nacim		M	22-6
		DS	10-1
		Md	21-00
Lugar	(0)	%	64'7
Lunama	(0)	%	17'8
	(1-9)	%	82'2
Lunapa	(0)	%	13'3
	(1-10)	%	86'7
Sexo	Varón	%	52'9
Edmin		M	3-1
		DS	3-7
		MD	1-00
Edesc		M	5-3
		DS	2-3
		Md	5-00
Otrhmi	(1-9)	%	33'1
		M	0'46
		DS	0'76
		Md	0'25
Nhminps	(1-9)	%	22'4
		M	1'32
		DS	0'74
		Md	1'15
Estherm		M	29
		DS	15
		Md	28
Npermin		M	4'12
		DS	2'38
		Md	3'90
Edpmin		M	38-7
		DS	16-6
		Md	33-3
Espmin		M	20
		DS	12
		Md	17
Prfpmin		M	8
		DS	5
		Md	6
Futuro	(1)	%	20'9
	(3)	%	64'3
Previs	(0)	%	78'3
	(3)	%	13'0

Continúa

sonas analfabetas, o con mínimos conocimientos escolares, los que están en relación con los minusválidos que mejoran. Lógicamente el nivel medio de los estudios de los hermanos (ESTHERM) es superior, pero no tan elevado como para que no pueda ser explicado por las leyes vigentes en este país en materia educativa; ya que son los que no mejoran aquellos que precisamente tie-

nen hermanos analfabetos (o con un nivel de titulación alto). Lo ya indicado sirve para el nivel profesional del padre (PROFPA). Parece ser que mejoran aquellos minusválidos cuyos padres no tienen profesión reconocida o son peones.

Los datos aportados respecto de la familia del minusválido y personas con quienes convive podrían ser interpretados del siguiente modo. Son

los minusválidos con menor grado de afectación y etiología orgánica desconocida los que mayoritariamente han nacido en familias, o conviven con grupos de personas, como las señaladas. ¿Podríamos afirmar que nos hallamos frente a los denominados por diversos autores como «deficientes culturales»? Me parece que sí.

Hasta aquí la somera exposición de algunos de los datos generales, obrantes en mi archivo, y que sustentan las afirmaciones ya efectuadas y las que ahora siguen. Y es que hemos de tener en cuenta que son muchos los estudios que están indicando el doble fenómeno del decremento de la incidencia de este tipo de minusvalía y el incremento de su prevalencia (p.e., Pelechano, V. 1975; Grupo Amat, 1978; Díaz Casanova, M. et al., 1979; Gómez-Ferrer Gorriz, C., 1982; Cabezos Fernández, J. S., 1988). Ante tal urgencia, y basado en los datos expuestos, se hace necesario afirmar que si una prevención primaria de tipo biomédico ha dado sus frutos en este país —lo cual es innegable—, se puede sostener que la actuación a emprender ahora a nivel preventivo va más en la línea educativa, de la psicología de la salud, y social; y quizá aquí el científico poco puede hacer, son los dirigentes quienes habrán de tomar la iniciativa.

Y tras ella, hemos de estar los psicólogos sociales y de la salud, codo a codo con otros profesionales implicados, construyendo los recursos técnicos, a nivel conductual, que faciliten un control de la prevalencia de este tipo de minusvalía y una adecuada rehabilitación. Pero eso será para otro artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- CABEZOS FERNÁNDEZ, J. S. & TORRICOS SANCHIS, M. A. (1987). «A psychosocial study of the mentally handicapped resident on the outskirts of a large urban centre». Com. presentada en el III World Congress on the Isolated Child, B. A.
- CABEZOS FERNÁNDEZ, J. S. (1988). «Situación de los Minusválidos Psíquicos de una pequeña población cercana a una gran urbe: un estudio psicosocial». Com. presentada en el II Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante.
- DÍAZ CASANOVA, M. et al. (1979). «La población minusválida española (estimaciones cuantitativas)». *Boletín de Estudios y Documentación del*

VARIABLE	OPCIÓN	ESTADÍSTICO	VALOR
Tipcact	(0)	%	47'0
	(1)	%	49'6
Tipcpas	(0)	%	20'4
	(1)	%	38'9
	(3)	%	37'0
Respons	(5)	%	91'6
Nacmadr		M	52'3
		DS	10'6
		Md	52'2
Nacpadr		M	55'6
		DS	11'00
		MD	54'7
Estma	(0)	%	44'3
	(1)	%	43'5
Estpa	(0)	%	24'1
	(1)	%	56'3
Profma	(0)	%	92'1
Profpa	(1)	%	36'0
	(2)	%	56'8
Nhermin		M	3'96
		DS	1'84
		Md	3'45
Lugocup		M	2'67
		DS	1'57
		Md	2'39
Etio	(1-9)	%	57'6
	(10)	%	42'4
Antfam	(0)	%	88'9
	(1)	%	6'0
Tipmin	(0)	%	84'6
	(9)	%	6'8
Enfperm	(0)	%	80'0
	(1)	%	8'7
Lugalum	(2)	%	40'9
	(3)	%	58'3
Edmamin		M	30'6
		DS	6'2
		Md	30'2
Perpar	(3)	%	59'1
	(4)	%	31'3

M = Media; DS = Desviación standard; Md = Mediana.
% = Frecuencia relativa.

CUADRO 1 2
GRADO DE ACUERDO
ENTRE LAS POSIBILIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL
PRONOSTICADAS Y ACTUALES

Respecto del total de la población:

EMPEORAN	IGUAL	MEJORAN
45	46	23

VARIABLE	MAYOR N.º RELATIVO MEJORAN				MENOR N.º RELATIVO MEJORAN			
	OPCIÓN	PEOR	IGUAL	MEJOR	OPCIÓN	PEOR	IGUAL	PEOR
NACIM	56-60	23	24	17	-- 56/61 --	22	22	6
LUGAR								
LUNAMA	Resto	27	30	17	0-1	18	15	66
LUNAPA	Resto	31	28	20	0-1	12	15	3
SEXO								
EDMIN	4- +	16	10	14	0-3	26	33	7
EDESC								
TIPCPAS								
TIPCACT								
%AFEC								
ETIO	10	17	19	13	1-9	28	27	10
ESTUDS	1-3	15	10	12	0	29	36	11
PREPLAB	1-2	5	8	7	0	40	38	16
PROF	1-3	0	3	4	0	45	43	19
SITLAB	1-3	3	5	5	0	41	41	18
ESTMA	0	17	15	17	1-4	26	29	6
ESTPA		8	8	10	1-4	35	34	13
ESPMIN	0-29	12	13	13	30- +	33	32	10
ESTHERM	17-42	25	24	19	-- 13/50- +	10	10	2
PROFPA	0-1	12	17	11	2-6	32	25	11

Serem, monografía 18 Servicio de Publicaciones del M.S.S.S.
EYSENCK, H. J. (1987). *Inteligencia y «energía mental»: las bases biológicas de la aptitud mental*. *Psicologemas*, 1, 7-24.
GÓMEZ-FERRER GORRIZ, C. (1982). «Aspectos Epidemiológicos, clínicos y sociales del retraso mental en la región de Murcia». *Boletín de Sa-*

lud de la Región Murciana, Servicio de Publicaciones de la Consejería de Sanidad y S. S.
GRUPO AMAT (1978). *Estudio sociológico de la deficiencia mental en la provincia de Ávila*. Fundación Gral. Mediterránea/Serem.
JENSEN, S. R. (1984). «Test validity: g versus the specificity doctrine». *Journal of Social and Biological Structu-*

res, 7, 93-118.
PELECHANO, V. (1975). «Concepto e incidencia de la deficiencia mental». *Análisis y Modificación de Conducta*, 1, 129-148.
STERNBERG, R. J. (1982). *Handbook of human intelligence*, Cambridge University Press.
STERNBERG, R. J. *Beyond IQ*, Cambridge University Press.



