

PERFIL DE SOCIALIZACIÓN DE ADOLESCENTES CON DÉFICIT INTELLECTUAL

M^a del Sol Fortea^{1*}, Carlos Santana^{**} y M^a Olga Escandell^{***}

**Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Pedagogo del Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A.*

****Profesora Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Introducción

La Asociación Americana sobre Retraso Mental define este concepto como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson *et al.*, 2004, p. 8). El DSM-IV-TR (APA, 2003), dice que la característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Método

Materiales

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos son los siguientes: Cuestionarios Familiar y Evolutivo (García, 2001), Inventario de Habilidades y Hábitos de Autonomía (García, 2001), Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1995, 2001), Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños y Adolescentes (Wechsler, 2005) y Escala de Inteligencia no verbal (Roid y Miller, 1996).

Participantes

La muestra procede de niños que solicitan diagnóstico y posteriormente reciben tratamiento psicológico en el Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A. Se trata del inicio de un estudio con una muestra más amplia.

- Sujeto 1. Varón de 13 años, repite 6º de Primaria. Diagnosticado a los 11 años de discapacidad intelectual (DI). Tratamiento ininterrumpido durante 1 año.
- Sujeto 2. Varón de 15 años, cursa 2º ESO. Diagnosticado a los 10 años de DI moderada (CI 61). Tratamiento interrumpido desde el 2007 con una permanencia de 3-4 meses al año.
- Sujeto 3. Varón de 16 años. Diagnosticado a los 8 años de edad de DI (CI 59) con déficit de atención. Tratamiento durante 1 año.
- Sujeto 4. Varón de 15 años, 1º ESO. Diagnosticado a los 11 años de DI leve (CI 61) acompañado de dificultades sociales y comportamentales. Tratamiento ininterrumpido 2 años.
- Sujeto 5. Mujer de 14 años, 2º ESO. Diagnosticada a los 11 años de DI con episodios de ansiedad. Tratamiento ininterrumpido durante 3 años y medio.

Procedimiento

En la primera fase tiene lugar el diagnóstico se rige por la “Guía de Buena Práctica” del Centro de Diagnóstico y consta de las siguientes fases: 1) Recogida de

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

información previa a la primera consulta. 2) Análisis, discusión y toma de decisiones acerca de dicha información. 3) Primera entrevista con la familia. 4) Evaluación de las diferentes áreas de desarrollo del niño. 5) Redacción del informe escrito con el diagnóstico y orientaciones. 6) Explicación del informe a la familia, recomendaciones de intervención y dudas. En la segunda fase se diseña un programa de intervención cuyo objetivo general es que los jóvenes logren una participación plena y adecuada en el contexto social en el que se desenvuelven. Para ello es necesario que mejoren sus habilidades sociales y de comunicación, que adquieran buenos hábitos comportamentales y que avancen en su desarrollo cognitivo y en el currículo escolar. Los programas de intervención diseñados para nuestros sujetos se van modificando a medida que van evolucionando y creciendo y cada vez que se realiza la revisión diagnóstica. Los objetivos principales aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Programa de Intervención Inicial.

Área Conductual y de Habilidades Básicas
- Aumentar y potenciar hábitos y habilidades de autonomía
- Favorecer el establecimiento de objetivos y las conductas de superación
- Aumentar los tiempos de atención en una actividad
- Reducir los niveles de ansiedad
Área Cognitiva
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto
- Aumentar las capacidades espaciales y temporales
- Dotarle de estrategias de resolución de problemas
- Desarrollar habilidades mentales básicas
- Desarrollar razonamiento lógico-matemático y verbal
- Desarrollar y fortalecer las funciones ejecutivas
Área Socioemocional
- Desarrollar estrategias de competencia social: habilidades conversacionales, expresión de sentimientos, emociones y opiniones, relación con adultos e iguales
- Ampliar repertorio emocional: identificación/expresión/gradación de emociones

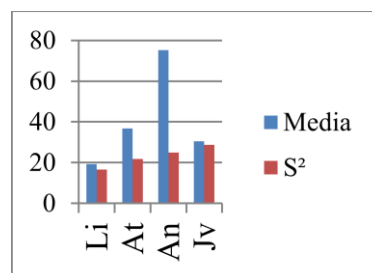
La metodología se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, utilizando técnicas de modificación de conducta y programas de desarrollo de la inteligencia.

Resultados

Incluimos las medias y las desviaciones típicas de cada uno de los índices obtenidos en la Batería de Socialización: BAS-1 (profesores), BAS-2 (padres) y BAS-3 (sujeto).

Tabla 2. BAS-1

ÍNDICE	Media (\bar{x})	Dt (S^2)
Liderazgo (Li)	19,25	16,581
Agresividad-Terquedad (At)	36,75	21,808
Ansiedad-Timidez (An)	75,25	24,932
Jovialidad (Jv)	30,50	28,769
Criterio Socialización (Cs)	27,50	27,234

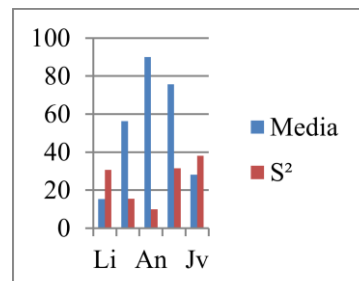


En opinión de los profesores (Tabla 2), hay que lado, vemos como significativo la ausencia de liderazgo en todos los jóvenes. Ninguno de los sujetos es visto por sus profesores como un posible líder de su grupo, sino más bien como seguidores de otros. Los docentes destacan unos índices de agresividad y

terquedad en la media o por debajo de ella. Por último, el índice de ansiedad sobrepasa la media en prácticamente todos los sujetos, llegando incluso a alcanzar valores superiores a 90 puntos en más de un caso. La variable Jovialidad, que hace referencia a la extraversión, presenta también una media baja.

Tabla 3. BAS-2.

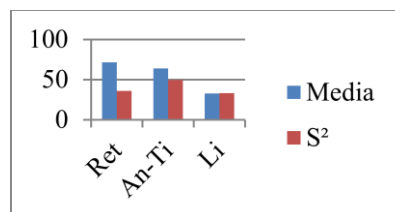
ÍNDICE	Media (\bar{x})	Dt (S^2)
Liderazgo (Li)	15,40	30,591
Agresividad-Terquedad (At)	56,20	15,563
Ansiedad-Timidez (An)	90,00	9,899
Jovialidad (Jv)	75,60	31,533
Criterio Socialización (Cs)	28,20	37,996
Liderazgo (Li)	29,80	26,930



En opinión de los padres (Tabla 3), con la excepción de uno de los sujetos, todos se muestran de acuerdo en que la capacidad de liderazgo de sus hijos es muy baja. Sin embargo, parece que en el contexto familiar los sujetos aumentan sus niveles de agresividad y terquedad con relación al colegio. El aspecto más destacable es el relacionado con los niveles de ansiedad y timidez, cuya media se sitúa en 90 puntos. También, los padres inciden en los niveles de apatía y de retraimiento de sus hijos, situándose la media de los sujetos por encima de 75. En cuanto al estado de ánimo y la jovialidad de sus hijos, los sitúan por debajo de la media en la mayoría de los casos, no superando la puntuación de 5 en el 60% de los casos.

Tabla 4. BAS-3.

ÍNDICE	Media (\bar{x})	Dt (S^2)
Retraimiento Social (Ret)	71,50	35,804
Ansiedad-Timidez (An-Ti)	63,67	49,516
Liderazgo (Li)	32,83	32,890



Los resultados de las pruebas administradas a los propios sujetos (Tabla 4) destacan un alto grado de retraimiento social. La media nos indica cómo ellos mismos son conscientes de su poca involucración/adaptación social. De igual manera los niveles de ansiedad y timidez nos revelan un muy alto grado de incomodidad ante situaciones sociales y muy pocas habilidades para resolver posibles conflictos. Sin embargo, y a diferencia de los padres y profesorado, los sujetos varían en su opinión sobre su grado de popularidad o liderazgo.

Discusión/Conclusiones

Con los datos extraídos, podemos concluir que los sujetos con DI estudiados se muestran en el contexto escolar como adolescentes retraídos, pasivos y sin afán de liderazgo. Además, en la escuela ordinaria no se encuentran muy cómodos ya que en la mayoría de los casos hemos detectado un grado de ansiedad muy alto, así como una baja predisposición a la integración social. El grado de adaptación de los sujetos según el juicio de su profesorado resulta bastante bajo. Los padres perciben a sus hijos como personas tímidas y apáticas, con episodios de ansiedad, sin liderazgo, retraídos y, en ocasiones, tercos y agresivos. El grado de adaptación vuelve a quedar por debajo de la media, de lo que se deduce que los padres no creen que sus hijos estén adecuadamente

adaptados a la sociedad. Los propios sujetos se muestran, en cuanto a sus dotes de liderazgo y su popularidad, una media por debajo de lo esperado. El 33,3% de los sujetos estudiados tienen confianza en ellos mismos y no se ven, como personas pasivas que carecen de iniciativa social.

Podemos concluir diciendo que en los sujetos con DI estudiados, existe un alto grado de ansiedad y timidez en lo referente a su capacidad de adaptación social. En cuanto al nivel de agresividad y terquedad, se eleva en el contexto familiar. En la escuela sus reacciones agresivas y sus respuestas tercas se reducen de manera significativa. De hecho, se constata que los niveles de apatía y retraimiento, son muy altos en el contexto escolar y más bajos en el familiar. Cuando se les pregunta a ellos, se observa que en su día a día pasan mucho tiempo aislados. Por último, señalar los datos referidos a la popularidad y al liderazgo. En los tres grupos las puntuaciones se sitúan muy por debajo de la media y aunque la visión particular de los sujetos de la investigación sea más optimista podemos concluir que su grado de liderazgo sigue siendo bajo con respecto a la media. Con todo esto, podemos afirmar que sí existe relación entre socialización y capacidad intelectual. Concretamente, podemos decir que en aquellos sujetos con DI las variables de ansiedad y timidez, agresividad y terquedad, retraimiento social y liderazgo se ven afectadas. Estas variables no se desarrollan como en el resto de sujetos de su edad, manteniéndose constantes la mayor parte de ellas en todos los ambientes y variando en función del contexto en algunos casos.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (2003). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- García, M. (2001). *IEG. Instrumentos de Evaluación General. Cuestionarios, Inventarios, Escalas y Registros de Observación. Niños y Adolescentes*. Madrid: Grupo Alborg-Cohs.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Roid, G. y Miller, L. (1996). *Escala manipulativa internacional de Leiter-R*. Madrid: TEA Ediciones.
- Schalock, R., Snell, M., Spitznagel, D., Spreng, S. y Tasse, M. (2004). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1995). *Batería de Socialización BAS-3*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (2001). *Batería de Socialización BAS-1 y BAS-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños y Adolescentes (WISC-IV)*. Madrid: TEA Ediciones.