UM
Universidad de Murcia

www.eltallerdigital.com

Evaluación del Autoconcepto, Actitudes y Competencia Social en Sujetos Sordos

Director: Dr. D. José Manuel García Fernández
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
de la Universidad de Murcia

María José Juana Puigcerver Hurtado

Tesis Doctorales

Universidad de Murcia

ISBN: 978- 84- 692- 6089- 0 · Depósito Legal: A- 950- 2009

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO, ACTITUDES Y COMPETENCIA SOCIAL EN SUJETOS SORDOS

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

Dña. MARIA JOSÉ JUANA PUIGCERVER HURTADO

DIRIGIDA POR:

Dr. D. JOSÉ MANUEL GARCÍA FERNÁNDEZ

Octubre de 2003

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I. FUNCIONAMIENTO DE LA AUDICIÓN

1. INTRODUCCIÓN
2. MECANISMOS DE LA AUDICIÓN
3. ORIGEN DE LOS PROBLEMAS DE AUDICIÓN
4. LA PÉRDIDA AUDITIVA
4.1. Grados de pérdida auditiva
4.2. Localización de la lesión
5. INTERVENCIÓN
5.1. Participación de los padres
5.2. Detección de la pérdida auditiva
5.3. Nivel intelectual del sujeto
5.4. Entorno socio-familiar
5.5. Tipos de tratamientos
5.6. Desarrollo comunicativo y lingüístico
5.7. Atención educativa
5.8. Intervención temprana

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

CAPÍTULO II. AUTOCONCEPTO Y COMPETENCIA SOCIAL EN SORDOS

1. AUTOCONCEPTO

- 1.1. Introducción
- 1.2. Autoconcepto, infancia y adolescencia
- 1.3. Autoconcepto y discapacidad
- 1.4. Autoconcepto y sordera

2. COMPETENCIA SOCIAL

- 2.1. Introducción
- 2.2. Importancia de la competencia social
- 2.3. Competencia social y discapacidad
- 2.4. Competencia social y sordera

CAPÍTULO III. ACTITUDES, AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL EN SORDOS

1. ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- 1.1. Introducción
- 1.2. Estructura de las actitudes
- 1.3. Implicaciones de las actitudes
- 1.4. Origen de las actitudes
- 1.5. Mecanismos de formación
- 1.6. Investigación de las actitudes hacia la discapacidad
- 1.7. Revisión de la Literatura de las Actitudes hacia los Discapacitados

2. SOLEDAD Y AISLAMIENTO

- 2.1. Introducción

UM Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

2.2. Soledad-aislamiento y adolescencia
2.3. Soledad-aislamiento y sordera
3. AFRONTAMIENTO
3.1. Introducción
3.2. Afrontamiento y adolescencia
3.3. Afrontamiento y sordera
4. MIEDOS
4.1. Introducción
4.2. Miedos, infancia y adolescencia
4.3. Miedo y sordera
5. LOCUS DE CONTROL
5.1. Introducción
5.2. Locus de control y sordera

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS
1. HIPÓTESIS
1.1. Finalidades
1.2. Hipótesis

CAPÍTULO V. MÉTODO
1. MÉTODO
1.1. Sujetos
1.2. Diseño

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

1.3. Procedimiento

CAPITULO VI. RESULTADOS

1. AUTOCONCEPTO
2. AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN SITUACIONES ACADÉMICAS
3. COMPETENCIA SOCIAL
   3.1. Sociograma en situaciones de trabajo
   3.2. Sociograma en relaciones de amistad
   3.3. Competencia social a través del CEICA
4. ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD Y LA INTEGRACIÓN
   4.1. Actitudes hacia las personas con discapacidad sensorial en la Entrevista semiestructurada EADI
   4.2. Actitudes hacia la Discapacidad e Integración
5. SOLEDAD-AISLAMIENTO
6. AFRONTAMIENTO
7. MIEDOS ESCOLARES
8. LOCUS DE CONTROL

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

1. AUTOCONCEPTO
2. COMPETENCIA SOCIAL
3. ACTITUDES
4. SOLEDAD-AISLAMIENTO
5. AFRONTAMIENTO

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

6. MIEDOS ESCOLARES
7. LOCUS DE CONTROL

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

1. CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO PARA NIÑOS DE PIERS-HARRIS
2. ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA ESPECÍFICA DE SITUACIONES ACADÉMICAS
3. SOCIOGRAMA EN SITUACIONES DE TRABAJO
4. SOCIOGRAMA EN RELACIONES DE AMISTAD
5. CEICA. ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERACCIÓN CON LOS COMPAÑEROS PARA ADOLESCENTES
6. ESCALA ESPECÍFICA DE ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL
7. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD Y HACIA LA INTEGRACIÓN (EADI)
   7.1. Entrevista para los ANEE (hipoacúsicos o sordos)
   7.2. Entrevista para los Alumnos sin Necesidades Educativas Especiales

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

8. ESCALA DE SOLEDAD UCLA REVISADA

9. ESCALA AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES (ACS)

10. INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES

11. CUESTIONARIO LOCUS CONTROL LUCAM

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

A mi padre que me permitió estudiar,
a mi madre que me dio la vida,
a mis hermanos
y a mi hija que es el futuro

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento, en primer lugar, al Dr. D. José Manuel García-Fernández, director de la tesis, sin cuyo interés y dedicación, no habría sido posible la realización de la misma. Sin duda es la persona que más ha hecho para que esta tesis se desarrolle y concluya, la ha dirigido con paciencia, ya que el proceso ha sido largo, y con claridad. Quiero agradecerle su gran disponibilidad, sus conocimientos, su apoyo en todo momento al desarrollo de este proyecto que se ha ido concretando y definiendo, con su ayuda, paso a paso. Así como la revisión del manuscrito y sus valiosas sugerencias.

Quiero agradecer, asimismo, el interés y colaboración de los Equipos Directivos de los centros públicos donde han sido pasadas las pruebas, a los psicopedagogos, logopedas, tutores, profesores de aula y a los intérpretes de Lengua de Signos que participaron en este estudio.

Agradezco a Dª Dionisia López-Cano, Profesora de Audición y Lenguaje del IES Virgen del Remedio de Alicante, su información para poder localizar alumnos sordos que estaban estudiando en centros públicos.

Agradezco a Caridad, Jefe de Estudios del IES Juan Carlos I de Murcia, su interés por facilitarme el contacto con todos los alumnos sordos de este centro y proporcionarme toda la información necesaria sobre su minusvalía.

ÍNDICE DE LAS TABLAS

Nº	Denominación de la tabla	Pág.
Tabla 1.	Grados de pérdida auditiva	17
Tabla 2.	Referencias ambientales de sonidos	18
Tabla 3.	Aspectos evolutivos según el grado de pérdida	19
Tabla 4.	Resultados de un estudio sobre el desarrollo del lenguaje oral en sordos según diferentes pérdidas auditivas	20
Tabla 5.	Teoría Reformulada del Aprendizaje-Apoyo	137
Tabla 6.	Tabla de variables	161
Tabla 7.	Distribución porcentual de la muestra experimental del ACS	235
Tabla 8.	Muestra Española para la Baremación del ACS	238
Tabla 9.	Datos de consistencia interna del Inventario de Miedos Escolares	240
Tabla 10.	Medias de la escala de Autoconcepto Piers-Harris	242
Tabla 11.	Tabla T para la Igualdad de Medias de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris	244
Tabla 12.	Medias de la escala de Autoexpectativa Académica	245
Tabla 13.	Prueba T para la Igualdad de Medias en Autoexpectativa Académica	246
Tabla 14.	Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 1	247
Tabla 15.	Prueba T para la Igualdad de Medias de Sociograma en Situaciones de Trabajo 1	249
Tabla 16.	Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 2	250
Tabla 17.	Prueba T para la Igualdad de Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 2	252
Tabla 18.	Medias Sociograma en relaciones de Amistad 1	253
Tabla 19.	Prueba T para la Igualdad de Medias del Sociograma en Relaciones de Amistad 1	256
Tabla 20.	Medias del Sociograma en relaciones de Amistad 2	257
Tabla 21.	Prueba T de Igualdad de las Medias de Sociograma en relaciones de Amistad 2	258
Tabla 22.	CEICA1. “Solución de un Conflicto sobre Cooperación Académica”	260
Tabla 23.	Prueba T para la Igualdad de Medias del CEICA1	262
Tabla 24.	Medias del CEICA 2 “Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás”	263

Tabla 25. Prueba T para la Igualdad de Medias del CEICA2..... 265
Tabla 26. Medias del CEICA3. "Conflicto sobre la utilización de los propios materiales" 266
Tabla 27. Prueba de Igualdad de las Medias para el CEICA3..... 269
Tabla 28. Medias del CEICA4. "Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre la Organización del Ocio..... 270
Tabla 29. Prueba T de Igualdad de Medias del CEICA4..... 272
Tabla 30. Medias de la escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial..... 273
Tabla 31. Prueba T para la Igualdad de Medias de las escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial..... 274
Tabla 32. Medias del EADI..... 275
Tabla 33. Prueba T para la Igualdad de Medias del EADI..... 277
Tabla 34. Medias de la Escala Aislamiento-Soledad..... 278
Tabla 35. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala Soledad-Aislamiento..... 280
Tabla 36. Medias de la escala de Afrontamiento para Adolescentes1..... 281
Tabla 37. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes1..... 283
Tabla 38. Medias de la escala de Afrontamiento para Adolescentes2..... 284
Tabla 39. Prueba T para la Igualdad de las medias de la escala de Afrontamiento para Adolescentes2..... 286
Tabla 40. Medias del Inventario de Miedos Escolares 287
Tabla 41. Prueba T para la igualdad de Medias del Inventario de Miedos Escolares..... 288
Tabla 42. Medias del Cuestionario LUCAM 289
Tabla 43. Prueba T para la Igualdad de Medias del Cuestionario LUCAM..... 290

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

INTRODUCCIÓN

El interés de dar respuesta a la problemática detectada durante varios años en los alumnos sordos e hipoacúsicos como docente y como psicopedagoga en un centro de secundaria me ha hecho emprender este proyecto para poder comprender y responder a estas necesidades.

Las consecuencias psicológicas de la discapacidad dependen de su significado social. Es la conceptualización y el tratamiento negativo de la dificultad la que origina la inadaptación social de los discapacitados. Por ello uno de los objetivos de la integración es construir un significado positivo de la discapacidad que mejore su adaptación al medio y su calidad de vida. Para que haya una buena integración hay que proporcionar comunicación sobre las necesidades de la discapacidad y la forma de responder hacia ella. De ahí la importancia que tiene en contextos de integración el que los profesores no sólo tengan una concepción positiva de la integración sino que perciban las limitaciones de los alumnos, sus posibilidades, los recursos disponibles de una forma clara, así como que se preparen para ello.

Los alumnos que realizan su integración en grupos heterogéneos, tienen una interacción mucho más compleja y oportunidades para resolver los conflictos. Para que haya una auténtica integración se han de dar muchos factores unidos porque la integración física no significa automáticamente la integración social.

Debido a los estudios actuales de la psicología que nos dicen que un nivel de autoconcepto es una condición necesaria para el bienestar psicológico, nos lleva a plantearnos qué ocurre con el autoconcepto de los sordos. Los niños y adolescentes sordos o con necesidades educativas especiales tienen más dificultades en construir un autoconcepto adecuado que los otros niños. El autoconcepto de los niños sordos es menor que el de los sujetos oyentes y además dichas diferencias aumentan en la adolescencia. La integración expone a los alumnos con necesidades educativas especiales a situaciones que generan pérdida de autoestima, al compararse con compañeros sin discapacidad ante los que se encuentran en desventaja y donde obtienen un resultado negativo.

Por eso, entre los propósitos de nuestra investigación está el conocer el autoconcepto de los alumnos/as sordos y compararlo con el de los oyentes.

Hay que apoyar la integración para que se produzca un aumento del autoconcepto en los niños con necesidades educativas especiales. Para favorecer la integración, el aumento del autoconcepto y la formación de actitudes positivas hacia los alumnos con discapacidades se han de dar estas condiciones:

a) Estimular en los alumnos la adquisición de habilidades de comparación temporal que permitan comprobar su propio progreso, así como habilidades de comparación interpersonal utilizando múltiples grupos de referencia.

b) Ayudar a aceptar la discapacidad, proporcionando contextos educativos adecuados para entender y expresar los conflictos que dicha aceptación supone.

c) Garantizar éxito y reconocimiento a todos los alumnos en actividades valoradas por el conjunto de la clase; ayudándoles a definir metas realistas.

La integración de alumnos con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria puede ayudar a todos los alumnos en la construcción de un autoconcepto positivo, actitudes positivas, una buena competencia social al proporcionar múltiples grupos de referencia así como esquemas relativistas para conceptualizar las diferencias sociales.

La adaptación escolar depende de las relaciones que los alumnos mantienen con sus compañeros. Las relaciones con los compañeros representan el contexto principal en el que se desarrolla la competencia social y se ensayan las habilidades para la adaptación a la vida adulta. Cuando un alumno es rechazado por sus compañeros la interacción con ellos suele quedar deteriorada y no cumple su función socializadora. En las relaciones entre amigos se ensayan las estrategias sociales más sofisticadas. Los niños sin amigos no pueden desarrollar su competencia social.

Cuando los alumnos que llegan a la escuela no están preparados para relacionarse con sus compañeros, las deficiencias de relación van en aumento, lo que repercute en un desarrollo normal. Hay, pues, una influencia recíproca entre la interacción entre los compañeros y la competencia social. Los problemas de relación con los compañeros no se resuelven desarrollando simplemente su competencia social, sino que requieren transformaciones más generales de la educación.

Los alumnos con necesidades educativas especiales integrados en aulas ordinarias se caracterizan por tener miedo al fracaso y, por tanto, una falta de motivación social; tendencia que impide la aceptación. Aún con todo, los alumnos con necesidades educativas especiales son rechazados por sus compañeros. Cuando explican la causa, los niños sin problemas dicen que se portan mal, cuando se ha comprobado en la práctica que no es así. La percepción de que los niños con necesidades educativas especiales se portan mal podría tener su origen en la dificultad de estos niños para hacer inferencias, comprender la situación y adaptar su comportamiento.

Otro de nuestros propósitos es:

Diferenciar la competencia social de los alumnos/as sordos respecto de la de los oyentes (evaluada a través del conocimiento de estrategias sociales).

Es posible entender la conducta humana si se sabe que las personas tratan a los miembros de los grupos ajenos como un todo unificado, sin tener en cuenta aspectos individuales. Este proceso cognitivo que nos permite agrupar a las personas supone un mecanismo de simplificación social que facilita la definición de un individuo en la sociedad y que permite establecer una diferenciación social entre el propio grupo (endogrupo) y el otro (exogrupo). La percepción de pertenecer a un grupo determinado induce a la persona a verse a sí misma como parecida a las otras del propio grupo y, en consecuencia, como distinta a los grupos ajenos.

Las personas tienden a verse a sí mismas de forma positiva y, puesto que se definen desde una determinada pertenencia a un grupo, es fácil de entender que tratarán de evaluar al grupo al que

pertenecen también de forma positiva. Por ello, la función del grupo social es proteger la identidad social de sus miembros mediante una diferenciación positiva respecto a otros grupos.

Las comparaciones con otros grupos se convierten en un aspecto importante de la propia imagen de una persona. Esto es más acusado si se pertenece a una minoría "distinta" en algún aspecto relevante para la sociedad, pues si las personas obtienen una valoración negativa, puede llegarse a interiorizar una autoimagen personal negativa en los miembros del grupo desvalorizado.

La propia existencia de agrupaciones de sordos en las que los miembros experimentan un sentido de identidad dentro del grupo es interpretada como el resultado tanto del rechazo social y aislamiento por sus pares oyentes, como de la aceptación encontrada en la comunidad de sordos. Aceptación a la que se une la búsqueda de satisfacción de necesidades específicas que no se producen en la interacción con los oyentes (búsqueda de conversación "real" sobre temas que les preocupan vitalmente, demanda de información usual y búsqueda de oportunidades para desarrollar amistades íntimas).

Esta concepción de la sordera como una diferenciación social más que como un mero déficit, junto a la identificación positiva con otros sordos, constituyen factores importantes en el desarrollo positivo de su identidad social.

Una buena evaluación debe incluir tanto elementos referidos al propio niño sordo como al contexto en que este se desarrolla atendiendo, de forma muy especial, a las características del entorno familiar y social.

Conocer cómo se enfrentan los padres y toda la familia cercana al niño ante el hecho de la sordera, en qué medida la presencia del niño sordo modifica el entorno familiar, y las interacciones entre los diferentes miembros de la familia, resulta de gran importancia, ya que un programa de intervención no debe centrarse de forma individual en el niño, sino que debe tomar en consideración su entorno familiar. Con un doble fin, para ofrecer información, asesoramiento y apoyo a los familiares del niño sordo y para obtener la necesaria implicación que favorezca un óptimo desarrollo del programa de intervención. Los

resultados de cualquier intervención son mejores cuanto mayor es el apoyo que el mismo recibe desde el hogar.

Parece ser que las dificultades de integración de los niños con necesidades educativas especiales se puede solucionar en parte con la reflexión y dramatización de conflictos emocionales junto a los compañeros y con la creación de un contexto protegido en el que un adulto ayude al niño, de forma individualizada, a reflexionar sobre sus propios procesos psicológicos. El aprendizaje cooperativo ha demostrado ser muy eficaz al desarrollar la responsabilidad social y la capacidad de cooperación.

Hemos cumplido alguno de nuestros propósitos, empezar a vislumbrar las diferencias y semejanzas entre sordos y oyentes, pero éste es sólo el comienzo de un camino que nos debe llevar a encontrar soluciones para la integración de los alumnos sordos e hipoacúsicos dentro del aula ordinaria enseñando a estos alumnos habilidades necesarias para su integración no sólo en el ámbito educativo sino, también, en el laboral, y adulto del futuro.

UM Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I. FUNCIONAMIENTO DE LA AUDICIÓN.

1. Introducción.

El problema de la audición es muy complejo, por ello, haremos un primer acercamiento a la fisiología y tratamiento de la sordera a partir del cual explicaremos la necesidad de hacer nuestra investigación.

Es característico de los problemas del sordo la evolución y desarrollo del lenguaje. Este desarrollo es diferente entre los niños oyentes y no se puede establecer una cronología precisa, en el caso de los hipoacúsicos y sordos es todavía mayor, y la intervención educativa y las interacciones con el entorno social de cada sujeto se van a ver influenciadas por el tipo y características del déficit.

En este capítulo, de una parte, tomando como base el funcionamiento de la audición, haremos una aproximación a los distintos tipos de pérdida auditiva, las causas que las producen, y los distintos grados, y de otra, mencionaremos algunos aspectos que se deben tener en cuenta en los niños con déficit auditivo, tales como las repercusiones de que los padres sean sordos u oyentes, cuando se detecta el déficit, las problemas del nivel intelectual, la influencia del ambiente socio-familiar, la atención educativa que requiere y que se le puede prestar, los tipos de tratamiento que se diseñan, y las derivadas del uso y correcta adaptación de la prótesis.

Persona sorda es aquella que no puede percibir el sonido con ayuda de amplificadores. El grado de deficiencia auditiva está determinado por la pérdida de audición expresada en decibelios, que es la medida de la intensidad sonora; si bien hay que tener en cuenta que pérdidas iguales de audición dan lugar a sorderas distintas.

El concepto de deficiencia auditiva ha ido cambiando, desde unas concepciones en las que se habla de sordera y mudez, hasta una visión actual en donde se enfoca el problema desde distintos puntos de vista:

- Epidemiológico.
    - Clínico.
    - Psicológico.
    - Pedagógico.
    - Social.

2. Mecanismo de la Audición.

Las ondas sonoras procedentes de nuestro entorno son recogidas por el pabellón de la oreja y conducidas (a través del conducto auditivo externo) hasta la membrana timpánica haciéndola vibrar y son transmitidos a la cadena de huesecillos. Luego en la cadena de huesecillos, el martillo y el yunque se mueven conjuntamente y le transmiten al estribo un movimiento propagándose por medio de los líquidos laberínticos (perilinfa y endolinfa) hasta la cúspide del caracol.

Las fibras elásticas de la lámina espiral actúan como resonadores y cada una de ellas vibra cuando le afecta un tono determinado, sabemos que las más cortas vibran con los sonidos más agudos y las más largas lo hacen con los sonidos más graves.

La vibración de las ondas sonoras excita las células sensoriales del órgano de Corti.

El funcionamiento de cada una de las partes del oído es el siguiente:

1º Oído externo: El pabellón auditivo y el conducto auditivo externo conducen las ondas sonoras hasta la membrana timpánica o tímpano.

El pabellón auditivo además actúa como caja de resonancia amplificando levemente las frecuencias agudas.

2º Oído medio: El tímpano (que es la membrana que separa el oído externo del oído medio) vibra, y estas vibraciones se transmiten hasta la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo), que las conduce hacia el oído interno (el estribo golpea la ventana oval, que ya pertenece al oído interno).

El oído medio actúa además como amplificador: la presión que teníamos en el tímpano aumenta hasta 60 veces cuando llega a la ventana oval. Esto compensa el cambio de medios por los que transcurre el sonido: aéreo en el oído externo y líquido en el oído interno. El oído medio, por otra parte, nos defiende de los sonidos muy fuertes: el tímpano y la cadena de huesecillos se inmovilizan, protegiendo al oído interno del impacto. Por tanto, podemos decir que el oído medio actúa como filtro de los sonidos.

3º Oído interno: Las vibraciones llegan hasta la perilinfa, que es uno de los dos fluidos contenido en dos de los tres conductos que forman la cóclea o caracol.

Los tres conductos que forman la cóclea son:

Rampa media.
Rampa vestibular (contiene perilinfa).
Rampa timpánica (contiene perilinfa).

La rampa media o conducto coclear (lleno de endolinfa, con alta concentración de potasio) está situada entre la rampa vestibular y la timpánica.

La perilinfa transmite las vibraciones hasta la membrana basilar, donde se seleccionan los sonidos:

- Si se trata de sonidos graves, vibra el extremo de la membrana basilar.
- Si se trata de sonidos intermedios, vibra la parte central.
- Si se trata de sonidos agudos, vibra la base.

Al vibrar la membrana basilar, el potasio de la endolinfa pasa al interior de las células ciliadas (situadas sobre la membrana basilar), que liberan un neurotransmisor sináptico, transformando las vibraciones en energía eléctrica que ya puede ser descodificada en la corteza cerebral auditiva.

En la base de las células ciliadas se encuentran las fibras nerviosas del nervio auditivo, encargadas de conducir y transmitir la información procesada por el oído hasta la corteza cerebral (según la teoría tonotópica, cada sección de la cóclea analiza las frecuencias más afines: al igual que la membrana basilar vibra diferencialmente, las aferencias nerviosas de la cóclea analizarían diferencialmente las señales recibidas).

Ventana oval

Perilinfa

Membrana basilar

Paso del potasio de la endolinfa al interior de las células ciliadas

Transformación de vibraciones en energía eléctrica

Fibras nerviosas

En resumen: Los fluidos del oído interno se ponen en movimiento, provocando que las células ciliadas transformen la energía mecánica (esto es, las vibraciones) en energía eléctrica (esto es, impulsos eléctricos) que ya puede ser descodificada por las neuronas.

4ª Hasta su llegada a la corteza cerebral, la información procedente del oído pasará por:

- *Los ganglios o núcleos cocleares* (constituyen la vía auditiva no específica para los reflejos y analizan intensidad, frecuencia, duración y localización del sonido).

- *Tubérculos cuadrigéminos* (organizan los reflejos elaborados y se produce el análisis de sonidos complejos).

- *Tálamo* (orientación en el espacio y memoria auditiva).

- *Córtex o corteza cerebral* (reconocimiento de sonidos complejos, integración del mensaje sonoro en su globalidad y asociación con otras áreas cerebrales y auditivas).

3. Origen de los Problemas de la Audición.

El conocimiento de las causas de la deficiencia auditiva nos aporta información para entender la situación, prevenir dificultades, prever posibilidades evolutivas y diseñar estrategias de intervención. Las causas pueden ser:

1. Genéticas: Cuando el factor de sordera está contenido en el gen (con carácter dominante o recesivo) de uno o ambos progenitores.

2. Adquiridas: Cuando los factores causales no se hallaban presentes en el gen, y pueden deberse a causas:

Prenatales: Si la aparición tiene lugar a lo largo del embarazo.
Infecciosa: Enfermedades maternas como la rubéola, sífilis.
Parásitas: Toxoplasmosis.
Tóxica: Estreptomicina, salicicatos, quinina con fines abortivos.

Anóxica: Por hemorragia en el período embrionario.
Incompatibilidad del Rh.

Perínatales: Cuya aparición tiene lugar durante el parto.
Traumatismos obstétricos.
Uso de fórceps.
Falta de oxígeno.

Postnatales: Si se producen después del nacimiento.
Traumatismos.
Enfermedades infecciosas.
Ototóxicos.

3. Congénitas: Son aquellas en las que la pérdida auditiva está presente al nacer, bien por causas genéticas, o bien por causas adquiridas.

La incidencia de determinadas etiologías se ha visto alterada por los nuevos avances en la prevención y tratamiento.

4. La pérdida auditiva.

4.1. Momento de la pérdida.

Es fundamental conocer cuándo se inició la sordera por sus repercusiones, tanto en el desarrollo como en la intervención. Si el niño tiene la pérdida antes de conseguir el habla, generalmente antes de los 3 años, *sordera prelocutiva*, o después de haberla adquirido, ordinariamente después de los 3-4 años, *sordera postlocutiva.*

Como sabemos, la adquisición del déficit puede ser genética, congénita, perinatal o postnatal. Por tanto, podemos encontrar una variada casuística, aunque generalmente se circunscriba a estos dos ámbitos:

a) **Sordo prelocutivo**: El niño desconoce la estructura del lenguaje, y las expectativas de alcanzar una buena adquisición comprensiva y expresiva van a depender de muchos factores, entre los que necesariamente, influirán con mayor intensidad aquellos relacionados con el grado de déficit, la inteligencia del niño, la mayor o menor calidad del entorno familiar, las habilidades comunicativas y el tratamiento adecuado que pueden aplicar especialistas y educadores. Por lo que será necesario desarrollar programas y estrategias para iniciar la adquisición del lenguaje, establecer canales de comunicación con el medio, lengua de signos u otro sistema.

b) **Sordo postlocutivo**: Ya tiene asentada la estructura del lenguaje oral, es decir cuando se han desarrollado los aspectos relacionados con la fonética, el léxico y la morfosintaxis. Será necesario un tratamiento logopédico para evitar que se produzca una regresión de los aprendizajes realizados y continuar progresando en el desarrollo lingüístico, la intervención se centrará en conservar y aumentar el nivel de lenguaje conseguido. Igualmente será necesario cuidar el impacto afectivo que la pérdida conlleva, tanto en el nivel personal, como en el familiar y social. Actuación prioritaria será restablecer los canales de comunicación con el entorno mediante escritura, lengua de signos, bimodal, nuevas tecnologías, etc.

Conrad (1979) como resultado de las investigaciones llevadas a cabo entre grupos de niños sordos congénitos, niños que habían quedado sordos entre los cero y tres años, y niños en que el déficit había acaecido entre los tres y los seis años, no encontró diferencias significativas entre los dos primeros grupos, pero sí entre estos y el tercero con respecto al desarrollo lingüístico.

No obstante lo anterior, la sordera puede haber aparecido en ese **segmento de edad** (entre el primer mes y los tres años) en el que no está asentado el lenguaje pero tampoco es del todo desconocida su existencia, estructura y cadencia. Aspecto este que debe ser también tenido en cuenta por los profesionales que atiendan al niño.

4.1. Grados de pérdida auditiva.

La audición no es problema de oír o no oír, sino que constituye un continuo que va desde una leve pérdida hasta la falta total de audición. La clasificación más aceptada de los diferentes grados de sordera es la siguiente:

Tabla 1. Grados de pérdida auditiva

Tipo de pérdida	Pérdida en dB
Audición normal	0-20 dB
Pérdida auditiva leve	20-40 dB
Pérdida auditiva moderada	40-70 dB
Pérdida auditiva severa	70-90 dB
Pérdida auditiva profunda	Más 90 dB
Cofosis	Pérdida superior a 120 dB (no existen restos auditivos)

Hay autores que distinguen entre hipoacusia y sordera:

- Hipoacusia, cuando la audición es deficiente pero funcional para la vida diaria. Pueden adquirir el lenguaje a través de la vía auditiva, aunque este lenguaje presente deficiencias en cuanto a la articulación, léxico y estructuración.

- Sordera, cuando la audición no es funcional para la vida diaria. No pueden aprender el lenguaje oral a través de la vía auditiva, sino que deben valerse de otras vías, como la visual.

La cantidad de pérdida es una variable multidimensional, ya que su incidencia, desarrollo y superación va a estar influida por el propio déficit, por la aceptación y estimulación del entorno, las posibles intervenciones médicas, los recursos utilizados, la adecuada adaptación a las prótesis y la competencia lingüística desarrollada.

Una referencia aproximada del significado del grado de pérdida auditiva en relación con el baremo de la vida diaria puede obtenerse en la Tabla 2, para el que se ha tomado como base a López Moya (1995).

Tabla 2. Referencias ambientales de sonidos

NIVEL	SONIDOS DEL ENTORNO
0 dB	Umbral auditivo
10 dB	Respiración normal, susurro a 1'5 metros
20 dB	Rumor de hojas con brisas, susurro bajo
30 dB	Música de fondo, susurro a un metro
40 dB	Despacho tranquilo, tránsito escaso
50 dB	Ruido de fondo de restaurante tranquilo
30-60 dB	Conversación entre 3 y 6 m de distancia
65-70 dB	Motor de un automóvil, estación de tren
80 dB	Calle con tráfico intenso, música clásica fuerte
90 dB	Perforadora, tráfico de ciudad
100 dB	Avión a reacción volando, ruido del metro
110 dB	Trueno, golpe de martillo sobre planchas
120 dB	Motor de reacción, banda de música
125 dB	Puede dañar el oído normal
130 dB	Ametralladora. Umbral de dolor

Según el grado de pérdida, varían las posibilidades de percepción, las necesidades del sujeto y el tipo de intervención. En la Tabla 3, exponemos con carácter orientativo las características de desarrollo en función de la pérdida auditiva, y en la Tabla 4 la evolución del lenguaje.

La pérdida de audición se puede determinar mediante diferentes técnicas de diagnóstico. El maestro puede realizar en el colegio una primera detección, e, incluso, confeccionar su propio baremo comparando los rendimientos auditivos de sus alumnos.

Además del grado, debe tomarse en consideración la distorsión que puede producir el sonido ambiental sobre la percepción y comprensión. Para que un mensaje oral pueda ser captado deberá llegar al receptor con una intensidad de, al menos, 15 dB por encima del ruido base.

Tabla 3. Aspectos evolutivos según grado de pérdida

GRADO	PÉRDIDA	CARACTERÍSTICAS EN EL DESARROLLO
Normal	Menos de 20 dB	El niño es capaz de oír sin dificultad
Leve	De 20 a 40 dB	Percibe el habla aunque pierde una parte importante de ella. Corregible con prótesis, según aumenta el nivel de pérdida. Problemas de atención, de aprendizaje, dislalias y retraso en el lenguaje. Dificultades de comprensión en ambiente ruidoso. Puede intentar pasar desapercibido y generar conductas desviadoras.
Media	De 40 a 70 dB	Dificultad de percepción del habla normal, aunque menor si la pérdida no supera los 60 dB. Puede adquirir el lenguaje oral, pero necesitará prótesis y apoyo logopédico tempranos para evitar la falta de comprensión y el retraso cognitivo. Suele hablar muy fuerte y apoyarse en la lectura labial. Distorsión al captar intensidad y entonación, e incluso percepción fragmentada, por lo que tendrá discordancias fonoarticulatorias y sintácticas, con dislalias frecuentes. Escasa relación social si no dispone de algún sistema alternativo de comunicación.
Severa	De 70 a 90 dB	Dificultad incluso para captar gritos. Percibe palabras amplificadas. No puede adquirir el lenguaje de forma natural. Necesita prótesis y apoyo logopédico tempranos para trabajar con las posibilidades auditivas que le queden. Obstáculo grave en la construcción del lenguaje, por lo que será necesario utilizar otros métodos para el aprendizaje del lenguaje.
		No puede percibir el habla. Necesita prótesis e intervención muy especializada antes de los 18 meses. Dificultad grave en la

Profunda	Más de 90 dB	construcción del lenguaje, por lo que será necesario utilizar otros métodos para el aprendizaje de la lengua.
Cofosis		Pérdida total de audición. Sólo puede percibir vibraciones y sensaciones táctiles

Tabla 4. Resultados de un estudio sobre el desarrollo del lenguaje oral en sordos según diferentes pérdidas auditivas (tomado de Marchesi, 1991)

Pérdida auditiva	1ª palabra	10 palabras	50 palabras	100 palabras
45	10 meses	19 meses	22 meses	30 meses
70	13 meses	17 meses	24 meses	26 meses
83	19 meses	22 meses	29 meses	34 meses
97	15 meses	22 meses	28 meses	33 meses
102	19 meses	30 meses	38 meses	43 meses
107	18 meses	26 meses	34 meses	36 meses
Promedios	16 meses	23 meses	29 meses	34 meses
Grupo normal	11 meses	12 meses	19 meses	20 meses

4.2. Localización de la lesión.

La evolución del niño con déficit auditivo, sus propias características, la intervención de los especialistas y las posibilidades de desarrollo social, lingüístico, afectivo y cognitivo están en función del tipo de impedimento. Según la parte del aparato auditivo en la que se encuentra la lesión, esta puede ser:

Conductivas o de **Transmisión**, a veces también llamadas **obstructiva:** Dificultad en la conducción mecánica del sonido, afecta, aproximadamente, a un 5% de la población sorda. Son lesiones situadas en el oído externo o medio que ocasionan hipoacusias leves o moderadas y generalmente tienen buen pronóstico ya que con frecuencia, pueden remediarse con técnicas quirúrgicas. Pueden deberse a:

- Obstrucción del conducto como consecuencia de una excesiva acumulación de cerumen, presencia de cuerpos extraños en el canal auditivo o el aumento de masa por algún proceso inflamatorio.
- Otitis media tanto aguda como crónica.
- Alteraciones anatómicas del pabellón o del conducto auditivo externo.
- Rotura de la membrana timpánica.
- Alteraciones en el mecanismo de funcionamiento de la cadena de huesecillos.
- Tumores o traumatismos del pabellón auricular o del conducto auditivo externo.

De **Percepción o neurosensorial**: No tienen el pronóstico de las conductivas, son alteraciones que afectan al proceso de descodificación del sonido de manera que los órganos receptores del mismo pueden estar en buen estado y captar de manera adecuada el sonido, pero la transmisión de éste no encuentra la continuidad requerida para un buen procesamiento, y no se puede trasmitir al Sistema Nervioso Central o hacerlo de forma distorsionada.

La dificultad se localiza en el oído interno, puede estar afectada la cóclea, de ahí que en ocasiones se les llame cocleares, el laberinto, el área auditiva del lóbulo temporal, las fibras nerviosas o el propio cerebro.

La mayor parte de las sorderas o hipoacusias se encuentran dentro de este grupo, y se calcula que representan, aproximadamente, las ¾ del total.

Aproximadamente un 20% de las alteraciones son genéticas, es decir, se adquieren a través de genes hereditarios transmitidos por los padres. Otras causas, que se deben citar, son las que se refieren al origen congénito o adquisición durante el embarazo. Las adquiridas con posterioridad al nacimiento son debidas, principalmente, a traumatismos o enfermedades de tipo vírico.

Mixta: Hay problemas de funcionamiento tanto en la transmisión como en la percepción. Se encuentran afectados tanto el oído externo y/o el medio y el interno. Difícil diagnóstico y mayor dificultad de tratamiento. Afecta, aproximadamente, a un 20% de la población sorda.

Psicógena: Es la deficiencia auditiva cuya naturaleza es más psicológica que orgánica. La persona psicológicamente sorda es inconsciente de que su oído funciona bien. El audiólogo detecta la posibilidad de una sordera psicógena a través de la audiometría verbal, el test de Doerfler-Stewart y la audiometría electrodérmica.

Unilateral: Afecta un oído. Pueden aprender el lenguaje oral sin problemas, pero tendrán dificultades en localizar la procedencia del sonido y captar toda la información ambiental.

Bilateral: Afecta los dos oídos. Las posibilidades cognitivas estarán en función del grado de pérdida.

4.2.1. Medición de la audición.

Las dos pruebas más utilizadas son los potenciales evocados con los bebés y, la segunda, con niños mayores de tres años, la audiometría oral.

Los potenciales evocados es la prueba auditiva más utilizada y fiable con niños menores de tres años. Se basa en el envío de estímulos sonoros a las distintas estructuras de la vía auditiva. Las señales bioeléctricas que provocan estos estímulos son recogidas por electrodos y posteriormente se registran y analizan por un ordenador.

Los potenciales evocados de latencia corta o de tronco cerebral son los más utilizados con los niños y permiten el diagnóstico auditivo en tonos medios y agudos (1000 a 4000 Hz) así como la situación de algunas lesiones auditivas mediante el estudio comparativo de las distintas ondas que se producen. Su limitación principal está en que no proporcionan un diagnóstico sobre la audición de frecuencias bajas, que justamente son aquellas en las que suele existir restos auditivos en los niños con sordera profunda.

La audiometría tonal es una de las pruebas más características y se puede empezar a utilizar con niños mayores de tres años, ya que deben ser entrenados para escuchar el sonido y dar una

respuesta. Se emplea un audiómetro, que es un aparato que emite sonidos con distintas frecuencias e intensidades. Los resultados obtenidos se expresan a través de un audiograma, que recoge la intensidad de la pérdida auditiva del niño con cada uno de los oídos en función de las distintas frecuencias.

Una vez conocida la pérdida auditiva del niño por una audiometría basada en la transmisión del estímulo sonoro a través del aire, es conveniente completarla con una audiometría de transmisión ósea con el fin de diagnosticar el tipo de sordera. La señal se transmite por un pequeño vibrador que se coloca sobre el hueso mastoides detrás del oído. El niño percibe el tono emitido directamente en el oído interno, sin que atraviese el oído externo ni el medio. De esta forma, es posible determinar si la sordera es conductiva o neurosensorial.

5. Intervención.

Si muchas son las variables que influyen en el desarrollo del niño sin ningún déficit, y se desenvuelve y supera los obstáculos con la ayuda de su familia, entorno social, sistema educativo y sus sentidos intactos, muchas más son las dificultades que confluyen sobre el que tiene deficiencia auditiva, tanto las típicas del déficit como las propias del niño, de la familia y del entorno social. Algunos aspectos que deben tenerse en cuenta para intervenir en la mayor recuperación del niño/a sordo deben ser:

- Participación de los padres.
- Detección de la pérdida auditiva.
- Nivel intelectual del sujeto.
- Entorno socio-familiar.
- Tipo de tratamientos.
- Adaptación de la prótesis.
- Atención educativa.

5.1. Participación de los padres.

Toda deficiencia auditiva requiere de una serie de precauciones con el fin de poder evitar cualquier complicación. Por ello, la prevención es la mejor manera de evitar o de agravar cualquier déficit auditivo. Lo mejor es que se explore al niño/a nada más nacer y si se detecta cualquier pequeña anomalía, hay que hacer posteriores revisiones, cuando existen dolores de oído, catarros fuertes y frecuentes o alguna enfermedad de tipo infeccioso que pueda desencadenar una pérdida auditiva.

La actitud de los padres ante la sordera de su hijo va a tener una notable influencia. Las reacciones pueden ser muy distintas. Hay padres que intentan negar su existencia y tratan a su hijo como si fuera oyente. Otros desarrollan actitudes de sobreprotección. En una posición más positiva están los padres que aceptan las consecuencias de la sordera, crean un ambiente relajado de comunicación, y se plantean aprender y utilizar con su hijo el tipo de comunicación más enriquecedor.

Un factor diferencial importante es que los padres sean también sordos u oyentes. Los padres sordos aceptan con más facilidad la sordera de su hijo, comprenden mejor su situación y ofrecen al niño un sistema de comunicación, la lengua de signos, que va a adquirir con gran facilidad. En el caso de los padres oyentes (90 % del total), experimentan mayores dificultades para encontrar el modelo de comunicación más adecuado y para comprender las experiencias vividas por el niño sordo.

Es fundamental para detectar la sordera conocer la situación familiar y de los padres para aceptar la sordera de su hijo/a. El diagnóstico de una pérdida auditiva en un hijo/a provoca en los padres sentimientos de dolor y de frustración. La identificación de la sordera es la culminación de un largo y agotador proceso emocional.

Es importante conocer cuáles son las expectativas de los padres en relación a su hijo/a sordo, en cuestiones como su desarrollo, su escolarización, etc. Los padres de los niños sordos empiezan a plantearse, más pronto que cualquier padre de hijos sin deficiencias, las posibilidades de su hijo/a para tener una vida independiente, para establecer relaciones afectivas, para tener un trabajo y asumir un papel productivo en la sociedad.

Los niños sordos hijos de padres sordos representan aproximadamente a uno de cada diez, lo que significa que una minoría de familias estarán clínicamente alertadas ante la probabilidad de tener hijos con la misma problemática, y hará que estos niños reciban con más prontitud la atención especializada estableciendo sistemas de comunicación e intervención pertinentes que serán la base para un mejor desarrollo.

Los padres oyentes, a diferencia de los sordos, se encuentran en su mayoría con un problema que desconocen, lo que dificultará, en un principio, las primeras medidas dirigidas hacia una intervención temprana.

La posibilidad de recibir una atención educativa desde el momento en que se detecta la sordera es una garantía para el desarrollo satisfactorio del niño. Una atención educativa que incluya la estimulación sensorial, las actividades comunicativas y expresivas, la utilización de la lengua de signos si el niño es sordo profundo, el desarrollo simbólico, la implicación de los padres y la utilización de los restos auditivos del niño, favorece la recuperación de las limitaciones que la sordera conlleva.

Cuando la educación se adapta a sus posibilidades, es decir, se utiliza los medios comunicativos que el niño necesita, se está favoreciendo el conjunto de sus aprendizajes. Estos objetivos son más difíciles de conseguir cuando el niño es sordo quien tiene que acomodarse a modelos educativos que se han hecho pensando en los oyentes.

Es importante analizar las características de los intercambios comunicativos que los miembros de la familia establecen con el niño/a sordo. Cuestiones como cuándo se dirigen al niño/a, con qué finalidad, cómo responden a las iniciativas del niño/a para comunicarse, qué modalidad comunicativa emplean, qué características lingüísticas tienen sus mensajes, qué tipo de producciones son las más habituales, cuáles son los refuerzos que ofrecen, sus miradas, cómo se establecen los turnos conversacionales, etc. Serán fundamentales para poder establecer una intervención dentro del hogar.

El juego espontáneo, la lectura de cuentos, los juegos rituales o las situaciones cotidianas de comer, vestirse o bañarse ofrecen ocasiones para tener intercambios comunicativos que se establecen entre el padre, la madre y los hijos/as.

Todos los programas de intervención deben implicar a los padres en su trabajo, debido a que los niños/as pasan muchas horas en casa. Los padres una vez que conocen el diagnóstico, necesitan orientación y ayuda y hasta tratamiento terapeútico (Barlet, 1990). Además se debe preparar a los padres para el proceso de escolarización, ser realistas y no crearles falsas expectativas.

5.2. Detección de la pérdida auditiva.

La detección precoz permite la posible dotación de prótesis y la pronta intervención educativa, lo que ayudará a la adquisición del lenguaje sin grave retraso. Esta detección, puede efectuarse en el bebé técnicamente, mediante otoemisiones acústicas, o por medio de la observación, a lo largo de los primeros días y en los tres primeros meses, de las actuaciones del niño ante los sonidos: si mueve los ojos ante ruidos y sonidos, si se obtiene algún tipo de respuesta refleja ante estímulos sonoros, si busca la fuente del sonido con la mirada u orientando la cabeza (4 meses), si sonríe, si comienza el balbuceo y sus vocalizaciones van aumentando como respuesta a las producidas por los adultos, si responde ante su nombre (8 meses), etc. En caso contrario, es el momento de consultar un Otorrinolaringólo.

Las pérdidas leves suelen pasar desapercibidas en los bebés, lo que tiene consecuencias en el desarrollo lingüístico y cognitivo del niño. Una pérdida de 25 dB en el mejor oído tiene un pronóstico de un año de retraso en los rendimientos escolares, si la pérdida es de 35 dB, el retraso será de dos años y si es de 45 dB puede llegar a 3 años (Cfr. Torres, 1995). No obstante, se puede evitar el retraso si se interviene antes de los 35 meses (Cfr. Torres, Urquiza y Santana, 1999).

La detección rápida de la sordera, incluso de las pérdidas ligeras, clarificará conductas que, generalmente, se achacan a problemas emocionales, desinterés, etc. Así, un niño con déficit auditivo

puede presentar problemas de atención, bajo rendimiento, escasa comprensión, timidez, inseguridad, reacciones agresivas, etc.

Pérdidas infantiles superiores a 30-40 dB perjudicarán la adquisición del lenguaje. Si la pérdida es de 35 dB el retraso escolar será de dos años, y si es de 45 dB el retraso llegará a ser de 3 años (Martín, 1989), si no se ponen a tiempo las soluciones adecuadas.

Desde el punto de vista educativo se corren grandes riesgos si se transgreden las siguientes pautas:

* En las hipoacusias profundas (por encima de 90 dB de pérdidas), las prótesis auditivas deben implantarse y la rehabilitación debe iniciarse antes de los 18 meses de edad.
* En las hipoacusias severas (entre el 70-90 dB de pérdida), antes de los 24 meses.
* En las hipoacusias moderadas (entre 40-70 dB de pérdida), antes de los 35 meses, pues hasta ese momento sordos y oyentes son equiparables en capacidad para categorizar el sistema fonológico (Clarkson, 1988; Liebermen y Blumstein, 1988; Kuhl y Miller, 1990; Miller, 1990; Burnham et al. 1991).

5.3. Nivel intelectual del sujeto.

Aunque el cociente intelectual (C.I) tiene actualmente interés relativo y se encuentra en decadencia, es una variable a tener en cuenta tanto por la problemática que implica su medida en los niños deficientes auditivos, como por las posibilidades de baja puntuación por variables no imputables a déficit mental. En este sentido, es necesario hacer hincapié en que los tests o pruebas que se utilicen para determinar el C.I. de los sordos deben estar adaptados a ellos.

Si la inteligencia se desarrolla en la interacción social (Vigotsky, 1984), es clara la necesidad imperiosa de incentivar tal relación social tanto en el niño sordo como en el hipoacúsico.

La sordera, por sí misma, no implica discapacidad intelectual, pero sí va a limitar el desarrollo intelectual y las posibilidades de comprensión del niño si no se establecen los canales de comunicación que posibiliten la relación social y el desarrollo de estrategias para la obtención, procesamiento y evocación de la información.

Sabemos que los chicos sordos son "normales" desde el punto de vista intelectual pero muestran en relación con los oyentes unas puntuaciones inferiores en tareas como comprensión y uso de relaciones abstractas (Conrad, 1979; Furth, 1973), categorización conceptual (Liben, 1979; Ottem, 1980), matemáticas (Karchmer, 1985), lectura (King y Quigley, 1985) y escritura (Greenberg y Kusché, 1987).

Esta falta de rendimiento académico no depende de la modalidad lingüística empleada en su educación (Moores, 1990). Pero hay un mejor rendimiento entre los chicos sordos hijos de padres sordos que los hijos de padres oyentes, siendo los chicos oyentes mejores que los sordos.

El rendimiento académico del chico sordo tiene relación con aspectos como la edad en la que se aprende el lenguaje, el aprovechamiento del aprendizaje en el aula, su grado de inteligencia, su motivación para el logro y por su sistema de valores.

Los chicos sordos que han llegado a los estudios universitarios son pocos. El fracaso escolar en los sordos es muy habitual. Este problema de los sordos está en su funcionamiento cognitivo, lo que ha hecho interesarse por el estudio de su inteligencia.

En estos estudios se ha puesto mayor atención a las habilidades perceptivas y conceptuales que están asociadas al CI pero que no provienen directamente de él. Los tests presentados a chicos de *Relaciones de figura-Fondo, Perseveración y Reproducción de Patrones* del estudio de Myklebust y Brutten (1953) indicaron que la sordera causa una alteración en la respuesta normal de organismo y que los sordos presentaban un funcionamiento visual inferior a los oyentes.

Se encontraron resultados iguales en los estudios realizados con tests de memoria y creatividad, lo que hace que Myklebust concluya que los sordos son cognitivamente más concretos y menos abstractos que los oyentes.

Los trabajos llevados a cabo entre los años 60 y los 80 por Rosenstein (1961), Furth (1966) y Vernon (1967) descubrieron que las diferencias existentes entre sordos y oyentes son debidas al ambiente (es decir, al medio en el que se desarrolla el niño sordo, la atención que se le preste y la dotación de recursos materiales y humanos) o al tipo de tareas que se les presentan para medir su inteligencia.

La prueba de inteligencia WISC-R proporciona buenos resultados en niños sordos de edades entre los 9 y 16 años. El CI se calcula normalmente a partir de los datos obtenidos de los distintos subtests de la escala Manipulativa. Se puede decir que los chicos sordos obtienen resultados dentro de la normalidad en las pruebas manipulativas de los tests de inteligencia.

Pero esta aparente normalidad en la inteligencia de los chicos sordos no se refleja en su rendimiento académico. Una investigación realizada en EEUU de los años 69 a 71 con el test de Rendimiento Escolar Stanford mostró que los chicos sordos presentaban un resultado en lectura mejor que en otras áreas académicas durante los tres primeros años de escolarización. Pero después esta mejora iba decreciendo a partir de los 12 años. El incremento estaba inversamente relacionado con el grado de pérdida auditiva. Los chicos sordos con deficiencias asociadas obtenían peores resultados. El comienzo temprano de la escolarización estaba relacionado con un aumento más rápido de la capacidad lectora. También se han encontrado diferencias dependiendo de si los padres son oyentes o sordos.

5.3.1. El Desarrollo de la Inteligencia en los sordos según Piaget.

Existen pocos trabajos sobre los niños sordos durante sus primeros años, debido a la dificultad de detectar la sordera y a los problemas metodológicos que implican las investigaciones con bebés sordos.

La Inteligencia Sensoriomotriz.

La sordera, según decía Piaget no produce trastornos en la inteligencia práctica que el niño elabora durante el primer año y medio o dos años de su vida. La construcción de los primeros esquemas y coordinaciones intersensoriales (excepto los que se refieren a la audición y fonación), y los objetos independientes de la acción del niño, no son diferentes a los de un bebé oyente. Pero hay que tener en cuenta que el desarrollo psicológico funciona como una totalidad de tal manera que las relaciones afectivas y sociales constituyen el motor sobre el que se va a desarrollar la inteligencia. Por esto si la familia del bebé acepta bien la sordera y es capaz de establecer unas buenas relaciones afectivas y de comunicación con el niño facilitará el desarrollo de sus potencialidades psicológicas.

Las investigaciones de Best y Roberts (1976) y Bonvilliam (1983), encontraron que los niños con deficiencias auditivas se desarrollan dentro de un patrón normal en estas primeras etapas de la vida.

Marchesi y col. (1987) ha realizado un estudio longitudinal con niños sordos profundos, educados en distintos ambientes lingüísticos (lengua de signos, oral y mixto). No se han encontrado diferencias entre sordos y oyentes en aspectos como permanencia de los objetos, desarrollo de medios para obtener sucesos deseados, desarrollo de la imitación gestual, desarrollo de la causalidad y construcción de relaciones espaciales.

Desarrollo de la Representación y de la Simbolización.

Se ha comprobado que la génesis de la representación y la función simbólica dependen de la interacción y de la comunicación entre niños y adultos.

Marchesi y col. (1987) han analizado la génesis y evolución de las capacidades de comunicación y simbolización y han visto que los niños sordos presentan un desarrollo normal: utilizan instrumentos para obtener fines y desarrollan la imitación. Se ha visto que la posibilidad de que el niño establezca pautas de interacción, comunicación y juego en sus relaciones fundamentales no va a depender sólo del grado de pérdida, sino de la aceptación de la sordera por sus padres y del tipo de lenguaje que utilicen

para dirigirse a su hijo/a. Por ello, la capacidad de relación simbólica en estos niños estará en función de la calidad y cantidad de la relación afectiva y de la interacción que se establezca entre el niño y sus familiares.

Cuando la pérdida auditiva es severa, los niños sordos de padres sordos, que se comunican de forma espontánea con sus padres mediante el lenguaje de signos, son los que consiguen un mejor desarrollo y más parecido al de los oyentes. En cambio, los niños sordos que utilizan sólo el lenguaje oral y la lectura labial, presentan importantes retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje (Marchesi, 1987).

Caselli (1983) estudió la adquisición del lenguaje de signos en niños sordos de edades comprendidas entre 8 y 24 meses, comparándolo con un grupo de niños oyentes de las mismas edades. Encontró las mismas etapas y la misma secuencia de desarrollo para los dos tipos de lenguaje (oral y signado): al principio los niños sordos y oyentes se comunicaban mediante signos deícticos y después aparecían los primeros gestos referenciales (signos y palabras), que primero se vinculan a los esquemas de acción y que progresivamente se van independizando de ésto y utilizándose en contextos cada vez más diferenciados. Entre los 17 y 18 meses, tanto los niños sordos como los oyentes, empiezan a combinar dos elementos en sus emisiones lingüísticas.

El estudio de Marchesi y col. (1987) señala que los primeros signos de los sordos aparecen a la misma edad que las palabras para los oyentes, cuando los padres se comunican con los niños mediante algún tipo de lenguaje signado. Pero, las palabras se adquieren con un considerable retraso en los niños sordos con comunicación bimodal y más en los que utilizan la oral. Respecto al desarrollo sintáctico, aparecen en las mismas edades en los niños sordos (con lenguaje de signos y bimodal), que en los oyentes. Pero los niños sordos que usan el lenguaje oral tienen un gran retraso en el desarrollo sintáctico. Respecto a las funciones comunicativas, son los niños oyentes y los sordos de padres sordos los que desarrollan esas funciones antes y con mayor variedad, seguidos por los niños sordos de lengua bimodal. Los niños con lenguaje sólo oral son los más atrasados.

Se ha visto que existen limitaciones y retrasos en el desarrollo del juego de ficción en estos niños. Su desarrollo depende del nivel de comunicación y desarrollo lingüístico que el niño tenga.

Marchesi y col. (1987) estudiaron este tipo de juego en relación con las entradas lingüísticas al que el niño está expuesto (signado, oral o bimodal). El desarrollo del juego se analiza en relación a cuatro dimensiones: descentración, que se refiere a la capacidad cada vez mayor para centrar el juego en otras personas o cosas diferentes al niño y para simular acciones de otros; sustitución de objetos o utilización de símbolos; integración, referida al grado de complejidad estructural del juego; y planificación, donde se analiza la capacidad creciente del niño para planificar y organizar una secuencia de juego.

Los resultados de este estudio nos dicen que la descentración e integración se desarrollan de forma paralela en todos los niños. Las dimensiones de sustitución y planificación están claramente en función de la evolución lingüística de los niños, sobre todo la capacidad de planificación, en la que sólo progresaron los oyentes y los sordos con lengua de signos.

Las Operaciones Concretas.

Entre los años 60 y 70 se realizaron muchos trabajos potenciados por el desarrollo de la teoría piagetiana. Las predicciones que se hacen desde esta teoría del desarrollo cognitivo de los sordos son muy optimistas, porque las operaciones concretas se originan en la acción y son independientes del desarrollo lingüístico. Furth (1966) recoge pruebas sobre la formación de los conceptos de identidad, simetría y oposición, pruebas de laboratorio sobre memoria y percepción y tareas piagetianas (conservaciones y clasificaciones).

Pero estas investigaciones adolecen de una serie de defectos y sus conclusiones no son uniformes:

1) Parten de la idea de que los sordos profundos son personas sin lenguaje.
2) Suelen considerar a los niños sordos como un grupo homogéneo, sin tener en cuenta el tipo de lenguaje que utilizan ni el nivel de desarrollo lingüístico alcanzado.
3) No tienen tampoco en cuenta el ambiente familiar ni educativo.

Parece haber un retraso en tareas de “más”, “menos” o “igual” en niños sordos, que desaparece cuando éstos son entrenados. Este retraso desaparece casi totalmente en la conservación del peso pero no en el de la sustancia.

Los estudios sobre las tareas de clasificación no dan resultados definidos. Asensio (1965) hizo una revisión literaria sobre las tareas de clasificación y encontró un solo trabajo de los seis en que los niños sordos presentaban retraso. Furth (1966) realizó una serie de pruebas con niños de 7 a 12 años, en las que el sujeto debía clasificar ciertos materiales atendiendo los criterios de identidad, simetría y oposición. No se encontraron diferencias apreciables entre sordos y oyentes en las dos primeras pruebas, mientras que en las tareas de oposición los sordos mostraron grandes desventajas respecto a los oyentes en todos los niveles de edad. Estos resultados se explican por el diferente contenido de las tareas: mientras que las dos primeras (identidad y simetría) se realizaron con un material visual o figurativo, la prueba de oposición necesitaba de un buen dominio del lenguaje.

Best (1970) mostró en un estudio la importancia del lenguaje para la resolución de estas pruebas, ya que fueron los niños oyentes los que tuvieron mejores resultados seguidos por los sordos con mayor nivel de lenguaje oral y signado.

En las operaciones espaciales, Marchesi (1987), encontró un retraso medio de unos dos años cuando comparó el rendimiento de los niños sordos y oyentes en las tareas de localización de lugares topográficos y coordinación de perspectivas. Atribuye ese retraso principalmente al papel que cumple el lenguaje a la hora de superar rigidez del pensamiento y la centración en el propio punto de vista. Los resultados son los mismos en los niños sordos y oyentes en operaciones de seriación y orden, imágenes del resultado del movimiento, las operaciones espaciales, la conservación de líquidos, la conservación de la longitud y las imágenes de la trayectoria de los objetos en el espacio.

Se cree que el lenguaje puede tener más influencia en algunas de las tareas de operaciones concretas de lo que pensaban Piaget y Furth.

El Pensamiento Formal.

Desde la teoría de Piaget se concede al lenguaje un lugar importante para el razonamiento mediante hipótesis. La posibilidad de que los sordos utilicen esta forma de pensamiento estará en función de su competencia en alguna clase de lenguaje.

En 1961, Furth y Yuonis (1966) estudiaron el pensamiento en adolescentes y adultos sordos, mediante una serie de pruebas complejas de clasificación que implican un cambio de criterio y utilización de las conectivas lógicas. En una de estas tareas "el empleo y descubrimiento del símbolo lógico", se estudiaba el descubrimiento y la posterior utilización de signos no verbales que se referían a la conjunción, la negación y disyunción excluyentes. Los sordos fueron inferiores a los oyentes en tareas de descubrimiento pero no en su utilización, por lo que se deduce que la utilización de las conectivas lógicas no se ve afectada por el déficit lingüístico.

En 1971, Furth y Yuonis estudiaron las capacidades de los sordos y oyentes para resolver tareas clásicas de operaciones formales. Marchesi, Asensio e Iglesias (1979), investigaron el comportamiento de los sordos y oyentes en una prueba formal de combinatoria que implica la comprobación de hipótesis. Los oyentes fueron muy superiores a los sordos de su mismo nivel educativo y social en la resolución de problemas. Asensio y Carretero han comparado el rendimiento de adolescentes sordos, ciegos y oyentes en una prueba de razonamiento proporcional utilizando la prueba piagetiana clásica de la balanza adaptada por Siegler en 1978. Se obtuvieron resultados peores en los sordos que en los oyentes.

Los sujetos sordos parecen tener mayores problemas que los oyentes en el acceso al pensamiento formal y abstracto

5.4. Entorno socio-familiar.

El medio externo en el que se desarrolla el niño hipoacúsico o sordo, la atención que se le preste y la dotación de recursos materiales y humanos, van a ser fundamentales para su desarrollo, como hemos comentado anteriormente.

Uno de los primeros aspectos familiares que van a influir sobre el niño con deficiencia auditiva es el impacto causado en la familia, que puede retardar su aceptación y el establecimiento de la comunicación, por el desconocimiento del significado del déficit. En este sentido, suelen tener menos problemas los niños sordos con padres sordos, ya que tienen los medios de comunicación conseguidos, comprenden y aceptan mejor la dificultad.

Cómo se enfrentan los padres y toda la familia ante el hecho de la sordera, en qué medida la presencia del niño sordo modifica el entorno familiar, y las interacciones entre los diferentes miembros de la familia, resulta de gran importancia, porque un programa de intervención no debe centrarse sólo en el niño, sino también tomar en consideración el entorno familiar para ofrecer información, asesoramiento y apoyo a los familiares y para obtener la implicación que favorezca el desarrollo del programa de intervención. Los resultados de cualquier intervención son mejores cuanto mayor es el apoyo que el chico/a sordo recibe en el hogar.

Otro aspecto es el nivel social, económico y cultural de la familia, dado que le va a permitir tanto la estimulación temprana como la consecución de recursos. En este bloque debe incluirse también la ubicación por la diferencia de posibilidades según que el domicilio sea rural o urbano.

En cualquier caso, los niños sordos con padres, que comprenden su dificultad y que establecen comunicación fluida, suelen ser aceptados con menos dificultad y tener un buen desarrollo.

Los padres deben saber que el niño sordo tiene más posibilidades si:

- Se inicia la intervención inmediata
- Dispone de una rica estimulación sensorial
- Realiza actividades comunicativas
- Consigue el desarrollo simbólico
- Son participativos
- Utilizan los restos auditivos

Lo que sucede en el ámbito familiar de cualquier alumno tiene una gran importancia en su desarrollo y aprendizaje. Las relaciones que existen en la familia, el clima social y emocional, el seguimiento de los progresos del niño, y las expectativas hacia él son factores que tienen una gran influencia en la evolución de todos los niños. En el caso de los niños sordos se añade el tipo de comunicación que se utiliza en el hogar.

La forma y el estilo de comunicación que utilizan los padres con el niño sordo tiene una gran importancia para su desarrollo y aprendizaje. En el caso de que los padres sean también sordos existirá un mayor conocimiento de las consecuencias de la sordera y una comunicación en la lengua de signos, lo que facilitará las relaciones familiares. Cuando los padres sean oyentes, necesitarán una mayor información sobre el mundo del sordo y sobre el mundo de comunicación más adecuada para su hijo. Es importante que exista una estrecha coordinación entre el modo de comunicación que se emplea en la familia y el modo de comunicación que se utiliza en el colegio.

Las capacidades del niño (capacidades comunicativas, cognitivas y sociales, posibilidades de aprendizaje) son un objetivo imprescindible en toda evaluación psicopedagógica.

Esta información inicial se completa con el análisis de las capacidades más importantes del alumno en relación con su proceso educativo: área comunicativo-lingüística (conocimiento del nivel fonológico, morfosintáctico y pragmático que ha alcanzado el niño en su comunicación oral y en la lengua de signos). La información que proporcionan padres y profesores es imprescindible para realizar una evaluación completa.

El desarrollo cognitivo es otra de las dimensiones importantes que debe tenerse en cuenta. A partir del juego que realiza en compañía de sus padres o de otros niños se puede también analizar su nivel y estilo comunicativo.

Se han realizado algunos estudios sobre la comunicación temprana en niños sordos. Gregory y Mogford (1981) analizaron tres aspectos de la comunicación entre la madre y el hijo/a durante el primer año de vida: la alternancia, la referencia conjunta y los juegos de anticipación.

La alternancia se refiere a la progresiva percepción del papel que debe ocupar cada uno de los interlocutores. Cuando uno toma la iniciativa, el otro espera el turno para intervenir. Las observaciones realizadas con los niños sordos indican las dificultades de esta alternancia: los tiempos que madre e hijo/a vocalizan juntos son más frecuentes que cuando el niño/a es oyente.

La referencia conjunta es un indicador de las actividades que la madre y el niño/a realizan atendiendo a las mismas cosas y acompañando esta atención compartida con vocalizaciones y expresiones lingüísticas. Estas expresiones se convierten posteriormente en un instrumento para regular la atención del niño/a sordo. El niño sordo no ha establecido una relación estable del rostro de la madre con los sonidos y la comunicación. Tampoco las vocalizaciones han sido percibidas en las acciones de ambos con los objetos. Por ello, el niño sordo disminuye la búsqueda del rostro de la madre y ésta no puede utilizar las vocalizaciones para regular la atención del niño/a.

Los juegos de anticipación, en los que madre e hijo/a aprenden un papel que se repite, permiten que el niño/a realice las acciones previstas y las alterna con las de la madre. De esta forma se establece una estructura interactiva análoga a la que se creará después con los intercambios lingüísticos. Estos juegos se acompañan y refuerzan con expresiones orales. Aunque podrían utilizarse en los niños sordos señales táctiles manuales, lo que se ve es que las madres de los niños sordos disminuyen significativamente este tipo de juegos.

Estas mayores dificultades en la comunicación temprana entre el niño/a sordo y la madre puede ser debida al problema de la atención dividida (Woods y otros, 1986). El niño/a sordo no puede atender al rostro del adulto para percibir su atención comunicativa y mirar al objeto al que se está haciendo referencia. Mientras que el niño/a oyente mantiene la información simultáneamente, el niño/a sordo debe hacerlo secuencialmente. Estas dificultades que producen frustración en el adulto, conducen a disminuir las expresiones orales y los juegos de alternancia, y a ir adquiriendo un estilo comunicativo más controlador. A través del control más directo de la atención del niño/a sordo se pretende que se centre en los aspectos relevantes de la información que se transmite. Sin embargo, esta comunicación más directa lleva al niño/a sordo a una actitud más pasiva y menos interesada en los intercambios comunicativos.

Hay que valorar el tipo de comunicación que se establece con el profesor y los compañeros. Es preciso conocer si el modo de comunicación utilizado favorece los intercambios comunicativos y si permite que el niño sordo acceda con facilidad a los aprendizajes escolares. También es importante tener en cuenta la necesidad de interacción del niño sordo con otros compañeros o personas sordas.

No debe olvidarse que las personas sordas forman un grupo sociocultural con una organización, actitudes, valores y estructuras sociales diferentes. Forman organizaciones sociales donde se sienten fuertemente vinculados y actúan como auténticos centros de convivencia favoreciendo el desarrollo personal, social y comunicativo de los jóvenes y adultos sordos.

Esto debe traducirse en lo que respecta a la educación en una oferta bilingüe y bicultural. Es importante que se incorporen personas preparadas en Lengua de Signos, y profesores sordos para que los alumnos tengan figuras de identificación personal y social sordas y oyentes.

La educación del niño sordo supone un conjunto de decisiones a lo largo del proceso de enseñanza. Hay algunas especialmente importantes como los sistemas de comunicación, las adaptaciones curriculares y el tipo de escolarización.

Los sistemas de comunicación en el Sur de Europa han defendido siempre la comunicación oral en la educación de los sordos. La consideración de la lengua de signos como un conjunto de gestos icónicos y poco estructurados, y el miedo a que su utilización interfiera en el aprendizaje de la lengua oral ha conducido a rechazar la incorporación de sistemas manuales de comunicación en las escuelas para sordos.

Se ha comprobado que la utilización de métodos exclusivamente orales no ha conseguido que los alumnos sordos alcancen niveles satisfactorios en lectura labial, expresión oral o lectura de textos escritos.

Además, los estudios sobre la lengua de signos han establecido su valor lingüístico y su capacidad para expresar no sólo la realidad concreta sino también el mundo poético y abstracto.

No hay que olvidar también tener en cuenta que los estudios sobre la adquisición temprana de la lengua de signos por los niños sordos tienen una influencia positiva en inteligencia, comprensión lingüística, vocabulario y lectura labial.

5.5. Tipos de Tratamientos.

Una vez detectada la deficiencia auditiva, se impone iniciar la intervención más adecuada, la cual puede ser con medicamentos, audioprotésica, quirúrgica y logopédica, en función del tipo, causa y grado, como vemos a continuación:

a) Medicamentos: En caso de inflamaciones, infecciones, etc. que dificultan la transmisión del sonido

b) Audioprotésicos: Equipos que amplifican el sonido o sustituyen células dañadas, audífonos, emisoras FM, vibradores, implantes cocleares.

c) Quirúrgicos: Por la existencia de tumores, otosclerosis (formación de hueso esponjoso detrás y delante del estribo).

d) Logopédicos: En todos los casos necesitará el apoyo y seguimiento logopédico, tanto para la adquisición del lenguaje como para su desarrollo.

Hablaremos de las intervenciones que nos parecen más importantes. Los chicos/as sordos e hipoacúsicos necesitan una doble intervención: la clínica (para intentar corregir las causas físicas de la pérdida auditiva) y la educativa (para minimizar las consecuencias psicológicas de la pérdida auditiva).

5.5.1. Intervención Logopédica.

5.5.1.1. Adaptación Protésica.

La mayoría de los niños/as se pueden beneficiar de las prótesis, pero en unos el resultado es mejor que en otros, en función de la pérdida auditiva. Los niños con una pérdida media o moderada, con su prótesis, no van a tener problemas para aprender a hablar y poder comunicarse con sus compañeros. En cambio, los niños con sordera severa o profunda van a necesitar otras ayudas especiales, como la lectura labial.

Las prótesis pueden ampliar entre 30 ó 40 dB o de 60 a 70 dB en determinadas frecuencias. Por eso no sólo es importante adquirir una buena prótesis, sino conseguir una adaptación adecuada. La prótesis capta todos los sonidos del entorno sin ninguna selección y hay que enseñar al niño/a a oír con ella, esto requiere de un aprendizaje, en el cual se le enseña a detectar, discriminar, identificar y comprender y de esto se encarga el especialista del lenguaje.

En los niños sordos o hipoacúsicos que utilizan audífonos, se hace necesaria la adaptación que permita la recepción del sonido con todos los rasgos característicos del mismo, en las mejores y óptimas condiciones posibles.

Con frecuencia el niño sordo, en determinadas situaciones escolares, tiende a evitar el uso de la prótesis por diferentes motivos. En ocasiones es por molestias a la hora de realizar actividades deportivas, juegos con los compañeros, etc. Esto no beneficia en nada su desarrollo y, por lo tanto, es necesario evitarlo. Ello es posible si tenemos en cuenta que cuando un alumno se quita el audífono es por sentirse incómodo y, por lo tanto, parece obvio que una adecuada adaptación y acomodación facilitará su uso. La investigación y la técnica alcanzada en este campo junto al control médico y audioprotésico son de extraordinaria importancia habida cuenta que la adaptación es personal, es decir debe acoplarse con precisión a las características anatómicas de cada sujeto teniendo presente que estas varían con el crecimiento del propio niño.

En conclusión, una buena adaptación que favorezca el desarrollo y la integración del lenguaje en el niño con déficit auditivo será aquella que no produzca molestia física, que no origine "pitidos" por una defectuosa regulación del sonido, y que se ajuste confortablemente y en condiciones óptimas de utilidad, para que el niño la encuentre útil como medio que posibilita la necesaria comunicación con los demás.

5.5.1.2. Lingüística.

En este tipo de intervención han surgido muchas polémicas. Todas las discusiones se pueden sintentizar en dos enfoques, a veces, enfrentados, el enfoque oralista y la lengua de signos. Después de una tendencia oralista, ha empezado a surgir el interés por la lengua de signos, por ejemplo los trabajos de Triadó y Fernández Viader (1992) en los que aparecen datos significativos a favor del empleo del lenguaje de signos con los niños/as sordos. Es necesario, sin embargo, que los profesionales (psicólogos, logopedas y profesores) se pongan de acuerdo con las características, necesidades cognitivas, lingüísticas y sociales de cada niño/a y su familia y les propongan el enfoque más apropiado a su problema.

5.5.1.3. Comunicación Oral.

Se potencia la comunicación oral y se intenta que el niño sordo aprenda el lenguaje como un medio de integrarse en una sociedad de oyentes. Por ello, se intenta que los niños/as sordos aprendan un lenguaje oral y para ello se servían de la lectura labial, pero no les enseñaban signos para no entorpecer el lenguaje oral. Para esto el alumno/a debe tener buena visibilidad de los labios del interlocutor e iluminación, para que se vean las expresiones del habla. La familia y todos los especialistas deben favorecer el ambiente para que se desarrolle la comunicación. Pero la facilidad que pueden tener los niños para comunicarse depende del origen y pérdida de la deficiencia auditiva, y del momento de iniciación de la misma.

En cuanto a la metodología utilizada en la comunicación oral tenemos la verbo tonal y lectura labial.

El método verbotonal consiste en desarrollar habilidades de comunicación en los niños/as para así conseguir un aprendizaje sin problemas e intentan al mismo tiempo que el niño/a sordo adquiera un lenguaje espontáneo. El profesor Peter Guberina creó este método.

Abarca dos campos el individual y el grupal. En el grupal se realizan sesiones con ritmos fonéticos y lenguaje estructural global auditivo y visual. Este método no está extendido en la CEE, pero sí en España.

La lectura labial trabaja estudiando la expresión del hablante, así como la forma de mover los labios. A través de ellos detecta los diferentes fonemas, y ayudado de esta lectura puede saber lo que le están diciendo.

5.5.1.4. Comunicación gestual.

Incluye todos aquellos lenguajes en los que intervienen los signos. Su objetivo principal es que el niño sordo se comunique mediante signos, aunque también se pueden ayudar de la lectura labial. Lo que se pretende con este método es que el niño/a sordo se integre en la sociedad de los sordos y oyentes.

La dactilología: Juan Pablo Bonet (1620) creó un alfabeto de signos, el cual se realiza a través de movimientos de las manos y los dedos. De esta manera se forman palabras, frases y oraciones. Se suele utilizar como ayuda, aunque algunos sujetos lo utilizan para comunicarse. La dactilología en la actualidad se utiliza para palabras nuevas, nombres propios y palabras sin equivalencia en la lengua de signos.

La comunicación total intenta englobar todos los modelos. Se quiere que el sujeto aprenda el habla, se le estimula auditivamente, lectura labial, lenguaje de signos, gestos y dactilología, es decir, el sujeto tiene todas las posibilidades para no perder nada de información.

La Palabra Complementada o Cued-Speech es un sistema de movimientos manuales, creado por Cornett (1967) que se combinan con el habla para hacer la fonética más clara mediante la visión. Su

objetivo es permitir que el niño sordo aprenda el lenguaje por medio de la lectura del movimiento de los labios con la ayuda de señales suplementarias. Su objetivo principal es facilitar la comprensión del lenguaje oral por medio de señales manuales.

La ventaja principal de este sistema es que favorece la discriminación fonética y facilita la lectura labial. Sin embargo, no ayuda a la expresión comunicativa, ni procura un medio alternativo de comunicación a los niños con graves problemas para la utilización de la lengua hablada.

A pesar de los inconvenientes mencionados, se considera que es una forma de que los niños/as sordos aprendan el lenguaje, porque a través del signo comprenden los rasgos fonéticos que no percibe el oído. Sigue la estructura del lenguaje hablado.

Este método ha dado muy buenos resultados en el aprendizaje de la lectoescritura con sordos, pero al dejar la escolarización los niños/as cambian este lenguaje por el gestual.

La lengua de signos es un lenguaje que se ha desarrollado independiente del lenguaje oral, por lo que tiene su estructura sintáctica y su propia organización. Este lenguaje ha adquirido mucha aceptación entre los sordos prelocutivos.

Sistemas de Comunicación Bimodal.

El sistema bimodal supone la utilización simultánea del habla y de los signos. Es una comunicación en dos modos: el oral y manual. Esta característica proporciona su denominación de "bimodal". El sistema bimodal se estructura en torno a la lengua oral, que es la que establece el orden de la frase y la sintaxis. Los signos, que proceden la mayoría de la lengua de signos, se expresan al mismo tiempo que las palabras, por lo que se produce un único mensaje en dos modos de comunicación.

Este sistema manual adopta diversas concreciones: En EEUU se han desarrollado varios modelos que tratan de mantener un paralelismo con la lengua oral, por lo que se han creado de forma artificial signos para expresar aspectos morfosintácticos: plurales, desinencias verbales, conjunciones,

etc. En la mayoría de los países europeos los signos siguen el orden del lenguaje oral pero se ignoran los cambios morfológicos.

Estas variaciones apuntan a la existencia de distintos sistemas bimodales en función de su correspondencia con la estructura de la lengua oral. El inconveniente principal se sitúa en su artificialidad, ya que el modo signado no constituye una lengua.

Enfoque Bilingüe.

El valor de la lengua de signos y su utilización por la comunidad sorda han conducido a reforzar la opción comunicativa con los niños sordos: el bilingüismo. La comunicación bilingüe supone utilizar dos lenguas con las personas sordas: la lengua de signos y la lengua oral.

Este enfoque bilingüe puede tener dos alternativas: el bilingüismo sucesivo, en el que primero se utiliza la lengua de signos y después, a los 6-7 años, la lengua oral, y el bilingüismo simultáneo, en el que ambas lenguas se emplean desde el comienzo en la comunicación del sordo.

Hay dos razones que defienden la utilización del bilingüismo en la comunicación de los sordos profundos. Primero, el hecho de que la lengua de signos sea un sistema lingüístico estructurado, con una coherencia interna y un sistema de reglas capaz de producir todo tipo de expresiones y significados. Segundo, la presencia de una comunidad sorda que utiliza la lengua de signos como una lengua propia. Sus dificultades se encuentran sobre todo en la práctica: formación de padres y profesores, e incorporación de personas sordas expertas en lengua de signos en las escuelas.

5.6. El Desarrollo Comunicativo y Lingüístico.

5.6.1. La adquisición del lenguaje oral.

El proceso de adquisición del lenguaje oral por niños/as sordos profundos es muy diferente al de los niños/as oyentes o al de los propios sordos en relación a la lengua de signos.

Los niños/as sordos se enfrentan a un difícil y complicado problema como es el de acceder a un lenguaje que no pueden oír. Su adquisición no es un proceso espontáneo y natural, sino que es un difícil aprendizaje que debe ser planificado de forma sistemática por el adulto. Las palabras se van incorporando poco a poco al vocabulario del niño/a sordo por lo que los padres deben trabajar durante mucho tiempo en este vocabulario que deben adquirir.

Gregory y Mogford (1981) comprobaron que los niños sordos profundos no alcanzaban las diez palabras hasta los dos años de edad, lo que supone un retraso de casi un año en relación con el grupo de niños oyentes. Pero, no encontraron que estos niños/as desarrollaran algún tipo de expresión signada o que sus gestos tuvieran una mayor importancia que en los niños/as oyentes. Si embargo en otras investigaciones se ha visto una progresiva presencia de los gestos simbólicos en los niños/as sordos que sólo estaban expuestos a la lengua oral.

Goldin-Meadow y Feldman (1975) observaron a cuatro niños sordos profundos de año y medio a cuatro años de edad. Sus padres oyentes habían decidido una educación exclusivamente oral. Estos autores observaron que los niños sordos desarrollaron un sistema de gestos propios para comunicarse, en el que se producían combinaciones de gestos para simbolizar relaciones semánticas.

La importancia de los gestos en el desarrollo comunicativo de los niños sordos educados en un ambiente lingüístico oralista ha sido puesta de manifiesto por Mohay (1982, 1990).

5.6.2. La adquisición de la lengua de signos.

Los estudios realizados sobre la adquisición de la lengua de signos han comprobado que su evolución es semejante a la que se produce en los niños oyentes en relación a la lengua oral.

En el estudio de Pettito y Marentette (1991) el análisis de la actividad manual de los niños sordos signantes puso de manifiesto que gran parte de esta actividad constituía un auténtico balbuceo manual, semejante al balbuceo vocal de los niños oyentes. Esta similitud se manifestaba:

1) Porque se producía reduplicación de expresiones.
2) Además aparecía una etapa de balbuceo manual silábico como ocurre en los oyentes.
3) Los progresos de los niños sordos en el balbuceo manual eran semejantes a las etapas encontradas en el balbuceo vocal de los niños oyentes.
4) El balbuceo manual manifestaba el ritmo, la duración y posibles configuraciones manuales de la lengua de signos empleada por padres, de forma similar a lo que sucede con el balbuceo vocal.

Los autores concluyeron que hay una capacidad de lenguaje unitaria que subyace tanto en la adquisición del lenguaje signado como en el hablado.

Schlesinger y Meadow (1972) estudiaron también la adquisición y desarrollo de la lengua de signos en varios niños sordos educados en diferentes ambientes lingüísticos. Uno de estos niños era Ann que tenía padres sordos, y su evolución lingüística fue observada desde los 8 a los 22 meses de edad. Sus primeros signos expresados con claridad, distintos al "balbuceo" manual, se produjeron a los 12 meses, aunque parecía entender muchos signos. A la edad de 19 meses tenía un vocabulario de 117 signos y dos meses más tarde 142 signos y 14 letras del alfabeto manual.

Las primeras expresiones de Ann con un solo signo tenían un significado holofrástico, de forma semejante a cómo los niños oyentes utilizan inicialmente las palabras habladas. A los 15 meses el signo "olor" tenía varios significados: "quiero ir al baño", "me he ensuciado, cambiadme", y "quiero la flor bonita que huele".

Se observaron también las relaciones recíprocas en la comunicación entre la niña y sus padres. Se comprobó que estos intercambios se caracterizaban por una comprensión mutua y por el interés y la satisfacción en la comunicación. Cuando el adulto y el niño son competentes en el mismo código lingüístico, las posibilidades de una comunicación fluida y de una conversación satisfactoria son las mismas que las existentes entre el adulto y el niño oyente.

Estas semejanzas entre la adquisición y el desarrollo de la lengua de signos y la lengua oral no deben hacernos olvidar que cada lengua tiene una modalidad de expresión diferente.

5.7. Atención Educativa.

Durante la mayor parte del siglo XX, la tendencia fue escolarizar en centros educativos específicos para los discapacitados (García, 1987). Esta respuesta educativa responde a las actitudes sociales negativas ante los discapacitados a los que se considera elementos antisociales sin posibilidad de llevar una vida normal. También los supuestos científicos del momento indicaban que el problema de los discapacitados era innato y no se podían modificar desde el exterior (educación).

Pero el trabajo de asociaciones científicas, asociaciones de profesionales y los propios padres empiezan a rechazar las escuelas segregadas. En 1959, Dinamarca incorpora a su legislación el concepto de "normalización" iniciando así un movimiento de integración de los deficientes en la vida normal (social, laboral y escolar) de todos los ciudadanos.

La Dra. Warnock (1979) habla de necesidades educativas especiales para referirse a todo alumno que presenta dificultades de aprendizaje. Estas pueden ser permanentes o transitorias. Todo ello conduce a la integración escolar que debe procurar el entorno educativo menos restrictivo para el alumno con necesidades educativas especiales.

Se trata de una integración plena en la sociedad: física social, funcional. Integración física con sus compañeros de escuela. Social para que puedan establecer de forma espontánea lazos afectivos lo más duraderos posibles. Funcional porque se utilizan los mismos medios y recursos que existen en la escuela para favorecer la interacción social con sus compañeros.

Esta variable de la educación es sobre la que los profesores tienen la mayor influencia. La intervención educativa deberá diseñarse teniendo en cuenta el análisis de las variables que hemos

descrito y arbitrando la participación activa del entorno coinfluyente sobre el niño con deficiencia auditiva. Según Marchesi (1987), el modelo con posibilidades de éxito sería:

"Una atención educativa que incluya la estimulación sensorial, las actividades comunicativas y expresivas, el desarrollo simbólico, la participación de los padres, la utilización de los restos auditivos del niño, etc., impulsa un proceso continuo en el niño sordo que le va a permitir enfrentarse con más posibilidades a los límites que la pérdida auditiva plantea en su desarrollo".

El R.D. 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (BOE de 2 de junio), establece que:

"La atención educativa a los niños y niñas con necesidades educativas especiales comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención, cualquiera que sea su edad, o se detecte riesgo de aparición de discapacidad" (Art. 3)

Igualmente, determina que:

"La Administración educativa favorecerá el reconocimiento y estudio de la lengua de signos y facilitará su utilización en los centros docentes que escolaricen alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a una discapacidad auditiva en grado severo o profundo" (Art. 8.6)

En el caso del niño sordo está es la garantía del desarrollo más adecuado, puesto que la estimulación temprana le amplía la experiencia, le enfrenta a situaciones nuevas y favorece el desarrollo del lenguaje.

Los tipos de integración dependen de las características que presenta el niño sordo, posibilidades de la escuela en la que va a ser integrado y la valoración inicial del chico. Estos tipos son: completa, combinada, parcial y específica.

Entre las variables que podemos controlar se encuentra la de la escolarización, más adecuada en centros de integración preferente, dado que disponen de más recursos técnicos y humanos, posibilita la relación con otros niños sordos y evita el posible aislamiento. Pérez Cobacho y Prieto Sánchez (1999) en un trabajo, con cinco años de seguimiento de la integración escolar de niños con diferentes deficiencias, encontraron que de 8 niños sordos escolarizados en centros ordinarios, sólo uno se encontraba poco integrado.

Los educadores piensan que la calidad de vida de los sordos mejora si se hacen intervenciones tempranas para mejorar la adaptación personal y la integración social.

5.8. Intervención Temprana.

La identificación temprana de la pérdida auditiva es fundamental para ayudar a los niños en su desarrollo y que éste sea lo más normal posible. Los primeros años son cruciales biológica y socialmente en la adquisición del lenguaje (Pollack, 1970). Como el niño/a crece en edad, la desventaja de los efectos de la disminución auditiva puede llegar a ser acumulativa y perjudicar al niño en su desarrollo.

La educación de estos niños es compleja y difícil. Los profesores necesitan un amplio nivel de competencias, entrenamiento y especialización en áreas como desarrollo del lenguaje, lingüística y audiología.

La actitud de los padres frente a la deficiencia auditiva puede tener un efecto positivo o negativo en los progresos educativos de los niños sordos. Los padres que no pueden aceptar las limitaciones de sus hijos no colaboran en el esfuerzo de los profesionales. Esto puede interferir en el crecimiento del niño/a sordo. La orientación para el niño/a se basa en el consejo a los padres, el entrenamiento y la estimulación lingüística.

Winzer (1993) describe programas que se están realizando en zonas urbanas y constata los logros de programas preescolares para niños de 3 a 6 años con deficiencia auditiva, realizados por colegios, clínicas, organizaciones privadas y cooperativas de padres.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

CAPÍTULO II. AUTOCONCEPTO Y COMPETENCIA SOCIAL EN SORDOS

1. Autoconcepto.

1.1. Introducción.

El autoconcepto se considera una actitud básica que condiciona el comportamiento del sujeto, el rendimiento escolar y la construcción de la personalidad. El contexto familiar y el escolar tienen gran influencia en la formación y desarrollo del autoconcepto del niño, por lo que sería conveniente tener la educación del autoconcepto como objetivo preferente de los profesores en el centro educativo.

El ser humano no nace con un determinado concepto de sí mismo sino que lo va formando a lo largo de su existencia. Este proceso de formación del juicio sobre nuestro propio valor constituye un aprendizaje en el que los periodos de infancia y adolescencia son cruciales. El concepto de sí mismo dependerá en gran medida de los referentes personales entre los que destacan el grupo de iguales, los profesores y la familia.

Margaret Mead (1933) reconoció que el comportamiento individual está condicionado por la conducta y las actitudes de las otras personas. La contribución de Mead a la teoría del autoconcepto supone una elaboración y profundización de la idea original de James (1890) sobre el "sí mismo social" al situar su énfasis teórico en la interacción social y en el ambiente sociocultural de la persona.

La propuesta de Jersild (1951) es que la meta de la educación debería ayudar a la persona en su crecimiento. Para este autor, el aprendizaje de algo tan vital como sus relaciones con los demás y consigo mismo, sería la parte más importante del programa educativo. Por lo que la educación debería facilitar a la persona el darse cuenta de sus capacidades y habilidades, el controlar sus emociones, apreciar sus puntos débiles y fuertes y ayudarle a establecer metas realistas.

Cooley (1956) defendió que "individuo y sociedad eran conceptos inseparables". Por su parte, Staines (1958) a partir de su minuciosa observación e investigación sobre la práctica de clase, concluyó que el autoconcepto no solo está presente en toda situación de aprendizaje, sino que es también

resultado principal de ésta, aunque su presencia pueda pasar desapercibida para aquellos profesionales centrados en inculcar conocimientos y habilidades académicas exclusivamente.

Todas estas ideas han sido posteriormente resumidas y sistematizadas por Kinch (1963), poniendo de manifiesto que la concepción que el individuo tiene de sí mismo emerge de la interacción con otros individuos y grupos en la sociedad y que este autoconcepto, a su vez, guía e influye en la conducta de ese individuo.

Con el surgimiento de la *psicología humanista*, el autoconcepto cobró una importancia fundamental durante los años 50. Rogers (1951; 1959), su principal representante, se apoyó en la fenomenología y situó el "sí mismo" como un constructo central en su teoría de la personalidad y del counseling o consejo psicológico.

En la base de este enfoque, está la idea de que si una persona es capaz de aceptarse a sí misma, crecerá hacia una mayor madurez emocional y no necesitará tanto los mecanismos de defensa. Todas las personas desarrollan un concepto de sí mismas que sirva para guiar y mantener su ajuste en el mundo exterior. Esta autoimagen se desarrolla a partir de la experiencia social y es la interacción social la que hace que el individuo se vaya acostumbrando, rechazando aquellas imágenes de sí mismo que le producen dudas sobre su propia competencia y valía.

Rogers desarrolló su enfoque de la "terapia centrada en el cliente" a partir de estos postulados, utilizándola como una técnica para modificar la autoconceptualización, equilibrando la experiencia y el autoconcepto con el fin de producir un estado de ajuste psicológico. Las premisas básicas de su enfoque son: la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad por parte del consejero. Posteriormente se ampliaron al marco educativo centrándose en el autoconcepto del alumno.

El trabajo de Rogers tuvo una influencia relevante y ha suscitado un gran número de investigaciones en el campo del autoconcepto.

En 1964, Richardson, Hartorf y Dornbusch descubren que si un individuo se expone a un feedback desfavorable de otros, los sentimientos se interiorizan y resulta un autoconcepto negativo.

Aunque los esfuerzos realizados en torno a la mejora del autoconcepto se han considerado en sí mismos valiosos para la educación, la mayoría de los estudios han tratado, además de establecer un vínculo entre éste y el logro académico, como demuestra el trabajo de Brookover (1965).

Coopersmith (1967) definió el autoconcepto como una valoración de los méritos que expresan las personas hacia sí mismas en las actitudes.

El autoconcepto se refiere a "un grupo de creencias sobre el sí mismo que se capta en la percepción social y resulta de los procesos de autoevaluación " (Ames, 1975, p. 314).

En la línea de los esfuerzos realizados en torno a la mejora del autoconcepto, Shavelson y col. exponen: "El autoconcepto, bien como resultado en sí mismo o bien como constructo mediador que ayuda a explicar los resultados del logro académico, es una variable fundamental en educación, en investigación y evaluación educativa" (Shavelson y col., 1976, p. 408).

Shavelson, Hubner y Stanton (1976), hablan de una serie de componentes esenciales para definir el autoconcepto entre los que destacaremos:

1. El autoconcepto está organizado o estructurado en lo que la gente categoriza como la información que las personas tienen sobre sí mismos y que depende, también, de la que nos dan otros.

2. El autoconcepto es multifácetico y las facetas particulares reflejan el sistema de categorías adoptado por un individuo particular y/o compartido por un grupo.

3. El autoconcepto es jerárquico, con las percepciones de conducta en la base que mueve las inferencias sobre sí mismo en subáreas, además a las inferencias sobre áreas académicas o no académicas sobre sí mismo, y las inferencias sobre el sí mismo general.

4. El autoconcepto general es estable, pero cuando la jerarquía desciende, el autoconcepto puede llegar a incrementarse en situaciones específicas y como consecuencia es menos estable.

5. El autoconcepto lleva a aumentar muchas facetas de la persona si el individuo las desarrolla desde la infancia a la madurez.

6. El autoconcepto tiene una dimensión descriptiva y evaluativa que cada individuo puede conceptualizar sobre sí mismo (la apariencia física, por ejemplo: "soy guapo") y evaluarse (estatus intelectual, por ejemplo: "soy bueno en matemáticas").

Mientras que el autoconcepto está en función de cómo la gente se percibe a sí mismo con relación a los otros (Darling y Darling, 1982), la forma en el que uno se percibe a sí mismo podría ser totalmente diferente de cómo otros le perciben. Esta percepción tiene lugar porque los individuos tienden a evaluarse a sí mismos a través de comentarios que les han transmitido en el curso de la interacción social.

En el proceso individual de desarrollo cognitivo la interacción con los factores ambientales determina como los individuos definen su autoconcepto (Karper y Martinek, 1982).

Desde la perspectiva de un desarrollo cognitivo, el autoconcepto se desarrolla en una compleja interacción entre las capacidades del individuo, los factores ambientales que operan durante el crecimiento individual, y el desarrollo intelectual individual (Coleman, 1983).

El autoconcepto que tenemos de nuestra valía personal, se basa en nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Las

impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se unen en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Según Piers (1984), el autoconcepto ha sido definido como un concepto relativamente estable de autoactitudes al reflexionar sobre la evaluación de las propios conductas y actitudes. El autoconcepto consiste en un proceso continuo que contiene áreas específicas que incluyen: la conducta, el estatus intelectual y escolar, la apariencia física y atributos como ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción.

El autoconcepto ha sido definido por Marsh y Shalvelson (1985) como "... las percepciones que una persona tiene de sí mismo. Estas percepciones se forman sobre la experiencia de uno y las interpretaciones del entorno (lo que Piers llama popularidad) y está influido especialmente por las evaluaciones reforzadas por los otros significativos (lo que Piers llama status intelectual y escolar) y las atribuciones que uno hace de su propia conducta.

Las investigaciones sobre el autoconcepto hacen referencia a algunos puntos fundamentales: la idea de que el autoconcepto se forma y desarrolla en interacción con otros, transcendencia de este constructo para el logro de la estructuración y felicidad personal, interpretación y evaluación del mundo y de sí mismo (Saura, 1995). Todo ello nos lleva a relacionar el autoconcepto con el rendimiento académico. Se considera el autoconcepto no sólo como un objeto valioso en sí mismo, sino también como un constructo mediador para el rendimiento académico.

Hay que destacar, también, la influencia que tuvo el movimiento de la "educación integral" al reconocer que además del desarrollo intelectual, los aspectos físicos, sociales y emocionales del niño estaban también presentes dentro del entorno escolar. De esta forma, la educación abierta ha contribuido al renacimiento de la preocupación por el desarrollo del niño. Dentro de esta corriente se incluye la creencia de que los sentimientos del niño sobre sí mismo son un factor clave en su habilidad para rendir en la escuela.

Estas tendencias influyeron en el creciente interés acerca de la mejora del autoconcepto, de manera que se desarrollaron programas nacionales en América, tales como el "Head Start" en preescolar, el "Follow Throught" en la escuela primaria y el "Upward Bound" para la escuela superior.

En España, cabe destacar los trabajos de Gimeno Sacristán (1976) y Rodríguez Espinar (1982) que relacionan el autoconcepto con el rendimiento escolar; Garanto (1984) y Oñate (1989) que realizan una interesante revisión y adaptación experimental de la escala de autoconcepto Tenessee. Especialmente, Alcántara (1990) propone programas específicos para llevar a cabo en el aula y Marchago (1991) ofrece una actualizada recopilación de la investigación en autoconcepto.

Durante las últimas décadas en el mundo anglosajón, se han realizado numerosos estudios relacionados con aspectos del autoconcepto en diferentes contextos educacionales y para una diversidad de poblaciones de estudiantes de diferentes edades. Dado el número tan elevado de investigaciones que poseemos en la actualidad, citaremos algunas de las más representativas:

- Entre los aspectos de autoconcepto más estudiados, estarían: la relación entre el autoconcepto y el logro académico (Brookover, Thomas y Patterson, 1964), la formación del autoconcepto en relación con variables sociales estructurales (Rosenberg, 1965), los programas dirigidos a la mejora del autoconcepto (Brookover y col., 1965; Lawrence, 1973), o la formación del autoconcepto en relación con las conductas parentales (Coopersmith, 1967).

- Las investigaciones de los sujetos deprivados culturalmente (Soares y Soares, 1969), de niños retrasados (Nash y McQuistan, 1975), en disminuidos físicos (Rosher y Howell, 1978), alumnos con dificultades de aprendizaje (Chapman y Boersma, 1980), y superdotados (Coleman y Fults, 1982).

- Las investigaciones con estudiantes de diferentes edades: en preescolar (Gray y Klaus, 1970), en la universidad (Bailey, 1971), en la escuela primaria (Lackey, 1977), en la escuela superior (Calsyn y Kenny, 1977), y en la enseñanza media (Shavelson y Bolus, 1982).

Esta cantidad de estudios ha dado lugar a numerosas revisiones en relación con áreas importantes de la investigación sobre autoconcepto entre las que cabe hacer referencia a los trabajos de Purkey (1970) y Wylie (1974, 1979 y 1989). Se han revisado asimismo cuestiones metodológicas (Shavelson, Hubner, Stanton, 1976; Wylie, 1974, 1979 y Burne, 1984), estudios diseñados para mejorar el autoconcepto (Scheirer y Kraut, 1979 y Gurney, 1987) y la relación entre variables de autoconcepto e indicaciones de logro académico (Hansford y Hattie, 1982 y Byrne, 1984).

El logro académico es un tema que preocupa a muchos investigadores y educadores. La expectativa de autoeficacia es una de esas cogniciones de la persona y tiene que ver con las recientes concepciones del self. En España, Palenzuela (1982) ha construido una escala dirigida a integrar una serie de variables de personalidad y motivacionales (lugar de control, indefensión aprendida, autoeficacia percibida, atribuciones del éxito o fracaso, y motivación intrínseca) dentro de un modelo de motivación cognitivo-social. La escala va dirigida a adolescentes y universitarios.

1.2. Autoconcepto, Infancia y Adolescencia.

Todos necesitamos tener un autoconcepto positivo, independientemente de nuestro sexo, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida. Las personas que se sienten bien consigo mismas suelen sentirse bien en la vida; son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que se les plantea.

El concepto del yo y el autoconcepto se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e, incluso, complicados razonamientos sobre el yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía y capacidad.

El bebé no tiene un concepto de sí mismo como unidad, sencillamente “experimenta”. Tiene sensaciones físicas y sentimientos y cierta especie de conciencia, vaga y difusa, basada en sensaciones. El lactante experimenta una sensación general de bienestar cuando mama o le abrazan sus padres,

cuando se le sonríe, cuando le alimentan. Se siente bien cuando le satisfacen sus necesidades físicas básicas y percibe un clima emocional cálido y estimulante. Por el contrario, se siente mal cuando no se le satisfacen sus necesidades básicas: cuando tiene que llorar mucho tiempo hasta que se le da de comer, o no le cambian, está mojado y tiene frío, cuando no se le evitan las caídas o cuando recibe una atención emocional y física insuficiente.

Conforme se desarrolla el niño, empieza a aprender a hablar, se pone a prueba en muy diferentes circunstancias y percibe cómo reaccionan los demás hacia él, también comienza a desarrollar un sentido del yo. Hacia los dos años, el niño ya tiene una sensación de autonomía y posee cierta conciencia de ser una persona y no un apéndice del padre o de la madre.

El primer concepto del yo se forma en estas primeras etapas de la vida, y prácticamente se basa sólo en las reacciones de los demás hacia el niño. Cuando los padres le dicen “eres precioso, encantador, listo, dulce”, el niño se adueña poco a poco de esas palabras para formar en su interior un concepto del yo, que une a sus sentimientos, al estímulo de las sonrisas, a las expresiones de ánimo y apoyo, a las aprobaciones con un gesto de cabeza, y a las sensaciones físicas: abrazos, besos, cuando le cogen de la mano o le acarician una herida que se ha hecho.

La primera idea y sensación amplia del yo procede de las reacciones de aquellos otros que son importantes para el niño. Si existe la madre ella es la figura importante en ese período de la vida. El padre, los demás hermanos y demás parientes contribuyen en la medida en que se relacionen más o menos con el niño.

Esa primera impresión del propio yo forma la semilla del sentimiento de la propia valía; siempre que esta primera idea sea positiva, la idea que el niño tendrá de sí mismo será fuerte y sana; experimentará una sensación de bienestar y de valor por el hecho de ser aceptado y de las respuestas positivas de los padres. Todo su desarrollo posterior podrá basarse sin problemas sobre estos cimientos. Pero si el niño solo experimenta sentimientos negativos, abandonos y rechazos, inmediatamente empezará a vivir con un sentimiento de inutilidad. Todavía no ha desarrollado convenientemente sus habilidades mentales como para contrarrestar las reacciones injustas, irracionales o neuróticas que los

demás le demuestren. Por mucho que las respuestas de las personas importantes para el niño no estén basadas en nada real, el niño las acepta como si fueran verdad. Los casos estudiados de niños abandonados o maltratados demuestran que la idea que tenían de sí mismos se caracterizaba por sentimientos de inutilidad.

Una vez pasada la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera de la familia; se relaciona con el compañero de juego, parientes, vecinos y, más adelante, maestros y compañeros de clase. Las respuestas de todos ellos se van sumando al complejo concepto del yo. Durante esta etapa va perfeccionando sus capacidades mentales y perceptivas y puede comenzar a tener cierta capacidad para valorar las relaciones hacia su persona antes de aceptarlas como propias.

A los 9 o 10 años, el niño ya es capaz de pensar por sí mismo. Si un compañero le dice eres tonto, el niño puede reaccionar pensando “pues leo tan bien como tu, saco buenas notas y sé arreglarme la bici”, para concluir que el comentario de su compañero de clase no tiene base real. Puede poseer esta capacidad si le han enseñado a pensar por sí mismo y si su opinión sobre sí mismo es suficientemente positiva. Pero las investigaciones hechas en los colegios demuestran que esta capacidad es poco frecuente. Lo más común es que el niño asuma semejante comentario y que con él apoye ciertas opiniones negativas que ya tenga de sí mismo. El niño con un autoconcepto bien desarrollado puede ser capaz de rechazar las reacciones negativas de compañeros, pero rara vez tiene la fuerza suficiente para descalificar los comentarios que hagan las personas que ejerzan autoridad sobre él: maestros, profesores o adultos significativos.

Esta facultad consciente, la habilidad mental y perceptiva que permite al niño valorar por sí mismo la realidad, es una de las mejores defensas ante las falsas etiquetas y los juicios irracionales que emiten los demás. El adolescente sufrirá cuando se encuentre con otros que se comporten con él irracional e injustamente, pero si tiene la capacidad de entender la situación y sus consecuencias podrá mantener su entereza y la sensación de su propia valía y tener una buena base para su autoconcepto.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo del autoconcepto. Según el psicoanalista Erik Erikson, es la etapa en que la persona necesita hacerse con una firme identidad; o

saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es la época en que se piensa en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos habrá que añadir todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también.

Conseguir una identidad propia es una tarea difícil, como sabe cualquier persona que haya alcanzado la madurez. Y conseguirla en la adolescencia es bastante complicado, debido a los procesos psicofísicos y a la presión social que todo adolescente experimenta.

Esta etapa conlleva cambios físicos decisivos y al tiempo confusos: el cuerpo crece y cambia bruscamente, conforme se va preparando para su total capacidad reproductora. Tales cambios suelen aturdir a los adolescentes: hacen gallos con la voz, las extremidades son larguiruchas y torpes, aparece la menstruacción, se desarrolla el pecho, siempre es demasiado alto o bajo, empiezan a concretarse algunas sensaciones sexuales que les desconciertan. Y eso que sólo hemos mencionado algunos de los aspectos que al adolescente le puede costar dominar en su relación consigo mismo o con los demás compañeros y familiares. Por otro lado, los cambios hormonales hacen prácticamente impredecibles los estados emocionales por los que pasa continuamente el adolescente, lo que hace que la estabilidad de las emociones le resulten muy difíciles.

La presión social llega al máximo cuando la atención del adolescente pasa progresivamente de la familia a los amigos y la pandilla. La necesidad de sentirse integrado en algún grupo le resulta más apremiante que nunca, y para poder encajar, el adolescente suele apropiarse de las características y de las expresiones del grupo que le abra las puertas: vestimenta, comportamiento, lenguaje, creencias. No pocas veces esto supone echar por tierra los rasgos y las características familiares.

El niño se presenta en la adolescencia con la opinión y el sentido de la propia valía que haya adquirido en la infancia; todo ello se transformará casi por completo durante la adolescencia,

añadiéndose muchas impresiones que formarán un nuevo sentido de la propia valía, mucho más personal.

En la "crisis de identidad de la adolescencia", el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, lo que demuestra el poder que ésta ejerce sobre él. O puede encontrarse tan inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuese la aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoconcepto.

Lo ideal sería que la imagen que el adolescente tuviera de su auténtico ser fuera el resultado de una profunda revalorización propia. Como se trata de que el adolescente se haga con una identidad y de que mejore su autoconcepto, tal revalorización debería basarse en la información que él mismo hubiere sopesado y asumido. En estas circunstancias, esa imagen puede servirle de base para su autoconcepto para el resto de su vida; la madurez servirá para ponerla al día continuamente, pero si la base, los cimientos, son inseguros, el desarrollo de la propia imagen será deficiente, sin lugar a dudas.

Mead (1934) argumentaba que a través de la comunicación social, un individuo entiende y evalúa el sí mismo desde la perspectiva de los otros significativos.

Rosenberg (1979) sugiere que la interacción selectiva era una conducta que regulaba la estabilidad y conducía al sujeto que la empleaba hacia la valoración positiva de su autoconcepto. Este autor mantiene que la primera parte de la adolescencia es un tiempo de autoconciencia que ve lo que piensan los otros sobre uno mismo, y puede ser un momento en que el autoconcepto se vea removido. Revisando sus estudios empíricos sobre el autoconcepto, Rosenberg encontró que el autoconcepto disminuye durante la primera parte de la adolescencia y continua hasta el final de ella cuando el nivel de autoconcepto mejora.

Rosenberg (1979) se dio cuenta de que los trastornos en autoconcepto alcanzan su climax en la primera parte de la adolescencia. El comienzo de la pubertad causa cambios en el yo. Los adolescentes

comienzan a saber de sí mismos a través de los otros. Rosenberg sugiere que los adolescentes cambian su autoconcepto sobre como se perciben a sí mismos desde una perspectiva de adultos. Protinsky y Farrier (1980) coinciden con Rosenberg en que el autoconcepto es más inestable en los preadolescentes y llega a ser más estable al final de la adolescencia.

Para muchos adolescentes, el autoconcepto se caracteriza por el crecimiento y estabilidad. Aunque la primera parte de la adolescencia (entre 12 y 13 años) está generalmente desorientada y llena de tensión para algunos individuos, un porcentaje pequeño de adolescentes mayores experimenta dramáticamente cambios de humor y confusión que a menudo se ha identificado como característica del adolescente. Siguiendo el desconcierto inicial del puber, los años que quedan de desarrollo incluyen años de desarrollo madurativo, crecimiento y aumento de la autoaceptación.

Durante la adolescencia, el autoconcepto está influido por pensamientos autorreflexivos, sentimientos, actitudes, creencias y expectativas (Damon y Hart, 1982). La reflexión es normal en este estadio del desarrollo. Al mismo tiempo, la primera parte de la adolescencia se enfrenta con cambios físicos, psicológicos, sociales y de desarrollo.

Snyder y Gangestad (1982) proponen que los adolescentes se comuniquen con otros y utilicen este feedback para aumentar o disminuir la interacción con los amigos.

Savin-Williams y Demo (1983) y Harter (1990) investigaron que el autoconcepto era un componente estable durante los años de la adolescencia.

Durante la primera parte de la adolescencia, el individuo confronta las energías y las demandas del mundo social, que pueden ser causa de cambios dramáticos en el autoconcepto. Éste puede disminuir sustancialmente, fluctuando de un momento a otro durante años de tensión (Savin-Williams y Demo, 1984).

La armonía familiar y la estabilidad son fuerzas ambientales que permiten al adolescente el desarrollo del autoconcepto, de ahí que su relación con los padres sea importante para el desarrollo de la identidad (Hoelter, 1986).

Kulik, Sledge y Mahler (1986) manifiestan que cuando los adolescentes se sienten amenazados o reciben feedbacks negativos de sus amigos, pueden devaluar o disminuir su autoconcepto o disminuir la importancia de este feedback lo cual podría influir en la interacción con sus amigos.

Los adolescentes saben la importancia de los amigos y se ven a sí mismos como pertenecientes a un grupo específico (O´Brien y Bierman, 1988). Las relaciones íntimas y la aceptación del grupo de iguales tienen que ver con el autoconcepto del adolescente.

Cuando el adolescente crece y madura, redefine su identidad. Gove, Ortega y Style (1989) pensaban que como la gente más mayor, los adolescentes llegarían a tener un entorno más confortable consigo mismos y con el entorno social.

Así, la investigación de Hughes y Demo (1989) explicó que el autoconcepto más alto encontrado en negros y blancos era debido a que estaban satisfechos en sus relaciones con los demás incluyendo en ellas las relaciones con sus familiares. Las relaciones, sean familiares o de los amigos, son importantes para el autoconcepto del adolescente (Felson y Zielinski, 1989).

Felson y Zielinski (1989) demostraron que el autoconcepto del adolescente se correlacionaba con el control, soporte y comunicación parental. Este concepto mantiene la perspectiva interaccionista simbólica que pone énfasis en la influencia recíproca de las relaciones padres-adolescentes donde se forma el autoconcepto del niño.

En la investigación realizada por Savin-Williams y Berndt, (1990), los adolescentes que decían estar satisfechos con sus relaciones presentaban altos niveles de autoconcepto. Los estudios demostraron que las relaciones con amigos y familiares eran la fuente más importante de autoconcepto tanto para negros como para blancos.

Los adolescentes que tienen amistades íntimas y son aceptados por sus iguales, tienen un alto autoconcepto, mientras que los adolescentes que son rechazados por sus iguales, tienen un autoconcepto más bajo (Savin-Williams y Berndt, 1990). Los adolescentes a menudo escogen a sus iguales en educación o antecedentes sociales (por ejemplo: raza, clase social) y características (Savin-Williams y Berndt, 1990). La amistad con otros semejantes refuerza los valores conductuales y personales tanto como la confirmación del autoconcepto. El grupo de compañeros es fundamental para el adolescente en la creación del autoconcepto (Harter, 1990; Juhasz, 1992). Pero, también, la continuidad natural de la dinámica padre-adolescente es importante, cuando el adolescente y los padres sirven como otros significativos que evalúan y reflejan la valoración para el autoconcepto (Juhasz, 1992).

1.3. Autoconcepto y Discapacidad.

Se reconoce en la actualidad por los psicólogos e investigadores que un nivel suficiente de autoestima es una condición imprescindible del bienestar psicológico; y que pocas experiencias generan tanto malestar como rechazarse a sí mismo.

Los niños y adolescentes discapacitados suelen tener más dificultades en la construcción de un autoconcepto adecuado que los sujetos normales; aunque la manifestación de estas dificultades varía de una investigación a otra. Jervis (1959) y Zunich y Ledwith (1965) descubren una tendencia a valoraciones más extremas en las contestaciones de los chicos discapacitados tanto en sentido positivo como negativo. Bryan y Bryan, (1977); Rogers y Saklofske (1985) y Beaty (1991) descubren niveles de autoestima más bajos en los discapacitados. Obiakor y Stephen (1980, 1990) estudian dimensiones específicas del autoconcepto relacionadas con la discapacidad.

En los resultados obtenidos por Jervis (1959; 1964), cabe considerar que los adolescentes discapacitados se caracterizan por manifestar niveles de autoestima global extremadamente positivos o negativos. Resultados que sugieren una tendencia de representación extrema (todo o nada, siempre o nunca) en el autoconcepto de los niños y adolescentes discapacitados. Los estudios de Zunich y Ledwith (1965) siguen la misma línea indicando que los resultados obtenidos, según los cuales los niños

discapacitados (de 8 a 9 años) suelen elegir respuestas muy extremas (siempre o nunca) para describirse a sí mismos, compensando la baja autoestima que sienten en determinadas dimensiones con niveles muy altos de autoestima en otras.

La baja autoestima en los niños discapacitados puede producirse como consecuencia de no haber aceptado la discapacidad y por utilizar a los chicos que no la tienen como único grupo de referencia. El chico puede infravalorarse al enfrentarse a las limitaciones que implica la discapacidad si carece de un esquema cognitivo que le permita entenderlas. Este riesgo aumenta cuando las personas más significativas para el chico (padres, profesores, compañeros), niegan la existencia de una necesidad especial y le tratan como si no la tuviera (exigiendo o esperando que se comporte exactamente igual que los otros chicos). El riesgo de infravaloración disminuye cuando se ayuda al niño a aceptar la discapacidad y a realizar los esfuerzos necesarios para compensar las limitaciones que implica.

La tendencia detectada en algunos niños y adolescentes discapacitados a manifestar niveles de autoestima extremadamente altos podría explicarse a partir de las dificultades para conocer con precisión el impacto producido en los demás como consecuencia de la deprivación sensorial y social que suele acompañar a la discapacidad; y la existencia de un mecanismo de defensa protector de su autoestima, que les llevaría a negar los problemas que viven (Loevinger y Ossorio, 1959; Cook-Clampert, 1981; Phillips, 1984; Harter, 1985; Connell e Illardi, 1987).

Por otra parte, diversos estudios indican que la situación de integración puede suponer, en los alumnos discapacitados, un riesgo de pérdida de autoestima derivada de la comparación social negativa a la que están expuestos, al compararse con compañeros sin discapacidad en ámbitos en los que se encuentran en desventaja. Las investigaciones realizadas en este sentido encuentran, sin embargo, resultados contradictorios (Warner y otros, 1973; Strang y otros, 1978; Coleman, 1983).

La integración puede contribuir a mejorar el autoconcepto de los alumnos discapacitados cuando proporciona múltiples grupos de comparación (Strang, Smith y Rogers, 1978), un grupo normativo de referencia (sus compañeros sin necesidades especiales) al que el alumno siente pertenecer y que utiliza como modelo a imitar, y otro grupo comparativo de referencia (otros alumnos con necesidades similares)

con el que compararse para obtener información sobre la propia competencia. En diversas investigaciones se sugiere la necesidad de apoyar específicamente la integración para que el concepto de los alumnos no se vea perjudicado (Chapman, 1988).

El creciente interés de los investigadores educativos por el autoconcepto se centra en la relación que guarda con la adaptación escolar. Relación que explica de forma bastante adecuada el modelo de Harter (1978). Según éste, el éxito genera sentido de autoeficacia y lleva a adoptar una actitud activa y segura ante las dificultades, facilitando su superación al generar un placer intrínseco al resolverlas, así como habilidades de autorefuerzo. El fracaso, por el contrario, disminuye el sentido de competencia personal y la motivación por el ámbito en el que se experimenta (físico, cognitivo, social), y aumenta el riesgo de fracasar en el futuro por la ansiedad producida al recordar las experiencias pasadas, lo cual hace al individuo inseguro y dependiente de la aprobación de los demás.

Conviene tener en cuenta que la relación entre la eficacia en los distintos ámbitos y la autoestima no es tan simple como a veces se supone. Los datos disponibles apoyan la creencia según la cual el aumento del éxito produce un aumento de autoestima. De lo cual se deriva la importancia que puede desempeñar el incremento del éxito en los alumnos con niveles muy bajos en ambas variables (éxito y autoestima). La evidencia de las investigaciones no apoya, sin embargo, la hipótesis contraria, que un aumento de autoestima produzca siempre un aumento del éxito (Rogers, 1982; Levine, 1983). En algunas ocasiones son precisamente las pequeñas pérdidas de autoestima que se derivan de las situaciones en las que no obtenemos los resultados deseados las que nos motivan para esforzarnos en su superación. Por otra parte, la continua experiencia de superioridad tampoco parece estar libre de riesgos (en ocasiones genera un sentimiento de cierta hostilidad hacia los que se perciben como inferiores).

Para entender adecuadamente la relación entre autoestima y éxito es necesario tener en cuenta, la necesidad de un determinado nivel de autoestima por debajo del cual resulta muy difícil la adaptación escolar. Los alumnos que se sitúan por debajo de dicho nivel (que no se aceptan a sí mismos) difícilmente pueden soportar las dificultades o las comparaciones que se producen en el aula.

Buscaglia (1975) expresó que "... el niño nacido con un déficit y el adulto que se lesiona a lo largo de su vida, estarían limitados no tanto por su capacidad como por las actitudes sociales con que se ve la discapacidad. Es la sociedad en su mayor parte, la que definiría la discapacidad como un handicap y hay individuos que sufrirán por esta concepción".

Se han hecho investigaciones con el autoconcepto en chicos discapacitados cuyos resultados son significativamente altos respecto a otros grupos de oyentes:

Los resultados en la participación en un programa especial para niños discapacitados mentalmente, basado en sus habilidades limitadas, mostraron que estos niños tenían un mejor ajuste, un más alto nivel de autoconcepto y menor ansiedad que sus pares con handicaps que permanecían en programas normales (Kirk, 1964).

Parish y Copeland (1978) encontraron que los niños excepcionales en un marco integrado tenían un autoconcepto positivo a pesar de que sus profesores los describían de forma negativa. También, Parish, Dych y Kappers (1979) relataron que los profesores demostraban actitudes más negativas hacia varios grupos de niños excepcionales (por ejemplo: niños con discapacidades físicas adquiridas) que hacia los niños normales.

Karper y Martinek, (1982) y Harvey y Greenway (1984) encontraron que los niños con handicaps tienen niveles de autoconcepto más altos que los niños sin discapacidad.

Sin embargo, hay otros estudios que ponen de manifiesto unas puntuaciones bajas en autoconcepto de chicos discapacitados:

Los más bajos niveles de autoconcepto de los discapacitados físicos fueron apuntados por Kinn (1962). Meyerowitz (1962) comparó niños discapacitados mentalmente educables en una clase regular con niños normales, descubrió que los niños discapacitados mentalmente tienen un autoconcepto más negativo. Richardson, y otros (1964) preguntaron a niños discapacitados físicos y encontraron que los

niños con discapacidad tienen la tendencia a hacer más comentarios negativos de sí mismos que los niños sin discapacidad.

Pless, Roughmann y Haggerty (1972), Dibner (1973), y McFern (1973) compararon en el área del autoconcepto adolescentes normales con adolescentes que se describían como sordos, ciegos, discapacitados visuales y paralíticos. Los resultados indicaron que todos los participantes excepcionales poseían autoconceptos negativos. El autoconcepto negativo también se ha encontrado en los discapacitados sensoriales (Seamann, 1974).

Según los estudios de Rosenberg y Gaier (1977), los estudiantes que adquirieron su discapacidad tenían niveles de autoconcepto académico significativamente más bajos que los estudiantes normales.

Bruininks (1978) comparo a los estudiantes normales con estudiantes integrados discapacitados. Encontró una diferencia significativa en aceptación social entre los discapacitados y sus compañeros normales, siendo mayor el autoconcepto en éstos. También, para Heibert, Wong y Hunter, (1982), los estudiantes discapacitados tenían niveles de autoconcepto académico significativamente más bajos que los estudiantes normales.

Igualmente, se han hecho estudios del autoconcepto, sobre todo los anglosajones, comparando los chicos que viven en centros residenciales y los integrados en clases normales y se han obtenido los siguientes resultados:

Carroll (1967) y Calhoun y Elliot (1977) encontraron que los niños que estaban en residencias tenían peores autoconceptos que los niños integrados en clases normales. Sin embargo, Gruen, Ottinger y Ollendick (1974) y Fontenot (1992) han contradicho estos estudios descubriendo que los niños discapacitados que asistían a clases normales tienen un autoconcepto más alto que los que están integrados en residencias. Un tercer grupo de estudios fracasó al no descubrir ninguna conexión entre el autoconcepto de los niños discapacitados mentalmente educables y el tipo de educación (Bacher, 1965; Budoff y Gottlieb, 1976).

1.4. Autoconcepto y Sordera.

Según Erikson (1956) el lograr una identidad y una capacidad de intimar son las mayores tareas de los adolescentes. La formación de la identidad implica la identificación con grupos tanto como con los individuos, incluyendo padres, familia extensa, clase social, grupo racial, religión, escuela y país. La adolescencia es, generalmente, un tiempo de inseguridad, emociones volátiles, cambios físicos rápidos, e identidad cambiante, y se ha considerado un periodo durante el que la experiencia individual entra en conflicto con la identidad y la confusión (Erikson, 1963). Según los estadios de desarrollo de Erikson, los niños sordos se aproximan a la adolescencia con retraso por las crisis previas, por ejemplo, la autonomía, iniciativa, responsabilidad y competencia (Schlesinger, 1978). Se cree que la deprivación del lenguaje puede afectar adversamente el aprendizaje académico tanto como la conceptualización y el aprendizaje sobre las relaciones interpersonales. Esta crisis podría intensificarse en el adolescente sordo a causa de sus limitaciones por la sordera y la ausencia de riqueza experiencial (Barret, 1986).

En relación con el autoconcepto, Levine (1960) y Myklebust (1960) sugieren que las limitaciones lingüísticas de los niños sordos podrían ser un problema para su interacción social y la construcción de la identidad. Si, como Mead (1934) afirmó, la adquisición del lenguaje es esencial para el desarrollo del yo, y si el proceso del lenguaje tiene problemas para los sordos, es probable que este retraso con respecto a sus compañeros oyentes sea por la cantidad de información que los sordos no tienen y que influye en la autoimagen y autoconcepto porque éstos se construyen gracias a las relaciones y al lenguaje.

Myklebust (1960) argumentaba que la sordera se imponía a la experiencia por limitar la interacción y el feedback lingüístico del entorno social, afectando el desarrollo del autoconcepto. Hay algunas evidencias de que los niños sordos de 9 a 12 años son menos exactos significativamente que los niños oyentes en sus percepciones de sí mismos. El lenguaje es esencial en el desarrollo del autoconcepto, permitiendo que cada uno atribuya significado a las experiencias sociales y a la interpretación de dichas experiencias. El lenguaje es parte del proceso de interacción social y de la comunicación.

La habilidad lingüística del niño facilita el proceso de interacción social. Los problemas en el desarrollo del lenguaje asociado con la discapacidad auditiva como podría esperarse tendrán un impacto en el desarrollo del autoconcepto.

Schlesinger y Meadow (1972) describían la sordera y la adolescencia como un efecto de la interacción de las fuerzas psicológicas y fisiológicas. Indicaron: "Que los estudiantes sordos que no habían internalizado los controles de conducta o no internalizaban las motivaciones por el ejercicio de sus habilidades tendían a tener un período traumático en la adolescencia tardía. En esta recolocación traumática, se refugiaban en sí mismos".

Algunos investigadores al escribir sobre la sordera (Schlesinger y Meadow, 1972; Meadow, 1968, 1975) han sugerido que los sordos con limitación en el desarrollo del lenguaje se conciben a sí mismos como discapacitados. Los estudiantes sordos, generalmente, tienen un lenguaje mucho más concreto que los oyentes y les cuesta más alcanzar conceptos abstractos (Mindel y Vernon, 1971; Austin, 1975).

Levine (1981) describió que los entornos de los discapacitados auditivos podrían conducir a entornos de discapacidad psicológica, y esto a su vez podría tener influencia en la conducta humana. La formación del autoconcepto, así como la integración social y el desarrollo académico, parecen vulnerables a los problemas inherentes de los niños discapacitados auditivos.

Los adolescentes mayores tienen un tiempo de transformación profunda biológica, fisiológica y social que requiere de los adolescentes estructurar significativamente su relación con el mundo y la gente. La adolescencia se ha considerado un tiempo de crecimiento y conflicto, un período fundamental en la vida de muchos individuos. El esfuerzo y la tensión que siente el adolescente normal, se complican en el adolescente sordo por su sordera. El adolescente sordo es un chico, cuyo desarrollo, se ha caracterizado típicamente por la soledad experiencial (Barret, 1986).

Según Cates (1991) cuatro principios teóricos equilibran el reconocimiento del desarrollo de una personalidad "normal" con el impacto de una pérdida auditiva severa o profunda:

1. Una pérdida auditiva severa no crea diferencias inherentes con la gente que oye, en el desarrollo emocional y social.

2. Una pérdida auditiva profunda puede conducir a una única forma de experiencia que comparten con otras personas sordas y se considera el principio de la cultura de los sordos.

3. La experiencia más frecuentemente compartida es la necesidad de un sistema de comunicación que sea una alternativa para usar por los sordos.

4. Una pérdida auditiva profunda crea un criterio para determinar el rechazo o aceptación por los otros significativos de su entorno.

Cates (1991) declaró que las dificultades en el desarrollo de la personalidad de los sordos podrían derivarse de las experiencias de feedback negativas de los otros significativos. Muchas de las investigaciones en autoconcepto y sordera han estado basadas en asumir que el fracaso del yo está en compararse con otros. El que se percibe a sí mismo con una falta o deficiencia en comparación con otros tiene un pobre autoconcepto de sí mismo. El modelo sugerido por Meadow-Orlans (1983) propone que si el individuo se socializa y culturiza con la comunidad sorda estas percepciones no aparecen.

Se han hecho investigaciones sobre el autoconcepto en chicos sordos cuyos resultados son significativamente altos:

En un estudio en el que se medía el autoconcepto de los niños sordos investigado por Brunschwig (1936), donde las variables estudiadas fueron edad de comienzo de la sordera, años en escuelas residenciales, el grado de pérdida auditiva y autoconcepto. Los niños sordos se compararon con niños oyentes de las clases públicas de 6º a 8º grado. Los chicos oyentes eran por término medio dos años más jóvenes que los estudiantes sordos. Brunschwig encontró que los niños sordos presentaban una autoimagen más positiva que los niños oyentes.

Myklebust (1960) argumentó que los individuos con pérdida auditiva profunda tenían niveles más altos de autoconcepto que los individuos con menos grados de pérdida auditiva porque creían que podían ser “normales”, y se les hacía difícil aceptar su discapacidad.

Sin embargo, hay otros estudios que ponen de manifiesto unas puntuaciones bajas en autoconcepto de los chicos sordos:

Garrison y Tesch (1978) revisaron la literatura de sordos y autoconcepto y encontraron que las diferencias en autoconcepto entre los sordos y el grupo de control oyente presentaban consistencia e indicaba más pobreza de autoconcepto en sordos. Afirmaron que “el autoconcepto comienza y continua su desarrollo desde las primeras experiencias de habilidades en un individuo y que sus circunstancias influyen, particularmente las referidas a relaciones personales”.

Stinson (1984) encontró que el retrato típico de los individuos discapacitados auditivos era que tenían una autoestima más baja que sus compañeros oyentes y se percibían a sí mismos con poco control personal sobre los acontecimientos. Los factores de riesgo se podrían componer de las dificultades de integración en la familia de origen, el conseguir igualdad de lenguaje con sus pares y el encontrar grupos de pares para identificarse en un marco local y vecinal.

Igualmente, se han hecho estudios del autoconcepto en sordos, sobre todo los anglosajones, comparando los chicos que viven en centros residenciales y los integrados en clases normales y se han obtenido los siguientes resultados:

Craig (1965) condujo un estudio para determinar si el autoconcepto de los niños sordos era diferente del de los oyentes. Sus participantes incluyeron niños de 9 a 12 años de una escuela residencial, los que asistían a escuelas especiales durante el día y los que iban a escuelas públicas. Los resultados del estudio revelaron: los estudiantes discapacitados auditivos en escuelas residenciales y de día pensaban que el sordo era menos preciso que los niños oyentes en su percepción de sí mismo cuando eran valorados por sus compañeros en dos situaciones sociométricas”.

Randall (1969) investigó el nivel de autoconcepto en sordos comparándolo con oyentes. Administró la Escala de Autoconcepto de Tenesse a estudiantes sordos que iban a escuelas residenciales. Encontró que los estudiantes oyentes evidenciaban un nivel de autoconcepto y valía más bajos que sus iguales sordos.

Se ha demostrado que las residencias en las que viven los niños sordos tienen varios efectos en el autoconcepto. Schlesinger y Meadow (1972) constataron que algunos niños sordos se apartan de la protección de la cultura sorda y de sus escuelas residenciales. Demostraron que los sordos que se comparaban negativamente con sus pares oyentes, a menudo proyectaban el autoconcepto más pobre. Sussman (1973) encontró que los estudiantes de una escuela residencial desarrollan y mantienen el nivel más bajo de autoconcepto que los estudiantes que son atendidos en escuelas públicas.

Green (1978) informó que los resultados de su investigación sugieren que los niños integrados en una escuela pública tienen niveles más altos de autoconcepto que los niños de un marco residencial.

Safarty y Katz (1978) realizaron un estudio en Israel comparando el marco educativo y el autoconcepto en estudiantes discapacitados auditivos de la escuela superior. Compararon estudiantes en escuelas especiales, un grupo integrado de sordos en clases normales, que recibían ayuda especial después de la escuela. Su hipótesis era que la integración individual podría producir un autoconcepto más positivo, seguido por el grupo integrado, y después los estudiantes de escuelas especiales que tenían más bajo el autoconcepto. Los investigadores pensaron que el estudiante integrado individualmente podría tener más problemas de ajuste a causa de la frustración al intentar comunicarse con sus compañeros oyentes. A los estudiantes se les pasó La Escala de Autoconcepto de Tenesse, el grupo de la escuela de educación especial obtuvo las puntuaciones más bajas en todo menos en la categoría autoaceptación. Los estudiantes del grupo de integración tenían puntuaciones más altas en autoconcepto. Los autores admitieron que el autoconcepto podría mejorar si se sabe el grado de pérdida auditiva y que esto influye más en la relación con sus compañeros que el marco educativo.

Los estudiantes sordos que asistían a escuelas especiales durante el día exhibieron autoconceptos más pobres que los estudiantes sordos de una escuela residencial (Cates, 1991).

En España, en la Universidad del País Vasco, Ayerbe Barandiará y Paul Ochotorena (1986) estudiaron la autoestima del deficiente auditivo, estableciendo las interrelaciones entre conducta parental y autoestima del adolescente sordo. Pretendieron con ello contribuir a una mejor comprensión de los factores que posibilitan la integración social del deficiente auditivo. Demostraron que no hay diferencias en cuanto a la autoestima entre los adolescentes sordos u oyentes. El hecho de presentar déficit auditivo no se asocia necesariamente con la autoestima. El deficiente auditivo tiende a percibir más sobreprotección parental de la normal. Las madres de los sujetos sordos no son más ansiosas que la de los oyentes, pero a medida que aumenta el nivel de ansiedad materna disminuye la autoestima. El adolescente sordo tiende a percibir a sus padres como más afectivos, se sienten más favorecidos por ellos y más superprotegidos. Además de los factores ambientales que pueden estar incidiendo desde fuera, deben haber otros factores internos, relacionados con la personalidad del individuo que juegan un papel importante en la imagen que tenga el sujeto de sí mismo.

Kappy (1996) investigó cómo el estilo atribucional y el autoconcepto pueden ser una gran ayuda en las consecuencias psicológicas asociadas con el ser miembros de un grupo estigmatizado. Midió el autoconcepto entre tres grupos (adolescentes oyentes, adolescentes sordos que usan la comunicación oral y adolescentes sordos que usan la comunicación de Lengua de Signos y oral). Utilizó La Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (PHCSCS) y en la variable popularidad, encontró diferencias significativas entre los tres grupos de estudiantes. Los estudiantes oyentes tenían puntuaciones significativamente más altas, que los estudiantes sordos que usaban la c. total y estudiantes sordos que usaban la c. oral. Las medidas restantes del autoconcepto no se diferenciaban entre los tres grupos.

Rodríguez y cols. (1997) en un artículo sobre el autoconcepto de los jóvenes sordos prelocutivos con sordera profunda, comprobaron que el autoconcepto de los jóvenes sordos incluye las mismas dimensiones estructurales que las de sus pares oyentes. Al mismo tiempo estos investigadores demostraron que la distribución de las estructuras del autoconcepto es también similar a la de sus pares oyentes. La semejanza en los factores superiores del autoconcepto no se produce en los niveles inferiores en los que los procesos de valoración personal y de autojuicio (introspección) se marginan para resaltar el papel de las actividades concretas, como mecanismo principal de adaptación. Los componentes básicos del autoconcepto de los jóvenes sordos se circunscriben entorno a 4 categorías

que inciden en los aspectos personales y de relación social: la formulación de sus ambiciones y expectativas concretas, su emotividad, la conciencia de grupo y la necesidad de comunicación.

El autoconcepto de los jóvenes sordos descansa sobre las referencias al cuerpo, las posesiones personales y materiales, las actividades adaptativas y las interacciones sociales. Lo mismo ocurre entre los jóvenes oyentes, en los que el autoconcepto se organiza en torno a estas cuatro estructuras (L´Ecuyer, 1991).

La mayor complejidad en la estructuración del adolescente, aparece muy centrada en los aspectos personales y adaptativos. La valoración descansa en su capacidad de conocerse y aceptarse, mientras que los procesos adaptativos se refieren a sus esfuerzos para adoptar comportamientos más autónomos, a la vez que se resaltan la expresión de los sentimientos personales junto a referencias de identidad social.

2. Competencia Social.

2.1. Introducción.

Furnham (1983) dice que con el término *habilidad social* se hace referencia a la capacidad o aptitud empleada por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal.

Hay otras definiciones con límites más claros:

- Desde el conductismo, para Libert y Lewinsohn (1973, p.304), habilidad social es la “capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados”.

- Secord y Backman (1976, p. 407), desde la teoría psicosocial de los roles, la definen como “la capacidad de jugar el rol, es decir, de cumplir fielmente con las expectativas que los otros tienen respecto a mí como ocupante de un status en la situación dada”.

- Desde una visión clínica, para Hersen y Bellack (1977, p. 512), es la "capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social".

- Phillips (1978, p. 13), desde una orientación intencionalista, señala la "medida en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de las otras personas".

- Desde una perspectiva interaccionista, para Blanco (1982, p. 568), es "la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales, en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás".

- García-Saiz y Gil (1992, p. 50), hacen referencia a comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales.

- Díaz-Aguado, Royo García y Martínez Arias (1995) dicen que "los estudios realizados sobre la adquisición de las estrategias sociales ponen de manifiesto que las más sofisticadas (como cooperar, negociar e intercambiar) se desarrollan principalmente en el contexto de la interacción con los compañeros" (Pp. 113).

Luego la habilidad social podría ser definida como *la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva.*

Además, las habilidades sociales son una clase de respuestas para desempeñar con eficacia las siguientes funciones: conseguir reforzadores en situaciones de interacción social, mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción personal, impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado

socialmente y mantener el autoconcepto y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

El contenido de las habilidades sociales se podría concretar en destrezas necesarias para producir una conducta que satisfaga los objetivos de una determinada tarea. Para tareas diferentes se necesitan habilidades distintas, ya que los criterios que regulan una competencia social para una tarea determinada no tienen porqué coincidir con los específicos y necesarios para otra tarea.

La competencia social tiene su fundamento en las consecuencias de las habilidades sociales. La competencia social se define de muchas maneras: como habilidades cognitivas en el ámbito social; conducta manifestada por el niño; determinada por el juicio de los demás.

La conducta de un niño en una situación social particular se desarrollará en función del procesamiento de las exigencias sociales de la situación. Si el procesamiento es eficaz, la conducta será vista como socialmente competente. Si el procesamiento es erróneo, la conducta social será incompetente. El procesamiento consta de cinco etapas secuenciales que se suponen ocurren en el tiempo real y que si se superan, conducen a una conducta social competente.

Etapa 1: El niño debe codificar las claves de la situación. Para ello tiene que poner en marcha la percepción, atención y sensación. Los errores en el proceso de codificación conducirán a un comportamiento incoherente con las exigencias de la situación.

Etapa 2: Comprende la representación mental de los estímulos o claves de la situación y su interpretación exacta. Esta etapa requiere la aplicación de una serie de reglas de interpretación para entender las claves o exigencias de la situación. Estas reglas son complejas y varían en función de la cultura, clase social, nivel cultural, sexo, edad, etc.

Etapa 3: El niño genera una o más respuestas comportamentales acordes a las exigencias ambientales. Las reglas para acceder a estas respuestas se van depurando a lo largo del

desarrollo y su adquisición parece que se efectúa emparejando las claves de una situación social determinada con la emisión de una respuesta particular par esa situación.

Etapa 4: Etapa de evaluación y decisión. El niño debe evaluar la eficacia probable y las consecuencias de las respuestas que ha generado y elegir la respuesta más óptima.

Etapa 5: El niño desarrollará la conducta seleccionada y ello provocará la aparición de unos determinados resultados en el ámbito social.

Los estudios sobre la adquisición de las estrategias sociales ponen de manifiesto que las más sofisticadas (necesarias para cooperar, negociar e intercambiar) se desarrollan en el contexto de la interacción con los compañeros.

Entre los investigadores existe un gran consenso en reconocer que la adaptación escolar depende de las relaciones que los alumnos mantienen con sus compañeros (Díaz-Aguado, 1986, 1988; Parker y Asher, 1987; Kupersmidt y Coie, 1990; Ladd, 1990). Cuando las relaciones entre compañeros son adecuadas proporcionan lo mejor de la escuela y el principal apoyo emocional (Bernd y Perry, 1986). Cuando los niños son rechazados o ignorados por sus compañeros, éstos se convierten en fuente de estrés e inadaptación escolar (Díaz-Aguado, 1986, 1988; Asher y Wheeler, 1985).

Lo que se puede deducir del rechazo de los compañeros en la infancia no se limita al contexto escolar, sino que lleva a problemas más graves de adaptación socio-emocional durante la vida adulta, como, por ejemplo, el suicidio (Stengle, 1971); la delincuencia (Roff, Sells y Hymel, 1972; Roff y Wirt, 1984); o la demanda psiquiátrica (Cowen y otros, 1973; Roff y Wirt, 1984).

Las relaciones entre compañeros representan el contexto principal en el que se desarrolla la competencia social y se ensayan la mayoría de las habilidades necesarias para una adecuada adaptación en la vida adulta. Las relaciones entre amigos son las más importantes puesto que en ellas se ensayan las estrategias sociales más sofisticadas (Newcomb y Brady, 1982; Nelson y Aboud, 1985). Cuando un niño es rechazado por sus compañeros la interacción con ellos suele quedar deteriorada y no cumple la

función socializadora (Díaz-Aguado, 1986, 1988, 1990). Por ello, los niños sin amigos tienen muchas menos oportunidades para desarrollar su competencia social; de ahí la gran relevancia que tiene lograr que consigan al menos un amigo entre sus compañeros.

No todos los alumnos están capacitados al llegar a la escuela para relacionarse adecuadamente con los otros niños. Si ocurre esta falta de adaptación las deficiencias de integración van progresivamente en aumento obstaculizando las condiciones mínimas para un desarrollo normal hasta provocar los graves problemas que el rechazo permite predecir.

Los niños desarrollan entre los 3 y los 5 años un tipo de juego, llamado juego desordenado, que produce un alto nivel de activación; supone conductas como correr, saltar, reírse empujarse y chillar; y cuya principal función parece ser la socialización de la agresividad. Los niños que no interactúan con sus iguales en este período (Blurton-Jones,1967) difícilmente la desarrollan después; y suelen ser tímidos, inseguros, incapaces de diferenciar entre el juego de lucha y la verdadera agresión y tienden a rechazar los juegos que requieren contacto físico o el más mínimo riesgo, características que coinciden con las de los niños aislados (ignorados por sus compañeros). Los niños rechazados también suelen tener dificultades en el juego de competencia, al que responden de forma agresiva por confundirlo con la verdadera agresión (Pellegrini, 1987, 1988; Dodge y otros, 1990).

Puede considerarse el juego desordenado como antecedente de otro tipo de juego, específico de los seres humanos, que desempeña también un papel importante en la adquisición del repertorio conductual adulto: el juego estructurado. El juego protagonizado permite a los niños entrar en el mundo de los adultos, ensayar sus relaciones y de esa forma comprender sus normas y el significado de sus actividades (Elkonin, 1980). Aquí se producen los primeros intercambios de papeles que son la base de este último (Pellegrini, 1987). El juego proporciona así un contexto protegido que permite practicar en una situación imaginaria, evitando los riesgos que supondría comenzar esta práctica en la vida real.

La necesidad de jugar disminuye cuando se adquiere la capacidad de establecer una buena comunicación con uno mismo a través del lenguaje interno. Conviene tener en cuenta que la interacción con los compañeros representa un contexto intermedio entre la comunicación con los adultos y la

comunicación con uno mismo gracias al cual se adquiere la capacidad de autorregulación de la conducta (Forman y Cazden, 1984). Un compañero proporciona una oportunidad de comunicación mucho más próxima al lenguaje interno que la que proporciona un adulto. La importancia que los compañeros tienen (especialmente en la adolescencia) en la comprensión de los propios procesos psicológicos pone de manifiesto que hablar con un compañero es como hablar con uno mismo. Por eso, el hecho de discutir con los compañeros tiene más eficacia que discutir con adultos para estimular el desarrollo cognitivo tanto en la comprensión del mundo social (Blatt y Kohlberg, 1975) como en la comprensión del mundo físico (Doise y Mugny, 1983).

Los compañeros activan el proceso de adopción de perspectivas, como consecuencia del cual se construye tanto el conocimiento de uno mismo como el de los demás (Kohlberg, 1969; Selman, 1980) y desempeñan un papel prioritario en la formación de la propia identidad de la que dispone el sujeto para poder compararse y evaluar así con precisión la propia eficacia (Bandura, 1981).

Los estudios realizados sobre la adquisición de habilidades sociales ponen de manifiesto que las más sofisticadas (como cooperar, negociar e intercambiar) se desarrollan fundamentalmente en el contexto de las interacciones entre compañeros.

Los compañeros enseñan un importante principio social que difícilmente puede enseñar la familia: la estrecha reciprocidad que caracteriza a la mayoría de las relaciones sociales, la necesidad de dar para poder recibir. Como señaló Piaget (1932), la igualdad favorece la reciprocidad, y, por tanto, la cooperación. Mientras, que, por el contrario, la desigualdad que existe entre el adulto y el niño favorece las relaciones heterónomas (desiguales), en las que el adulto ocupa siempre el mismo papel, que difícilmente puede intercambiar con el niño.

La relación con los adultos y con los compañeros se desarrolla en estrecha relación, cumple funciones diferentes y ninguna puede sustituir totalmente a la otra. Con los adultos se produce el primer tipo de relación social como consecuencia del cual se adquiere la seguridad e inseguridad básica. Los compañeros comienzan a influir en el desarrollo un poco después y a través de complejas interacciones estimulan la adquisición de la independencia.

Para que la interacción con los compañeros se desenvuelva normalmente y permita desarrollar la competencia social es necesario que el sujeto haya desarrollado con anterioridad la seguridad que proporciona una correcta relación con adultos (Lieberman, 1977; Leach, 1981; Puttallaz, 1983; Lafreniere y Sroufe, 1985; Díaz-Aguado, 1986; Park y Waters, 1989).

Uno de los procedimientos más utilizados para estudiar la competencia social consiste en analizar las conductas que diferencian a los niños con niveles extremos de aceptación y rechazo, evaluando dichos niveles a través de técnicas sociométricas. La revisión de las numerosas investigaciones realizadas (Master y Furman, 1981; Puttallaz y Gottman, 1981; Asarnow, 1983; Puttallaz, 1983; Dodge, 1983; Quay y Jarret, 1984; French, 1988; Ladd, Price y Hart, 1988; Puttallaz y Wasserman, 1989; Dodge, Coie, Pettit y Price, 1990) permiten agrupar las deficiencias conductuales que están debajo del rechazo de los compañeros en a) conductas problemáticas en relación a la tarea escolar y al profesor, que reflejan la inadaptación al contexto social en el que se produce el rechazo; b) la incapacidad para establecer relaciones simétricas de colaboración; c) la falta de habilidad para expresar aceptación o la tendencia a expresar rechazo; y d) una necesidad excesiva de llamar la atención sobre uno mismo, que suele producirse como consecuencia de la incapacidad para adaptarse a las situaciones grupales.

Analizando las categorías descriptivas asociadas a los niños más aceptados y rechazados en los primeros cursos de escolaridad, se encuentra que el rechazo no parece ser lo contrario de la aceptación (Díaz-Aguado, 1986). Las categorías más frecuentes entre los niños rechazados, reflejan que el rechazo se produce como consecuencia de la inadaptación al aula; mientras que las categorías más frecuentes entre los niños aceptados, reflejan que la aceptación está relacionada con las cualidades como amigo y la capacidad para ayudar a los otros niños.

Los niños rechazados colaboran muchísimo menos; piden información con menos frecuencia; y llaman mucho más la atención sobre sí mismos. Lo cual refleja que los niños rechazados tienen dificultades para desarrollar los comportamientos de superior complejidad y capacidad adaptativa necesarios para una correcta interacción con los compañeros.

2.2. Importancia de la Competencia Social.

Sullivan (1953) sugirió que las enfermedades mentales eran perturbaciones de la conducta social. Entre los especialistas está cada vez más extendida la idea de que los déficits en competencia social podrían conducir al desajuste psicológico (Phillips, 1978; Argyle, 1983, capt. 9; Gilbert y Connolly, 1995). Parece posible concebir el buen funcionamiento social como un prerrequisito para el ajuste psicológico, más que considerar la conducta interpersonal como sintomática a un trastorno psicopatológico.

Este cambio de orientación está en la base de la atención que en los últimos años ha recibido el estudio de la competencia social en los niños y adolescentes, acumulándose un considerable número de resultados que demuestran las relaciones que existen entre la competencia social infantil y el posterior ajuste psicológico y académico. La competencia social siempre será objeto de intervención.

2.3. Competencia Social y Discapacidad.

Uno de los argumentos que se plantean a favor de la educación integrada es su eficacia para desarrollar la capacidad de adaptación del alumno a un entorno complejo y diverso. Pero, la integración física por sí sola no conduce automáticamente a la integración social. Entre los requisitos para que la integración social sea efectiva destaca la necesidad de que los alumnos tengan la competencia social necesaria para interactuar de forma positiva con sus compañeros.

Guralnick (1976), Guralnick y Paul-Brown (1977) y Guralnick y Groom (1987), investigaron sobre la integración. Entre los años 70 y los 80 los estudios experimentales sobre este tema se orientan en torno a la naturaleza de la interacción que los niños de preescolar con retraso cognitivo y sin él establecen en grupos homogéneos y en grupos heterogéneos. Los resultados obtenidos en estos trabajos permiten concluir que la integración es posible, resulta beneficiosa y no produce efectos perjudiciales en los alumnos sin necesidades educativas especiales.

Guralnick y Paul-Brown (1977) comprueban desde los 4 años, que los niños suelen adaptar su comunicación verbal al nivel lingüístico de sus compañeros con retraso mental. Resultado que los autores interpretan en apoyo de la eficacia de los niños sin necesidades educativas especiales como tutores de sus compañeros con necesidades especiales. En otra investigación del mismo autor (Guralnick, 1981) se comprueba que los niños con retraso mental disminuyen su comportamiento disruptivo cuando interactúan en grupos heterogéneos a los que parecen imitar.

Las dificultades de adaptación de los niños con discapacidad en contextos normalizados se caracterizan por la falta de intencionalidad social, motivada por el miedo al fracaso (Taylor, 1984), que les lleva a la pasividad y a la aceptación de las iniciativas de los otros niños; lo que puede reducir las posibilidades para establecer relaciones de amistad y para adquirir a través de ellas las estrategias sociales más complejas.

Las investigaciones actuales sobre este tema siguen proporcionando apoyo a la integración al mismo tiempo que reflejan sus dificultades. Aquí cabe incluir la investigación de Guralnick y Groom, 1987, en la que se estudia el desarrollo de la interacción entre compañeros en grupos heterogéneos (en edad y nivel mental) durante un período de 4 semanas (2 horas diarias de interacción, 5 días a la semana). La composición de cada uno de los grupos es de 3 niños de 4 años sin discapacidad; 3 niños de 3 años sin discapacidad; y dos niños de 4 años con retraso mental, (similares al primer grupo en edad cronológica y al segundo en nivel de desarrollo cognitivo). Los resultados indican que los niños con discapacidad prefieren interactuar con niños sin discapacidad, de su misma edad cronológica. Cosa que logran al principio de la relación. La mayoría de los juegos en los que participan los realizan junto a dichos compañeros. El nivel de desarrollo social manifestado por los niños con discapacidad mental es inferior al nivel de desarrollo cognitivo. Las dificultades más significativas se producen en relación al lenguaje expresivo y en situaciones ambiguas o sutiles. Los niños sin dificultad parecen percibir a partir de cierto tiempo la deficiencia porque los niños con dificultad apenas reciben peticiones de información, no son imitados por los compañeros, resultan menos elegidos para el juego y tienen un estatus sociométrico inferior. Las diferencias en interacción entre los niños con discapacidad y los que no la tienen aumentan con el paso del tiempo.

En los estudios comparativos sobre contextos educativos reales también se observan diferencias de conducta similares a las expuestas (Brinker, 1985), incluso cuando la distribución de los alumnos a los centros de integración y de educación especial se realiza al azar (Gampel, Gottlieb y Harrison, 1974). Por lo que se interpreta el hecho de que se encuentren niveles de competencia social más desarrollados entre los alumnos de discapacidad integrados en aulas ordinarias (Espósito y Koorland, 1989; Lord, Varzos y otros, 1990).

Una de las evidencias sobre las dificultades de la educación integrada la proporcionan los estudios basados en técnicas sociométricas sobre el rechazo y el aislamiento que sufren los alumnos con necesidades educativas especiales en aulas de integración.

Desde la primera investigación realizada sobre estos problemas (Johnson, 1950) se ha encontrado que los alumnos con retraso mental suelen ser bastante más rechazados que los otros niños (en una proporción de cuatro a uno); pero, sobre todo, mucho menos elegidos como amigos (en una proporción de uno a doce). Las razones esgrimidas por los compañeros para justificar dichos rechazos se orientan en torno a lo que podría considerarse como conducta inadecuada o disruptiva de los niños con retraso mental.

Los estudios posteriores (Taylor, 1984; Gresham, 1987; Taylor, Asher y Williams, 1987; Alia, 1990; Stone y LaGreca, 1990) realizados sobre el estatus social de los alumnos con discapacidad mental entre sus compañeros de aulas ordinarias, permiten concluir que su estatus es significativamente inferior al de sus compañeros, y, además, en la percepción de su conducta suele influir la mayor visibilidad que la discapacidad implica en contextos de integración.

No todos los alumnos con dificultades especiales tienen un estatus sociométrico inferior al de sus compañeros sin dificultades. La evidencia refleja que tiene importancia en este resultado tanto la influencia y la competencia social del alumno integrado (Taylor, 1984; Gresham, 1987; Nelson, 1988) como el papel de las condiciones educativas en las que se lleva a cabo la integración (Gottlieb y Leyser, 1981; Wang, 1981; Jones, 1987).

Los estudios realizados en aulas de integración reflejan que el estatus sociométrico de los alumnos con necesidades especiales correlaciona significativamente con su rendimiento y con la ausencia de comportamiento disruptivo (MacMillan y Morrison, 1980). Parece que cada una de estas variables puede influir de forma diferente; puesto que la competencia académica por parte del profesor se relaciona más con el nivel de aceptación de los compañeros, mientras que la percepción del comportamiento disruptivo está más relacionada con el rechazo (Gottlieb, Semmel y Veldman, 1978).

Las investigaciones experimentales realizadas sobre cómo se forman estos procesos perceptivos sugieren que la percepción de que los niños con necesidades educativas especiales tienen conductas disruptivas podría originarse como consecuencia de su dificultad para adaptarse a las exigencias específicas de cada situación (Bourgoundien, 1987); que reflejan en el tono de voz exageradamente alto o bajo, la gesticulación excesiva e inoportuna o la ausencia de relación con los objetivos y conductas manifestados por los demás.

Taylor (1984) relaciona dicho problema con la dificultad de los alumnos con retraso mental para hacer inferencias que permitan interpretar las exigencias de las distintas situaciones sociales. Cuando se les pregunta cómo pueden resolver determinados conflictos sociales sugieren estrategias sin conectarlas con la situación ni tener en cuenta su adecuación.

Una de las principales diferencias entre los alumnos con dificultades especiales y sus compañeros es la menor frecuencia con que aquellos participan en relaciones de colaboración, debido a la ambigüedad de las situaciones.

2.4. Competencia Social y Sordera.

Las investigaciones sobre el desarrollo social de los sordos indican que éstos tienen un conocimiento social limitado. Los chicos/as sordos poseen limitaciones en habilidades sociocognitivas tales como comprender emociones, resolver problemas y procesos de atribución.

Desde los años 50 a los 60 se han realizado estudios sobre la madurez social de los sordos (Levine y Wagner, 1956; Myklebust, 1960). Estos estudios presentan a los sordos como personas "inmaduras", "egocéntricas", "rígidas en las relaciones sociales" o "con poca adaptación social". En los años 80 también se comprueba que los sujetos sordos tienen menos habilidades sociales que los oyentes, y esto tiene que ver con su habilidad en el lenguaje.

La imposibilidad de acceder al lenguaje implica una menor habilidad para extraer significado de las experiencias sociales diarias. Los chicos/as sordos reciben explicaciones muy limitadas acerca de los sentimientos, roles, razones para las acciones y consecuencias de la conducta.

Su conducta e interpretación de los acontecimientos sociales estaría limitada por su menor socialización a través del lenguaje. Por lo tanto, parece razonable que los chicos/as y adolescentes sordos presenten una pobre autoestima, problemas de conducta, así como una limitada comprensión de las causas y de los significados de muchos acontecimientos. La falta de lenguaje tiene consecuencias tanto en el medio interno del chico/a (autoconcepto, habilidades de mediación verbal...) como en sus relaciones con el entorno exterior (interacciones con sus familiares, profesores y compañeros).

Además también se ha comprobado que hay una relación en toda la población de chicos/as y adolescentes entre el menor conocimiento y desarrollo social y la ausencia de independencia y autorresponsabilidad.

Por esto hay que dar importancia a las reacciones familiares en el desarrollo del conocimiento y ajuste social. Cuanto más quieran ser sobreprotectores los padres y familiares de los chicos/as sordos menos autonomía tendrán y, por lo tanto, menos experiencias independientes durante la infancia y adolescencia. El promocionar la independencia facilita el desarrollo posterior de la espontaneidad, de la curiosidad social e intelectual.

Meadow (1968) encontró que un 15% de padres oyentes de niños sordos mantenían que se debía permitir al niño sordo menor de cinco años jugar en los alrededores del vecindario, frente a un 50% por parte de los padres sordos, que no lo permitía.

Schipman (1968), señala que los padres oyentes tienden a controlar más la conducta de sus hijos de una forma "normativa" (sin justificación clara), que de un modo racional, es decir, ofreciendo razones y refuerzos futuros. La sobreprotección tiene consecuencias también en el control de la conducta ejercido por los padres. El trabajo de Gregory (1976) indica que los padres de niños sordos se mostraban más permisivos hacia sus hijos sordos que hacia los oyentes.

Uno de los argumentos más importantes que se plantean a favor de la educación integrada es su potencial de eficacia para desarrollar la capacidad de adaptación del niño a un entorno complejo y diverso. Sin embargo, la integración física por sí sola no conduce automáticamente a su integración social. La evidencia disponible refleja la influencia de dos variables en la adaptación social de los alumnos con necesidades educativas especiales: la competencia social del alumno integrado y las condiciones educativas en las que se lleva a acabo la integración.

Los estudios realizados sobre el tema encuentran niveles de competencia social más desarrollados entre los alumnos con discapacidad integrados en aulas ordinarias que en aulas de educación especial. Al comparar las relaciones que se establecen entre los niños sordos y los oyentes se concluye que:

1) Las interacciones que se producen entre los niños oyentes son más complejas y sofisticadas que las que se producen entre los sordos.

2) Los niños sordos dirigen menos conductas sociales a sus compañeros que los oyentes. Las diferencias aumentan cuando se consideran los intercambios sociales, incluyendo el éxito que obtienen con las conductas sociales que dirigen.

3) El principal riesgo que la sordera implica en las relaciones con los iguales es el aislamiento; debido a la escasa frecuencia con que se emiten conductas sociales y por la ausencia de respuesta que aquellas provocan.

Los problemas más significativos de los niños con discapacidad en las relaciones que establecen con otros niños consisten en su dificultad para adaptarse a las exigencias específicas de cada situación y se producen fundamentalmente en situaciones ambiguas o poco estructuradas y/o respecto a las demandas más sutiles.

Es, por tanto, necesario garantizar su interacción educativa, sobre todo con sus compañeros, a través de actividades altamente estructuradas cuyas exigencias queden muy explícitas, interacción que se pretende proporcionar a través del aprendizaje cooperativo.

Los alumnos sordos integrados conocen estrategias de interacción significativamente más complejas y adaptativas que los niños sordos no integrados en clases. Por lo tanto, parece que la integración favorece la capacidad de adaptación del niño a la relación con sus compañeros, estimulando el desarrollo de estrategias más eficaces para conseguir los objetivos interpersonales, de consecuencias sociales más positivas, así como estrategias más sofisticadas y de superior nivel evolutivo.

Por otro lado, las mayores diferencias encontradas entre la competencia social de los niños sordos de los centros de integración y no-integración se producen en situaciones sociales relacionados con objetos que son propiedad de los niños, en las que los alumnos de los centros no integrados parecen haber tenido mucha menos experiencia que los niños de los centros de integración.

Los investigadores raramente han examinado el ajuste social de los niños discapacitados auditivos que eran atendidos en escuelas públicas. Craig (1965) estudio el ajuste emocional de los estudiantes discapacitados auditivos en diferentes marcos educativos, encontró que los estudiantes sordos en escuelas residenciales y los estudiantes oyentes de escuelas públicas con alumnos en clases integradas fueron parecidas en todas las áreas del desarrollo.

Los investigadores Craig (1965); Garrison y Tesch (1978); Safarty y Katz (1978); Farrugia y Austin (1980) encontraron que los estudiantes sordos que estaban integrados en escuelas públicas demostraron niveles más bajos en sociabilidad, emocionabilidad y conductas maduras que los estudiantes sordos en escuelas residenciales. Las explicaciones de sus estudios incluían que los

estudiantes discapacitados auditivos que van a la escuela de día no estaban totalmente integrados en los servicios de apoyo y por eso estarían en la periferia de la interacción social.

Reich, y otros (1977) encontraron una relación negativa entre el ajuste social y el espacio de tiempo en clases integradas. Este estudio comprendía 4 programas de integración (completamente integrados, integrados con apoyo a tiempo parcial, integrados con apoyo de la clase de recursos y segregados con una mínima integración) y no encontró diferencias entre los grupos en la evaluación de los profesores en ajuste social. Según este estudio, los estudiantes discapacitados auditivos de 2º curso, integrados plenamente en clases normales con servicios de apoyo de un profesor itinerante para discapacitados auditivos, llegaron a tener menor ajuste social a pesar del tiempo pasado en el marco educativo. Los estudiantes de 2º curso que estaban plenamente integrados y no recibían apoyo de un profesor especialista en audición tenían un descenso del autoconcepto con el tiempo. Estos autores propusieron que aunque la integración era beneficiosa para el desarrollo académico, el desarrollo emocional y social de los niños sordos podía estar influido negativamente por el aumento de la integración con los niños oyentes. En este mismo estudio, los estudiantes integrados a tiempo completo en clases con apoyo de profesores a tiempo parcial tienen el autoconcepto más alto.

Bruininks (1978) comparo a los estudiantes normales con los estudiantes integrados que adquirieron su discapacidad y encontraron una diferencia significativa en aceptación social entre los discapacitados que lo habían adquirido y sus compañeros normales.

Cambra Vergés y Silvestre Benach (1994) en una investigación realizada en la Autónoma de Barcelona, intentaron conocer las repercusiones que la deficiencia auditiva comporta en el desarrollo del adolescente sordo. Analizaron algunos de los factores implicados en este desarrollo: la actitud y expectativas de la familia, de la escuela, de los compañeros; exploraron la imagen social de la sordera. Hicieron un análisis orientado a saber como se percibe a sí mismo el sordo en la adolescencia, como es percibido el individuo sordo entre los compañeros de clase y los padres y la imagen de la sordera en la sociedad. Los adolescentes sordos tienen mayores problemas al ser receptores, aunque reelaboran bien la información recibida, estando bien preparados para actuar como comunicadores. Entre los 12 y 19 años no se apreciaron diferencias motivadas por la edad en la competencia comunicativa pero sí en la

comprensión oral y recepción de información con influencia del grado de pérdida auditiva en todos los casos. Los sordos adoptaban una identidad dual, aceptación de sus limitaciones e integración en la cultura sorda minoritaria, o integración en la cultura oyente mayoritaria. Mientras los sordos severos aluden a sus problemas de comunicación, los sordos profundos aluden a la importancia de la interrelación con sus compañeros. Los compañeros oyentes aceptan al sordo y se esfuerzan por integrarlo, siendo esta relación decreciente desde los más pequeños a los mayores.

Afzali (1995) hizo una investigación en el que cuarenta y ocho educadores comprometidos en programas de integración con niños sordos e hipoacúsicos respondieron al estudio para valorar el impacto de estos programas en el ajuste social en chicos sordos e hipoacúsicos y describieron el grado en el que las condiciones educacionales se presentaban en sus escuelas. El acuerdo entre los educadores de los programas de integración mejoró el ajuste social. Los efectos positivos dependieron de las condiciones educacionales en las que estos programas fueron ofrecidos. El impacto de la integración fue más favorable si los chicos sordos e hipoacúsicos recibían apoyo social, si las opciones de integración estaban disponibles, y si los profesores y padres ayudaban en el programa.

Marichal y Quiles del Castillo (1996), analizan el contacto en la integración de los sordos en el aula. La hipótesis del contacto predice que la interacción entre miembros del grupo mayoritario y minoritario reduce el prejuicio y elimina los estereotipos negativos que los primeros mantienen acerca de los segundos. La investigación persigue como objetivo, determinar el papel que la política de integración escolar, fundamentada en la hipótesis del contacto, juega en el mantenimiento o cambio de la imagen social del deficiente sensorial. Para ello, elaboraron una prueba mixta de estereotipos, que fue administrada a una muestra de 333 alumnos de 7º de EGB de la Isla de Tenerife. Los análisis estadísticos realizados, no les permitieron constatar diferencias en la imagen que los grupos de escolares, asistentes o no a las aulas de integración, tienen del deficiente sensorial.

Antia, Stinson, y Gaustad (2002), discuten la importancia de la integración. Desde una perspectiva constructivista social de aprendizaje y enseñanza proponen que los estudiantes interactuen en las clases con otros y los profesores promuevan una enseñanza de mejor calidad. Los autores sugieren que la integración es posible, pero para que los estudiantes sean miembros de pleno derecho de

su clase y escuela, los programas deben centrarse en la comunicación. Para facilitarla, los programas de integración deben cuidar y dirigir las actitudes de los profesores, las actividades del profesorado, los roles del profesorado y las relaciones, el conocimiento de los estudiantes y su currículo, las barreras estructurales, las actividades extracurriculares, las relaciones comunitarias, y el apoyo de los padres.

Una de las mayores preocupaciones de los jóvenes sordos es la inserción escolar y laboral, mientras que sus pares oyentes se interesan por la expresión de los propios sentimientos o conocer sus propias cualidades. Este sentimiento de preocupación por la inserción social en los sordos se traduce en una actitud competitiva con el mundo oyente, actitud que aparece reflejada en la expresión de los propios sentimientos mediante frecuentes referencias a aspectos evaluativos de sí mismo en relación con los oyentes.

Además, las ansias de comunicación con el entorno social constituyen uno de los contenidos principales en la interacción de los jóvenes sordos. Esta necesidad de comunicación aparece centrada en sus pares y en la familia, y constituye una de sus mayores preocupaciones. Esta comunicación debe ponerse en relación a factores de identidad social al reivindicar el derecho a utilizar el Lenguaje de Signos como vía de comunicación normalizada.

Sheridan (2000), presenta la perspectiva de 7 chicos sordos (de 7 a 10 años) en su entorno natural, tratando cuestiones que han sido largamente ignoradas en la literatura y la investigación de los sordos. Se describen las imágenes que los niños sordos compartían con el autor durante las entrevistas. Aunque surgieron muchos temas de este estudio, hay tres temas que reflejan la opinión de los niños en sus relaciones con otros: las semejanzas y diferencias que ven entre ellos mimos y los otros (aceptación y acercamiento a los otros, alejamiento y diferencia de los otros), y cómo los niños sordos determinan quién es sordo, oyente e hipoacúsico.

Stinson y Whitmire (2000) examinaron las claves sobre la motivación de las relaciones entre iguales, y su identidad como adolescentes sordos. Estas cuestiones se discutieron sobre el marco del desarrollo social y psicológico de los adolescentes sordos o hipoacúsicos.

Satapathy y Singhal (2001) examinaron los significantes sociales (estrés, autoestima y conducta problema) y las variables demográficas y socioeconómicas (edad, edad del comienzo de la discapacidad, importancia de la discapacidad, educación y trabajo de los padres, ingresos económicos, status de los padres y educación preescolar) como correlatos y predictores del ajuste socio-emocional de 79 adolescentes invidentes y 80 sordos (edad entre 13 y 21 años). La muestra completó la Lista de Síntomas de Hopkins para el Estrés, la Escala de Autoestima de Basavanna, y la Escala de Ajuste Socio-Emocional de Meadow-Kendall. Los resultados revelaron que los problemas de conducta, estrés y resultados académicos, suelen ser los predictores comunes y los contribuidores del mejor ajuste socio-emocional. Las variables de base contribuyeron al ajuste en el caso de los estudiantes ciegos, pero los ingresos familiares y la sordera de los padres contribuyeron positivamente en los estudiantes sordos.

Kopans (2001), estudia las percepciones de los profesores con estudiantes sordos e hipoacúsicos integrados, y sus experiencias de trabajo con estos estudiantes. Cincuenta profesores de la escuela elemental, de 11 estados de EEUU, completaron cuestionarios sobre dos estudiantes de sus clases. Un juego de cuestionarios se relacionaba con la integración de los sordos e hipoacúsicos, y otro juego era para estudiantes oyentes (control), que se correspondían con los niños sordos en sexo, raza y no recibían educación especial. Para cada estudiante, los profesores completaron El Sistema de Evaluación de Destrezas Sociales, La Escala de Relaciones Estudiante-Profesor, y Los Índices de Estrés del Profesor y también Información Demográfica. Los resultados indicaron que los profesores no tenían niveles más grandes de estrés con los estudiantes sordos que con los oyentes. De igual forma, no se percibían diferencias en la calidad de las relaciones entre estos dos grupos de estudiantes. Los profesores informaron que los estudiantes sordos tenían destrezas sociales más débiles. Las habilidades de comunicación de los estudiantes sordos tuvieron correlaciones significativas con las percepciones que estos profesores tenían sobre las habilidades sociales de estos estudiantes y su competencia académica, la calidad de las relaciones estudiante-profesor, y su estrés de trabajo con estos estudiantes. Interesa también, el número de servicios de ayuda escolar que recibían los profesores, y las horas de educación especial que recibían los estudiantes sordos (intérpretes, apoyo educativo), no fueron, en conjunto, predictores del estrés de los profesores. La correlación entre horas de servicio que recibían los estudiantes y el estrés de los profesores era significativa, pero de baja magnitud. En conjunto, los

profesores percibían que los estudiantes sordos obtenían buenos resultados, y ellos se sentían capaces de trabajar con ellos.

Bat-Chava, y Deignan (2001) estudiaron las relaciones de los niños con implante coclear con sus iguales. Ofrecieron un análisis cuantitativo y cualitativo de entrevistas con 25 padres quienes describían las destrezas comunicativas de sus hijos de 5 a 10 años y medio y las relaciones con sus iguales antes de ponerles el implante y después. Los resultados mostraban que el implante tiene potencial para mejorar las relaciones de los niños sordos con sus iguales oyentes. Sin embargo, los niños con implante coclear seguían teniendo obstáculos al comunicarse, que impedían las relaciones sociales con sus pares oyentes.

Sheridan (2001), en entrevistas dirigidas con 7 niños sordos, de 7 a 10 años, examina los pensamientos íntimos y el sentimiento sobre ellos mismos, sus relaciones con otros, y la experiencia comunicativa con su familia, profesores y amigos. Seleccionó los niños basados en su origen cultural y conversó según el método de comunicación preferido por cada uno de ellos. La autora utilizó el siguiente procedimiento: añadió cuestiones standard, presentó un dibujo de su vida y les contó una historia sobre este dibujo; después mostró a cada niño fotografías recortadas de una revista y les dijo que las describieran. La autora intentó explorar los mecanismos que los niños y sus familias usan para fomentar las relaciones confortables, las experiencias positivas y su crecimiento.

Para analizar los factores que afectan las relaciones entre niños sordos que tienen implante coclear o ayudas auditivas y sus hermanos oyentes, Bath y Martin (2002) diseñaron un análisis cualitativo de datos con una entrevista para padres y niños sordos. Los participantes eran padres de 29 niños sordos con, al menos, un hermano sordo; 20 niños usaban implante coclear y 9 usaban ayudas auditivas. Los resultados indicaban que el orden de nacimiento, el tamaño de la familia, la ansiedad de los padres ante la sordera y las comparaciones negativas realizadas por los padres de hermanos oyentes y sordos eran las claves de las relaciones de los hermanos. El contexto familiar fue importante para comprender las experiencias de los niños sordos y sus hermanos oyentes.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

CAPÍTULO III. ACTITUDES, AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL EN SORDOS

1. Actitudes hacia las Personas con Discapacidad.

Las necesidades específicas de las personas con discapacidad constituyen un problema real dentro de la sociedad. Pensemos, por ejemplo, que los sujetos con retraso mental muestran un predominio de déficits cognitivos: desde la incapacidad para identificar personas y objetos hasta la restricción grave y/o total del uso del lenguaje (Gómez Rodríguez, 1987). Para lograr su integración real no basta con arbitrar medidas legales. Es crucial contar con una actitud general favorable y tolerante de la población no discapacitada. Por este motivo, es prioritario que los centros educativos incluyan en sus proyectos actividades cuyo objetivo sea el fomento de las actitudes adecuadas.

1.1. Introducción.

Aunque no existe una definición comúnmente aceptada, es posible establecer algunas líneas directrices que nos ayuden a delimitar el concepto de actitud. Una definición que engloba las aportaciones de los principales autores podría ser ésta:

Una actitud es una respuesta compleja y estable de un sujeto que supone la evaluación de un objeto, persona, grupo o entidad abstracta y que consta de aspectos cognitivos, afectivos y conductuales.

Esta respuesta supone una manifestación más de la reactividad del ser humano hacia el medio. Se dice compleja porque mantener una actitud significa poseer ciertas ideas o creencias, sentir emociones, agrado o desagrado, y tender a comportarnos con el objeto. Estable porque las actitudes constituyen una parte importante de nuestro modo de relacionarnos con el mundo. La mayoría se suelen formar a edades tempranas, y no resulta fácil su modificación. Evaluación implica una valoración subjetiva del objeto, persona o grupo a que se refiera. Siempre que mantenemos una actitud, lo hacemos en relación con algo o alguien (objeto, persona, grupo o entidad abstracta). Para poder concretar la existencia o no de una actitud, debe existir un referente, independientemente de la naturaleza de éste (un tema, un concepto, un colectivo de personas, etc.).

Desde la psicología se han entendido con frecuencia las actitudes como constructos teóricos, es decir, conceptos que creamos para explicar por qué se dan determinadas respuestas ante ciertos estímulos. Se habla de las actitudes como elementos mediadores que, desde el interior del individuo, modulan el comportamiento del mismo en relación con el medio. Por supuesto, se trata de entidades inobservables, que no son medibles por sí mismas, sino que debemos inferirlas de las diversas manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales de los individuos.

1.2. Estructura de las Actitudes.

Desde una visión tridimensional de la actitud se postula que cabe hablar de tres componentes: *conductual, cognitivo y emocional o afectivo.*

- *Componente conductual:* quedaría reflejado por nuestra tendencia o predisposición a comportarnos ante una persona en silla de ruedas; por ejemplo, si iniciamos frecuentes acercamientos al minusválido o tendemos a evitar el inicio de una conversación porque nos resulta incómoda su situación en la silla de ruedas.

- *Componente cognitivo:* vendría definido por la representación mental que poseemos del sujeto en cuestión, así como toda suerte de creencias, opiniones, pensamientos a él asociados. Presencia de estereotipos (tendencia a sobrestimar la presencia de ciertas características juntas en la persona del minusválido). Muchas personas mantienen la creencia de que estar en una silla de ruedas supone un handicap insuperable, o que el discapacitado posee menos autoestima.

- *Componente emocional o afectivo:* puede expresarse verbalmente o mediante activación fisiológica. En opinión de Triandis, Adamopoulos y Brinberg (1986), no podemos pensar en muchas cosas sin sentir una emoción. Puede ocurrir que la presencia del individuo en silla de ruedas nos haga experimentar sensaciones desagradables o nos sintamos nerviosos o tensos.

Aunque muchos autores han reducido su visión de las actitudes al componente afectivo, probablemente porque puede ser un buen resumen del concepto complejo de actitud y predecir el comportamiento, no se puede prescindir de la clara relevancia que poseen los aspectos conductuales, sobre todo en orden a idear estrategias de modificación de las actitudes (básicamente cambiamos nuestra forma de ver las cosas desarrollando conductas).

1.3. Implicaciones de las Actitudes.

No se pueden conceptualizar las actitudes simplemente como "elementos mentales" abstractos encapsulados en el interior del individuo. Evidentemente, el hecho de mantener determinada actitud reporta consecuencias no sólo para el individuo que la mantiene, sino para la persona o el grupo sobre los que recae dicha actitud.

Desde el punto de vista del sujeto, el hecho de mostrar una determinada actitud le facilita el modo de organizar sus relaciones con el entorno (McGuire, 1969). El hecho de haber aprendido mediante socialización temprana ciertas pautas de interacción ante los sujetos sordos puede dictarnos cómo comportarnos si una persona de estas características necesita ayuda. Sin embargo, la simplificación del mundo que conlleva la actitud puede llevar a que nos comportemos de forma estereotipada ante todos los sujetos que presentan ciertas características (por ejemplo, gesticular de forma exagerada ante individuos sordos), lo cual resulta poco adaptativo.

Las actitudes forman parte de la identidad personal del sujeto, éste las vive como algo propio y definitorio de sí mismo, y le sirven para expresarse. De ahí la dificultad que reporta a veces el intento de modificación de actitudes adquiridas en etapas tempranas de la vida.

La importancia social y práctica que revisten las actitudes viene dada por las implicaciones que tienen para las personas o colectivos sobre quienes recaen. Un ejemplo paradigmático es la relevancia de la actitud mostrada por el *entorno no discapacitado* del individuo discapacitado.

Autores como Altman (1981) han reparado en que estas actitudes pueden repercutir en el discapacitado de diversas maneras. El desarrollo del autoconcepto y la correcta formación del niño discapacitado puede verse influido por la actitud que hacia él muestran en el aula sus iguales no discapacitados. Las actitudes de los profesionales de la educación y de otras áreas mediatizan las posibilidades de socialización e integración del discapacitado no sólo en su infancia, sino también en su adolescencia y edad adulta.

1.4. Origen de las Actitudes.

A pesar de que existe un acuerdo generalizado en el mayor peso del aprendizaje y la interacción con el medio en el proceso de adquisición de las actitudes, cabe preguntarse qué aspectos del ambiente se muestran más influyentes en la formación de actitudes específicas.

Es evidente que no todas las creencias y actitudes que un sujeto puede mostrar hacia las personas con discapacidades psíquicas se relacionan con los mismos elementos extraídos de sí mismo o del ambiente. El *enfoque biopsicosocial* sería apropiado para abordar la multiplicidad de factores que subyacen a esta cuestión.

- Resulta fácil pensar que el individuo, dada su socialización en un entorno cultural concreto, adquiera las creencias y valores imperantes en su medio social hacia un determinado tema. El entorno sociocultural occidental valora prioritariamente los logros personales, la competitividad y capacidad individual, lo que resulta a todas luces incompatible con el hecho de presentar discapacidades físicas y/o psíquicas. No es extraño que sean tratados como "ciudadanos de segunda fila".

- La transmisión de valores por parte del sistema familiar desempeña sin duda un papel fundamental en el desarrollo de ciertas creencias hacia la discapacidad.

- El conocimiento que una persona posee acerca del discapacitado aporta un peso en la formación de actitudes, así como las sensaciones que experimenta. Puede ocurrir que el individuo carezca de

información acerca de cuál es la forma correcta de comportarse con alguien que presenta sordera (no sabe qué hacer o decir); por otro lado, resulta inevitable que afloren reacciones emocionales ante la inclusión de un niño sordo en un aula (es posible que el resto de alumnos sienta pena o compasión).

1.5. Mecanismos de Formación.

Podemos clasificar los procesos que subyacen a la formación de una actitud en función de la implicación de experiencias directas o indirectas.

Cuando hablamos de *experiencia directa* estamos haciendo referencia a contactos reales entre el sujeto y el objeto actitudinal. Con respecto a este tema, existe controversia sobre el tipo de contacto requerido para lograr actitudes positivas, puesto que no siempre se dan (Gottlieb, Corman y Curci, 1986). Factores como la intensidad y duración del contacto con los discapacitados resultan críticos para predecir el desarrollo de actitudes favorables o desfavorables: cuanto más continuado sea este contacto mayor probabilidad habrá de resultados positivos.

Las *experiencias indirectas* se relacionan fundamentalmente con los procesos de transmisión, recepción y procesamiento de información. No se da un contacto real con la discapacidad, sino la exposición a la información que pueden aportar diversos agentes: tanto personas significativas del entorno (los padres, familiares, ciertos líderes sociales o el grupo de iguales), como instituciones y medios de comunicación (centros educativos, medios de comunicación, etc.). Pensemos en la relevancia que poseen en la actualidad ciertas campañas que fomentan la aceptación social de diversos colectivos, entre ellos el de los discapacitados físicos y/o psíquicos.

1.6. Investigaciones de las Actitudes hacia la Discapacidad.

El estudio de la comprensión de los grupos sociales en niños y adolescentes permite diferenciar cuatro etapas relacionadas con las transformaciones cognitivas descritas por Piaget, y en función de las

cuales podría esperarse una progresiva superación de los estereotipos hacia las personas con discapacidad (Piaget y Weil, 1951; Allport, 1954; Katz, 1976; Katz, Katz y Cohen, 1976; Lambert y Klinenberg, 1976; Damon y Hart, 1982; Leahy, 1983; Aboud y Skerry, 1984).

En la primera etapa (que comprendería de los 3 a los 5 años) los niños no diferencian entre las distintas categorías sociales o tienen un concepto vago de las mismas; lo que les conduce a la centración en el propio grupo de forma absoluta (Metz, 1980).

Los sujetos de la segunda etapa (que va de los 5 a los 7 años) distinguen correctamente entre el propio grupo y los otros grupos, pero son incapaces de reconocer diferencias individuales entre los miembros de un mismo grupo (Loevinger, 1976; Alexander, 1980; Metz, 1980; Doyle y Beaudet, 1988); debido a la incapacidad para cambiar de perspectiva o para tener en cuenta al mismo tiempo varias dimensiones (etapa preoperatoria).

La tercera etapa se produce como consecuencia de la aplicación del pensamiento operatorio concreto a la comprensión de las diferencias sociales. Gracias a lo cual el niño puede tener en cuenta al mismo tiempo varias dimensiones y reconocer, por tanto, que un atributo puede estar en el propio grupo y en los otros grupos; observación que le permite percibir las semejanzas intergrupales y las diferencias individuales intragrupales y, en consecuencia, descubrir tanto rasgos positivos como negativos en ambos grupos (Allport, 1954; Metz, 1980; Doyle y Beaudet, 1988).

La cuarta etapa evolutiva (que se produciría después del pensamiento formal), caracterizada por la coordinación de las diferencias y semejanzas, de tal forma que el propio grupo y los demás son entendidos sobre una base equivalente y recíproca; lo cual conduce a relativizar al propio grupo, conceptualizándolo como un grupo entre otros muchos (Metz, 1980).

Los estudios realizados sobre la percepción de las personas con discapacidad encuentran una tendencia a la polarización extrema (o extremadamente positivos o negativos). Desde el punto de vista cognitivo-evolutivo, se podría incluir esta percepción absolutista en la segunda etapa anteriormente descrita, que se supera al aplicar el pensamiento operatorio a la comprensión de los grupos sociales.

Puede favorecerse una adecuada aceptación de la discapacidad estimulando el desarrollo de niveles superiores de conocimiento social, que permiten superar el absolutismo y la simplificación conceptual que implican los estereotipos, para considerar simultáneamente tanto las diferencias como las semejanzas intergrupales y no sólo las características físicas sino también las cualidades psicológicas y culturales.

Los niños que sufren situaciones especialmente complejas parecen tener dificultades para aplicar el pensamiento operatorio a la esfera socio-emocional. Es decir, parece existir una relación estrecha entre la inadaptación emocional en un determinado ámbito y las dificultades para desarrollar una adecuada comprensión de las emociones que implica.

Las conclusiones de la investigación de Steinzor (1966) llevada a cabo con niños y adolescentes discapacitados de un centro de integración proporciona información sobre cómo se desarrolla en los niños discapacitados físicos la comprensión de las diferencias que implica su discapacidad:

1) Los niños con deficiencia (de 7 a 11 años) reflejan una conceptualización absolutista de su discapacidad, aplicando un estereotipo muy negativo, que se relaciona con la necesidad de negarla en uno mismo. Los adolescentes, por el contrario, conceptualizan su discapacidad en términos más positivos; reconocen espontáneamente su deficiencia; y afirman desde una perspectiva relativista que dicha deficiencia es sólo una de las características de su personalidad.

2) Los niños describen las diferencias entre discapacitados y no discapacitados en términos de lo que creen que pueden y no pueden hacer.

3) Tanto los niños como los adolescentes justifican su preferencia hacia el trabajo con niños sin discapacidad en función de la ayuda que encuentran en ellos para compensar las limitaciones de su minusvalía.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

4) Al preguntarles por sus deseos y aspiraciones futuras, los niños (de 7 a 11 años) responden sin tener en cuenta en modo alguno su deficiencia. En el caso de los adolescentes, por el contrario, la mayoría manifiestan su deseo de que desaparezca su deficiencia y mencionan ocupaciones futuras que podrían desempeñar con eficacia a pesar de su discapacidad. Steinzor destaca la relación entre dicha expresión de su deficiencia y el buen nivel de adaptación a su minusvalía.

Por otro lado, parece existir una estrecha relación entre las dificultades para la comprensión de las emociones y su expresión. Cholden (1972), a partir de su trabajo realizado con adultos discapacitados indica que las personas discapacitadas parecen tener una excepcional dificultad para expresar sus emociones que manifiestan de una forma muy superficial (Cholden, 1972, p.36). Dificultad que cabe atribuir a la falta de feedback por el impacto producido por su comunicación, que les hace inhibir los aspectos más personales al no estar seguros de que puedan ser comunicados; y la creencia de que sus emociones son distintas de las de los demás y que no van a ser compartidas por ellos.

El panorama de la actividad investigadora en esta área revela que la mayor parte de trabajos se han llevado a cabo por investigadores extranjeros, principalmente de Estados Unidos, por lo que serán ellos los que marquen los puntos clave en los que se centra la investigación. En España el interés en este tópico es más reciente, destacando los trabajos de Verdugo y cols. (1994).

El grueso de la investigación, tanto española como extranjera, gira alrededor de los distintos grupos de personas que constituyen el entorno del sujeto discapacitado, y cuya actitud es especialmente relevante en su desarrollo evolutivo: el *núcleo familiar,* el *grupo de iguales,* el *ámbito educativo y la población general.*

1.6.1. El núcleo familiar.

En la búsqueda que hacen los padres sobre los recursos disponibles para enfrentarse al problema del niño, existe una tendencia, por un lado, a su sobreprotección, y, por otro, a la investigación

exhaustiva de información acerca de las ayudas que posibiliten para su hijo una vida lo más normal posible.

Se ha investigado poco sobre las actitudes de los padres hacia los hijos con discapacidad, pero los estudios que se han hecho han desvelado que la actitud de los padres es hostil. Un estudio realizado por Wetter (1972) concluye que los padres de estos niños presentan actitudes de sobreindulgencia y de rechazo mayores que las existentes en los padres de un grupo de control.

Un estudio llevado a cabo por Nursey, Rohde y Farmer (1990) donde evaluaron las actitudes de padres y médicos hacia los niños discapacitados, dio como resultado la existencia de actitudes más positivas por parte de los padres, pero los doctores presentaban unas puntuaciones altas en las variables autonomía e independencia. Esto se puede explicar por la ansiedad que produce en los padres el ser consciente de los riesgos que esta autonomía lleva consigo.

Un tópico de interés ha sido el de las necesidades y el estrés percibidos por las familias de niños discapacitados. La necesidad de información específica sobre el problema aparece como relevante (Turnbull y Ruef, 1996).

Un grupo de investigaciones centradas en las fuentes potenciales de estrés para las madres de niños con retraso mental (Cheng y Tang, 1997) y (Huang, Rubin y Zhang, 1998) revelan los problemas de comportamiento y el nivel reducido de funcionamiento de sus hijos como estresores directos; y en relación con el entorno, la percepción de actitudes negativas por parte de los vecinos y la preocupación respecto a los planes de futuro.

Frente al predominio de la investigación sobre el impacto negativo de la discapacidad en la familia, cabe mencionar como contrapunto un interesante estudio que aporta resultados optimistas. Stainton y Besser (1998) encontraron, con metodología cualitativa, que las familias con un niño intelectualmente discapacitado mostraban un incremento en las metas y prioridades, la espiritualidad, tolerancia y entendimiento, así como en la unidad familiar y el crecimiento personal.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

En España hay pocos estudios sobre las actitudes de los padres al proceso de adaptación ante el nacimiento de un hijo con discapacidad. La revisión de estos estudios (Toledo, 1988; Zulueta, 1991) indica que existen unas fases comunes a todos los padres con un hijo discapacitado. En los primeros momentos, ante la noticia de que su hijo "no es normal", se produce un choque emocional, caracterizado por el desconcierto, seguido de la negación del hecho que da lugar a una peregrinación a diferentes especialistas. Junto a estas dificultades suelen aparecer sentimientos de culpa, así como sentimientos ambivalentes ante el niño. Los autores coinciden en la existencia de una crisis inicial, que ha de ser superada con la ayuda de profesionales. Además, a lo largo de todo el ciclo vital se irán sucediendo momentos críticos a los que será necesario dar respuesta. Son los momentos en que el niño tiene que ir a la guardería o la escuela; el de abandonar la escuela; y aquel en que la persona con discapacidad se hace adulto.

1.6.2. El grupo de iguales.

La investigación en este ámbito se ha entendido casi exclusivamente en referencia a los contactos con compañeros escolares. La clarificación de las actitudes mostradas por los niños no discapacitados resulta crucial, por cuanto se trata de un grupo sumamente influyente en el desarrollo social o la autoestima del niño con deficiencias. No solamente resulta de especial relevancia en edades tempranas, sino que el peso específico del grupo de iguales va en aumento en función de la edad. Pensemos, por ejemplo, en la importancia que cobra la aceptación por parte del grupo para cualquier adolescente, y reflexionemos en la dificultad que supone para un adolescente discapacitado ser consciente de sus diferencias con respecto a los demás.

Un resultado consistente en la literatura científica es la presencia de actitudes como el rechazo o la indiferencia en los niños no discapacitados hacia sus iguales con deficiencias (Gottlieb, Corman y Curci, 1986; Arias, 1992).

Dado que estas actitudes negativas existen, se ha tratado de averiguar qué factores se hallan asociados a ellas. Podríamos preguntarnos si lo determinante para que aparezcan es alguna

característica del sujeto con discapacidad y/o su comportamiento, o si se trata más bien de variables personales presentes en quien mantiene la actitud.

- Un conjunto de investigaciones ha arrojado luz acerca de los aspectos del individuo discapacitado que provocan un mayor número de reacciones desfavorables:

  - Una característica que mediatiza la discapacidad de una persona es el nivel socioeconómico, puesto que a medida que éste aumenta, se ve acompañada de un aumento en la aceptación del discapacitado (Monroe y Howe, 1971). Este fenómeno no es ajeno a lo que ocurre con otros colectivos de la sociedad, como ciertos grupos étnicos.

  - Resulta crítica la naturaleza de la discapacidad que presente el compañero en cuestión; en general, resultan peor aceptados los déficits cognitivos y las alteraciones emocionales (Horne, 1985).

  - Existe evidencia de que son las conductas agresivas de los discapacitados lo que puede desencadenar la creación de actitudes desfavorables en los compañeros. La aceptación-rechazo se asocia a un mayor número de interacciones y a la percepción de conductas positivas (aceptación), así como a la percepción de conductas negativas (rechazo), por parte de los compañeros (Siperstein, Gary y otros, 1996).

- En lo que respecta a las características personales de quien mantiene cierta actitud, un factor especialmente estudiado es la edad, pero con resultados ambivalentes. Algunos estudios indican un cambio positivo en las actitudes con la edad, mientras que otros arrojan conclusiones contrarias, probablemente explicadas por una mayor asimilación de las ideas del entorno sociocultural (Voeltz, 1980).

La posible presencia de estereotipos entre los chicos sin discapacidad se ha apuntado como factor a considerar que puede redundar en actitudes y conductas desfavorables hacia sus compañeros discapacitados.

Los grupos de iguales influyen en el desarrollo del autoconcepto de la persona con discapacidad y en el grado de participación e integración de estos sujetos en las experiencias y actividades del mundo real.

Los iguales influyen en gran medida durante los años escolares y su importancia aumenta con la edad, de modo que gradualmente se van convirtiendo en personas más influyentes que los profesores. Así, el ganarse la aceptación a través de hacer amigos es una de las necesidades más fuertes durante la adolescencia. La investigación sobre actitudes de iguales hacia sus compañeros con discapacidades de aprendizaje parece indicar que estos chicos son percibidos negativamente. Sin embargo, los estudios son restringidos, ya que la mayoría se refieren a un único componente actitudinal (el afectivo).

En cuanto a las actitudes hacia los compañeros con discapacidad física, se ha encontrado que algunas variables como el nivel educativo, actitudes liberales, tipo de estudios parecen incidir en las actitudes. Existen otras variables que ejercen influencia en las actitudes, así, por ejemplo: Monroe y Howe (1971) encontraron que los estudiantes con discapacidades de alto nivel socioeconómico son vistos más positivamente por sus iguales que aquellos que provienen de niveles socioeconómicos bajos. Simpson (1980), centrándose en la influencia de la variable edad, obtuvo que los estudiantes de niveles superiores muestran actitudes menos favorables que las mostradas por los más jóvenes.

Respecto a las actitudes de los compañeros hacia sus iguales con perturbaciones emocionales, conductuales, desajustes sociales y deficiencias educativas, a pesar de que la mayor parte de la información se ha centrado en los componentes cognitivos y afectivos, los resultados pueden resumirse en que los chicos rechazan a los compañeros que tienen un comportamiento agresivo. Algunas investigaciones concluyen que mientras que los alumnos no discapacitados muestran actitudes menos favorables hacia los alumnos con discapacidades psíquicas, tienden a aceptar a aquellos que presentan discapacidades sensoriales y a mostrar un mayor rechazo hacia sus compañeros con problemas emocionales y de aprendizaje (Horne, 1985).

1.6.3. Los profesionales de la educación.

La actuación de los educadores y profesionales de la enseñanza resulta clave con respecto a una adecuada socialización del niño con discapacidad. Se puede decir que la escuela es, después de la familia, el entorno más influyente, sobre todo en edades tempranas.

Un eje en torno al que se ha organizado buena parte de la investigación ha sido cómo perciben los profesionales de la educación sus recursos personales para trabajar con niños discapacitados y afrontar la inclusión de éstos en su clase.

Según Haring exponía en 1956 “los profesores que tienen un adecuado entendimiento de la naturaleza de la excepcionalidad y que conocen las técnicas y métodos instruccionales apropiados están potencialmente más capacitados para la enseñanza de estos niños. Esta buena disposición por parte del profesor puede ayudar a crear una atmósfera de aceptación en el aula”.

Parish y Copeland (1978) y Parish, Dych y Kappers (1979) relataron que los profesores demostraban actitudes más negativas hacia varios grupos de niños excepcionales (por ejemplo: niños con discapacidades físicas adquiridas) que hacia los niños normales.

Según Larrivee (1982), *"mientras que la integración puede ser impuesta por la ley, el modo en que el profesor responde a las necesidades de sus alumnos puede ser una variable mucho más poderosa para determinar el éxito de la integración que cualquier estrategia administrativa o curricular".*

Gargiulo y Yonker (1983) encuentran en su investigación sobre actitudes de los profesores hacia los alumnos con discapacidad que los datos extraídos de autoinformes contradicen los datos obtenidos mediante registros fisiológicos y, por tanto, uno ha de ser cauteloso cuando intente extraer conclusiones basándose exclusivamente en un modo de registro.

Respecto a las quejas que tienen los profesores sobre las políticas educativas en integración, existen investigaciones que hablan de las protestas de estos profesionales por no haber sido consultados en la formulación esta política ni en el desarrollo de las leyes, regulación y procedimientos (Rankin, 1987).

Algunos estudios (Hannah, 1988) se han realizado sobre la importancia de la actitud de los profesores hacia la integración de los alumnos discapacitados, de los cuáles es posible extraer dos conclusiones claras. El grado de congruencia entre el componente cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes de los profesores hacia los alumnos con discapacidad no parece ser muy elevado. Los alumnos con perturbaciones emocionales suscitan sentimientos negativos, pero son evaluados relativamente altos en preferencia en la enseñanza. Los niños con deficiencias sensoriales son de una baja preferencia para la enseñanza por parte de los profesores y evocan sentimientos positivos. La segunda conclusión hace referencia a que existe un complejo número de variables que parecen estar relacionadas con estas actitudes: variables relacionadas con el profesor (área de formación, grado o nivel en el que se enseña, grado de conocimientos, grado de auto-confianza, cualidad de los contactos, variables del entorno escolar (tamaño de la clase, presencia del personal de apoyo), y variables del niño (grado de perturbación, nivel de logros).

Rizzo y Wright (1988) determinaron que la percepción de la competencia es el factor clave que condiciona unas actitudes positivas. Kauffman, Lloyd y McGee (1989) concluyen en sus investigaciones que aquellos profesores que se sientan responsables de la conducta de sus estudiantes y que creen poseer las habilidades para modificar estas características conductuales, presentan unas expectativas más altas hacia los alumnos.

No obstante, es importante destacar que aunque un mayor conocimiento, obtenido mediante cursos de perfeccionamiento, lleva consigo una mayor comprensión y unas actitudes más realistas; esto no quiere decir necesariamente que dé lugar a actitudes más favorables hacia la integración de estos chicos en clases regulares.

Forlin (1996) encontró que la inclusión de un niño con discapacidad intelectual en el aula era valorado como un acontecimiento estresante por los educadores.

Por otro lado, no se puede separar la actitud manifestada por los maestros hacia la integración de las necesidades reales que muestran a la hora de ejercer su trabajo. Rao y Lim (1999) aportan un resultado consistente: los maestros opinan que la integración de niños con discapacidades es *deseable*, pero no *factible,* debido a que la atención adecuada de estos niños requiere el aprendizaje de estrategias específicas de enseñanza, adaptaciones curriculares, etc.

La integración, así como el desarrollo de actitudes positivas en los profesionales de la educación, son procesos complejos que dependen de múltiples factores:

- Del profesor: sus atributos y creencias, su formación y experiencia previa con las discapacidades; la competencia percibida para llevar a cabo su trabajo.

- Del alumno con discapacidad: cuanto más grave es la deficiencia, más se ve mermada la disposición o actitud favorable (Forlin, 1996). En general, se acepta con mayor facilidad a un alumno que presenta una discapacidad física y/o sensorial que psíquica (Soodak, Podell y Lehman, 1998), tal vez debido al estigma social que caracteriza en la actualidad a toda incompetencia intelectual.

- Del centro educativo y sus recursos específicos: la disponibilidad de profesionales adecuadamente formados, el clima general favorable a la integración, etc.

La importancia de un sentido de competencia para trabajar con estos alumnos, como factor clave en la existencia de unas actitudes positivas; y la necesidad de realizar estudios desde una perspectiva ecológica que analice toda la complejidad del problema y la existencia de unas quejas más o menos generalizadas en los profesionales de la enseñanza.

Con respecto a la importancia de realizar estudios que contemplen toda la complejidad de variables implicadas, es preciso destacar que la mayoría analizan el componente cognitivo de las actitudes. Parece necesario adoptar un enfoque ecológico en el cual se tengan en cuenta tanto las características del profesor, como el tipo de discapacidad de los estudiantes y la existencia de servicios de apoyo disponibles.

Otras investigaciones hablan del sentimiento de la falta de preparación del profesor para integrar con éxito a alumnos con necesidades educativas especiales, así como del temor ante el tiempo adicional requerido para preparar y afrontar las necesidades adicionales de estos chicos. Además, existe la preocupación de no atender adecuadamente al resto de los alumnos, debido al hecho de tener que destinar una porción significativa del tiempo a la atención de aquellos que presentan necesidades educativas especiales, o debido a la creencia de que estos chicos no se beneficiarán de la experiencia académica de la clase ordinaria.

Otros estudios demuestran que muchos profesores están a favor de la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales, dando razones tales como la existencia de unos horizontes más amplios para todos los niños y mayor estimulación para estos chicos.

1.6.4. La población en general.

Uno de los problemas de las personas que presentan discapacidad está en la actitud que la gente tiene hacia ellos.

Las actitudes de la población en general están basadas en estereotipos y en el uso de diferentes etiquetas que dan lugar a respuestas negativas o a confusión (Hollinger y Jones, 1970). Parece existir una ignorancia general hacia las personas con discapacidad, así como hacia los recursos públicos disponibles para ellos.

Un estudio llevado a cabo por Williams (1986) concluye que los miembros de la sociedad muestran ciertas percepciones negativas hacia las personas con discapacidad. Estas percepciones parecen ser consistentes con las visiones estereotipadas manifestadas hacia otros grupos minoritarios. Estas percepciones no son impuestas sólo por la sociedad, sino que son mantenidas por las estrategias sociales que las personas con discapacidad adoptan para relacionarse con otros miembros de la sociedad.

Williams, además, pone de manifiesto que un mayor contacto no implica una percepción más positiva, sino que parece funcionar los estereotipos iniciales que tienen las personas, y se va a reforzar la percepción inicial.

1.7. Revisión de la Literatura de las Actitudes hacia los Discapacitados.

Wicker (1969) examinó las relaciones entre actitudes y acciones sociales. El análisis de Wicker sugiere que podríamos tener una visión conjunta si conociéramos qué son las actitudes e intentásemos cambiarlas. Presenta un número de razones sobre la discrepancia entre actitud-conducta, incluyendo actitudes de competencia (aptitudes), motivos, variaciones en las respuestas verbales individuales o conductas públicas, tanto en factores situacionales como en las expectativas sociales que se presentan en la recogida de datos.

Tringo (1970) identificó una estructura jerárquica estable de actitudes hacia las personas discapacitadas preguntando a los sujetos por 21 discapacidades en un continuo de relaciones de 0 a 9. Utilizó 6 grupos. Tringo encontró diferencias significativas en cada puntuación de distancia social y una estructura jerárquica estable hacia los grupos discapacitados a pesar de las diferencias en la extensión de la distancia social expresada hacia cada grupo específico de discapacitados.

Poulos (1970) encontró que el frecuente aumento del contacto con personas sordas iría asociado con actitudes favorables si la frecuencia fuera concurrente con oportunidades valiosas en las relaciones, evitar el contacto cuando se quisiera, y diversión en el contacto.

Otros estudios han encontrado que el mayor contacto puede llevar o conducir a conductas de evitación por los oyentes hacia los sordos y vicerversa. Schroedel y Schiff (1972) han encontrado que las actitudes hacia los sordos son más negativas en sordos que en oyentes y que los sordos perciben más las actitudes negativas de los oyentes.

Levine (1976) pone de manifiesto que "las raíces del lenguaje están en el pensamiento, sentimientos y acciones, y las formas del lenguaje incluyen todas las codificaciones que se entienden, usado por los individuos en las relaciones efectivas y comunicativas con otros". (p. 264). Cuando la comunicación no es efectiva, puede resultar disminuida la autoestima en los sordos y aumentar el rechazo social, sobre todo en los niños sordos integrados. Para las personas sordas, la aceptación paterna, definida como padres que aprenden los signos con sus hijos y aceptan utilizarlos con otros, y el tipo de educación son los primeros factores para tener percepciones positivas de sí mismos y del mundo oyente.

Hay un predominio en la literatura de los sordos sobre los niveles de discapacidad auditiva y sordera (Blood y Blood, 1983), el contacto íntimo en vez del contacto superficial (Togonu-Bickersteth y Odebiyi, 1985), cómo perciben a los oyentes e interactúan con sus iguales sordos y cómo utilizan las variables de habilidad comunicativa (Lederberg, Chapin, Rosenblatt y Vandell, 1986), las interacciones sociales (Newberry y Parish, 1987), los ingresos y raza (Jones y Kretschmer, 1988), y cómo todo esto pueden ser relacionado con las actitudes hacia los sordos.

En 1987, Yuker y Hurley desarrollaron la Escala de Contacto con Personas Discapacitadas (CDP). Los estudios anteriores en contacto trataban de la cantidad de contacto y clases de contacto (Triandis y Vassilion, 1967; Amir, 1969; Strauch, 1970; Wilson, 1971; Gottlieb, Cohen y Goldstein, 1974; Emerton y Rothman, 1978; Blood y Blood, 1983; Lederberg, Ryan y Robbins, 1986; Dean y Nettles, 1987; y Newberry y Parish, 1987;) con resultados diversos sobre la aceptabilidad de los discapacitados.

Además estos estudios revelaron que la cantidad de contacto depende, en parte, del tipo de discapacidad, al mismo tiempo, que de las actitudes hacia ellas. Esto sugiere que el contacto es una función de la situación (Amir, 1969). Grand, Bernier y Strohmer (1982) sugieren que las personas normales aceptan significativamente más a los discapacitados en el trabajo que en las relaciones íntimas. Así, la naturaleza del contacto, su contexto y sus resultados son importantes.

Hay variaciones en las conclusiones de los estudios de contacto con personas discapacitadas. Algunos resultados informaron desfavorablemente (Stranch, 1970; Wilson, 1971; Emerton y Rothman, 1978) y otros favorablemente (Furham y Pendred, 1983; Dean y Nettles, 1987; Newberry y Parish, 1987).

La teoría de la amplificación-ambivalencia de Katz, Wackenhut y Glass (1986) explica las implicaciones de la ambivalencia para entender las interacciones. Específicamente, la ambivalencia procede de las amenazas a la autoestima. La reducción de esta amenaza hace que incline la balanza hacia la dirección positiva o negativa hacia el discapacitado. En 1988, Katz, Hass y Barley concluyeron que las reacciones favorables o desfavorables son consistentes con los sentimientos de ambivalencia hacia los discapacitados y las situaciones estímulo que exacerba la ambivalencia.

Otra teoría importante de las actitudes hacia los discapacitados se basa en las percepciones intragrupo-extragrupo (Linville, Salovey, y Fischer, 1986). Esta teoría dice que la gente tiende a ser más favorable hacia los miembros del grupo a los que pertenece (favoritismo intragrupo) y percibe a los miembros extragrupo como más homogéneos en su trato y conducta que los miembros intragrupo (homogeneidad extragrupo). El concepto homogeneidad extragrupo revela un sesgo sistemático por lo que se usarán posiciones extremas cuando se conoce menos a un grupo.

Los estudios que consideraban el grado de contacto con discapacitados han encontrado, en general, que el contacto más familiar e íntimo va en cabeza de las actitudes más positivas (Furnham y Pendred, 1983). Esto es consistente con la noción que el miembro del grupo tiene de sí mismo porque es algo determinante en la naturaleza de la interacción que tiene con el grupo (Quattrone, 1986). Generalmente, los trabajos significativos evidencian actitudes favorables hacia los problemas físicos más que hacia los mentales. El grupo de muestra de Furnham y Pendred (1983) creían que las personas con discapacidades físicas: al ser parecido a las personas no-discapacitadas, sería posible que tuvieran una vida social normal (particularmente significativa para las creencias sobre los sordos y son Síndrome de Down) y este grupo era menos favorable hacia las personas con discapacidades mentales.

La investigación de Newberry y Parish (1987) reveló que las interacciones sociales servían para aumentar significativamente las evaluaciones de los niños hacia el retraso mental, los problemas físicos, los sordos u oyentes discapacitados, los ciegos o con problemas visuales.

Es necesario estudiar las actitudes hacia los grupos discapacitados en un nivel multidimensional (Schmelkin, 1984; Grand, Bernier y Strohmer, 1988; Schmelkin, 1988) a causa de la complejidad de las actitudes hacia los discapacitados. Los factores más señalados para hacer referencia a la situación social son: distancia social, visibilidad, comunicación, estigma social, reversibilidad, grado de incapacidad y dificultades que pueden tener en la vida (Shears y Jensema, 1969; Grand, y otros, 1982; Schmelkin, 1984).

Según Schmelkin (1984) hay tres tipos de discapacidades obtenidos por el Procedimiento de la Escala Multidimensional ALSCAL (Takane, Young y de Leeuw, 1977). Cada uno de estos tres tipos de discapacidad se sitúa en un continuo que va desde los mejores adaptados a los peores. Un primer tipo, comprende las discapacidades visibles (pequeño, jorobado) y discapacidades invisibles (diabetes, úlcera). El segundo tipo, comprende discapacidades consideradas orgánicas o físicas (amputación, parálisis cerebral) y las que se consideraban funcionales o sociales (alcoholismo, edad). El tercer tipo, indicaba discapacidades que eran más tolerables socialmente (las que están provocadas por accidentes y las que provoca el cáncer) y las que provocan ostracismo (exconvictos, alcoholismo).

Los resultados de varias investigaciones suponen actitudes negativas y baja autoestima en sordos (Sussman, 1973; Ashley, 1985; Evans y Falk, 1986). Podría ser que estas actitudes negativas y baja autoestima procedan de las experiencias llevadas a cabo entre las mismas personas sordas. Hay estudios que muestran cómo los niños sordos integrados ganan en aceptación social (Kennedy y Bruininks, 1974). Sin embargo, más recientemente se ha sugerido que la aceptación social de los niños con problemas depende de la actitud de los profesores y puede llevar a un mejor ajuste conductual (Hagborg, 1987).

Kottke, Mellor y Schmidt (1987) dicen que sin haber tenido relación con sordos, los sujetos oyentes pueden responder con actitudes positivas falsas. También descubrieron en esta investigación

que si no se indica a los sujetos oyentes la discapacidad, se da una mayor aceptación de los discapacitados, siempre que está discapacidad no sea conductual. Esto está de acuerdo con los efectos de la limitación complejidad-extremidad de Linville (1982) el cual afirmó que los que se relacionan con una discapacidad estarían en el polo más complejo de las relaciones y los que no se relacionan estarían en el polo menos complejo.

Algunos investigadores han sugerido que un mayor contacto de los no discaspacitados hacia los discapacitados permite aumentar las complejidades cognitivas en la percepción de la discapacidad (Schmelkin, 1989) y en los miembros del grupo discapacitado (Linville, 1982; Linville, Salovey y Fischer, 1986). Los discapacitados se ven a sí mismos y a sus experiencias como más familiares, por tanto, desarrollan más estructuras complejas de conocimiento para su grupo. Esto es consistente con la hipótesis intragrupo-extragrupo propuestas por Linville y otros (1986) específicamente del favoritismo intragrupo y de la teoría homogénea extragrupo.

Furnham y Lane (1984) encontraron que los discapacitados sordos que tenían menos cantidad de contacto con los de su grupo, podían percibir en los oyentes actitudes imaginarias positivas hacia la sordera. En cambio, los sordos que tenían una relación extensa con los oyentes, juzgaban con más realismo cómo un oyente se puede sentir ante una discapacidad debido quizás a la extensión de su relación. Sin embargo, este grupo sobreestimó demasiado los sentimientos negativos de los oyentes hacia ellos. Los autores informaron que esta sobreestimación de los sentimientos negativos puede estar asociada con un autoconcepto pobre y una autoestima baja. Se comprueba en esta investigación la complejidad dimensional explicada por Linville. En las áreas de la vida donde la gente tiene mayores experiencias o familiaridad, se desarrollan estructuras más complejas de conocimiento y de percepción del grupo, por ejemplo, muy bueno en algunos aspectos pero malo en otros lo cual ayudaría a moderar los juicios evaluativos (Linville, 1982; Linville y otros 1986).

Yachnick (1986) examinó la autoestima de adolescentes sordos y encontró que los adolescentes sordos con padres sordos tenían una autoestima más alta que los sordos con padres oyentes. La explicación que dio este autor puede servir para otros estudios, puesto que los padres oyentes de niños

sordos utilizaban más el habla entre ellos y con sus hijos sordos, esto hacía que el niño sordo se sintiera fuera de lugar tanto en casa como en cualquier otro sitio de la sociedad.

En este campo de la investigación de la actitud hacia la sordera, se ha investigado que las reacciones negativas de contacto vienen de los fallos en la comunicación (Emerton y Rothman, 1978; Higginbotham, y Baker, 1981), cuyos esfuerzos inhiben los éxitos de futuros contactos. Esto aparentemente se debe a la inhabilidad para entender el lenguaje verbal por parte del sordo y también inhabilidad para entender el lenguaje no-verbal por parte de los oyentes (Vandell y George, 1981).

Algunos padres no quieren aceptar que sus niños son sordos e insisten en dejar a los niños en un entorno oyente. White (1990) expresó su creencia de que "la integración parecía garantizada siempre que no surgieran niños sordos que cuando fueran adultos tuvieran serias dudas sobre su identidad" (p.2). Desde entonces, la integración escolar es un esfuerzo en la interacción e integración entre subgrupos de la población. Es fácil ver como dicen Vandell y George (1981) que para estos propósitos la integración por sí sola en la educación no parece estar justificada sobre todo cuando se habla de los niños sordos. Para esta población, parece que las lagunas del entendimiento del lenguaje son una barrera real para relacionarse con sus compañeros oyentes porque provocan muchos déficits en la comunicación. La cuestión es si la aceptación social de los sordos se soluciona con la educación integrada o si esto sólo satisface los requerimientos de un "buen comportamiento" dejando las conciencias tranquilas pero sin solucionar realmente el problema de comunicación de los sordos en una sociedad cada vez más compleja. Vandell y George (1981) afirmaron que los niños sordos en un programa de preescolar habían revelado curiosidad y deseo por contactar con sus compañeros oyentes aunque ellos careciesen de suficiente habilidad lingüística.

Otros datos sugieren que la inhabilidad de los sordos para expresarse puede tener un efecto negativo en su desarrollo social, en sus relaciones personales (Bryan, 1978) y en el desarrollo de su identidad (Evans y Falk, 1986).

Coyner (1993), en el trabajo realizado en la Universidad de Arizona sobre *"las relaciones del éxito académico sobre autoconcepto, aceptación social y aceptación de la percepción social en*

adolescentes oyentes, hipoacúsicos y sordos", investigó tres constructos para contribuir al éxito de los estudiantes sordos e hipoacúsicos en algunos campos: autoconcepto, aceptación social y percepción de la aceptación social. Veinticinco oyentes, cinco sordos y cinco estudiantes hipoacúsicos de bachillerato participaron en este estudio. Los estudiantes completaron tres medidas: Escala de Autoconcepto de Piers Harris (Forma A Adaptada), Escala de Valoración de Piers, y un Cuestionario de Actividad Estudiantil. Los resultados indicaron que el autoconcepto, las percepciones de aceptación social de los estudiantes sordos e hipoacúsicos no fueron significativos respecto de las evaluaciones que les dieron sus iguales oyentes. El autoconcepto de los sordos e hipoacúsicos se encontraron invertidos respecto a los valores que les daban los oyentes. El mejor predictor del éxito académico para los sordos e hipoacúsicos fue la aceptación de sus iguales oyentes. Consecuentemente, los éxitos de los sordos e hipoacúsicos en la integración pueden estar influidos por la aceptación social de sus pares oyentes.

Antia y Kreimeyer (1996), compararon los efectos de la intervención de los profesores en habilidades sociales para mejorar las relaciones entre sordos y oyentes respecto del contacto de los sordos con sus iguales oyentes sin la mediación de un profesor. Se compararon interacciones entre la muestra de sordos e hipoacúsicos y sus a) pares sordos o hipoacúsicos, b) pares oyentes que tienen algún familiar sordos o hipoacúsico, participando en las intervenciones y c) pares oyentes normales que no tienen ningún familiar sordo o hipoacúsico. Los resultados mostraron que la intervención en habilidades sociales aumenta significativamente la interacción entre sordos e hipoacúsicos, aunque este incremento no se extendió entre los niños oyentes normales. Ninguna intervención aumentó la interacción y aceptación entre los sordos e hipoacúsicos y sus pares oyentes.

Samuel (1997) investigó sobre *las relaciones entre el acoplamiento o adaptación de adolescentes sordos, la comunicación en lengua de signos con los padres, las actitudes, el ajuste social y la lengua de signos.* El propósito de este estudio se hace para explorar las relaciones entre la lengua de signos en la comunicación de los padres, factores actitudinales y el cariño de los padres a los adolescentes, cómo se percibían las relaciones de los adolescentes sordos severos o profundos con sus padres oyentes. Se investigaron las relaciones de cariño con adolescentes sordos (madre, padre y sus pares) y la relación con su ajuste social. Se concluyó que los adolescentes pueden tener más empatía con las madres que con los padres. Fueron escogidos 41 adolescentes, de 15 a 18 años, que habían

estudiado en escuelas residenciales de estudiantes sordos. Al menos un padre de cada sujeto participó en la investigación. Los padres cumplimentaron un Cuestionario Demográfico, y un Cuestionario para Padres. En segundo lugar, se incluyeron el Cuestionario de Impacto en la pérdida de oído en la Familia de Meadow-Orlans (1990), la Escala de Actitudes hacia la Sordera de Cowen y cols. (1967). Los adolescentes cumplimentaron un Cuestionario de Estudiantes, un Cuestionario de Relaciones (modificación del Inventario de las relaciones de los padres y madres de Armsden y Greenberg (1987) (IPPA)), y la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984; revisado para discapacitados-sordos por Convey y Koelle en 1981). Los profesores completaron el Inventario de Valoración Socioemocional de Meadow Kendall para estudiantes sordos y discapacitados oyentes (Meadow Orlans, 1983) en cada sujeto. Los resultados de los análisis de regresión múltiple standard sugieren que los factores de comunicación y actitudinal de los adolescentes sordos tenían que ver con la empatía de sus madres oyentes. La empatía con la madre, padres y sus pares, tomados todos juntos, predijeron el autoconcepto y el ajuste social de los adolescentes sordos, pero no su ajuste emocional. Sólo la empatía con los padres contó con una varianza significativa en todas las áreas de ajuste social. La empatía con sus iguales fue significativamente más alta para las chicas que para los chicos. Las relaciones entre el funcionamiento psicosocial y la empatía halladas en este estudio fueron consistentes con las investigaciones previas en adolescentes oyentes.

Nikolaraizi y De Reybekiel, (2001), compararon las actitudes, de los niños residentes en Grecia y Gran Bretaña, hacia los sordos, hacia las personas en sillas de ruedas y hacia los ciegos. Cuatrocientos sesenta y tres estudiantes de 6º grado (de 10 a 12 años) completaron cuestionarios sobre relaciones sociales y emociones en niños discapacitados, buena voluntad para aproximarse y la forma de relacionarse, la sociabilidad y aceptación de un niño como igual en su clase. Completaron una lista de adjetivos que se usaban para describir a los niños sordos, ciegos y en silla de ruedas. Los resultados mostraron actitudes positivas hacia las tres categorías de niños, especialmente en cuestiones emocionales y sociales. Las respuestas fueron ligeramente menos positivas en cuestiones como la buena voluntad y la forma de las relaciones. Los chicos griegos no atendidos en unidades de educación especial tenían actitudes más positivas que los que residían en Gran Bretaña. Sin embargo, los estudiantes de Gran Bretaña que estaban atendidos en unidades de educación especial tenían actitudes más positivas que los residentes griegos.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

2. Soledad y Aislamiento.

2.1. Introducción.

El aislamiento social y la soledad no deseada constituyen una experiencia desagradable y estresante, asociada frecuentemente con alteraciones emocionales y sentimientos de marginación social. Factores diversos pueden estar asociados con la soledad: carencia de habilidades sociales, deterioro de habilidades o pérdida de motivación como consecuencia de trastornos psicopatológicos, experiencias aversivas u otras estrictamente sociales (desarraigo, marginación).

Estudios realizados en otros países estiman que entre 11 y un 26% de las personas tienen problemas de soledad (Peplau y cols., 1979). La relevancia de este problema fue reconocida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), cuando en 1982 se acordó una Conferencia dedicada exclusivamente a estudiar los diversos métodos de prevenir las consecuencias adversas de la soledad persistente y severa.

Con el fin de facilitar estas investigaciones autores como Russell y cols. (1980) desarrollaron un instrumento para la evaluación de la soledad: La Escala de Aislamiento Social UCLA. Como los propios autores señalan, dada la dificultad de producir experimentalmente grados diversos de soledad, bajo condiciones controladas, resulta especialmente importante contar con instrumentos que permitan identificar personas con problemas de aislamiento y faciliten la cuantificación del aislamiento experimentado en la vida cotidiana, en contextos naturales.

Ammaniti, Ercolani y Tambelli (1989), investigaron la soledad en chicas adolescentes con una muestra de 804 mujeres (de 13 a 18 años) de pueblos pequeños, medianos y grandes ciudades. La muestra completó el Cuestionario de Ofrecimiento de la Autoimagen para Adolescentes. Se identificaron tres componentes principales: 1) el área de afrontamiento a sí mismo y el sí mismo psicopatológico, 2) un trazado emocional caracterizado por la pobreza del autoconcepto y la autoconfianza reducida, y 3) las relacionados interpersonales muy pobres. Los análisis de varianza (ANOVA) mostraron incremento de la

soledad con la edad y fue más evidente en pequeños pueblos en oposición a los medianos o áreas metropolitanas grandes.

2.2. Soledad-Aislamiento y Adolescencia.

Bankart y Vincent (1988), examinaron los efectos de altos niveles de comunicación y administraron dos cuestionarios a 28 mujeres (de 17 a 19 años) sobre este tema. Se describieron a sí mismas como comunicativas (por ejemplo: gentiles, efusivas, sensitivas, sinceras, simpáticas, afectuosas, abiertas a los sentimientos de los otros) en un inventario de autoinforme y se compararon con una muestra igual pero con motivación baja en comunicación. Se encontraron diferencias entre los grupos en los índices de conveniencia social, de dominio, metas en la vida y número de comunicaciones.

Jupp y Griffiths (1990), compararon dos programas de entrenamiento en destrezas sociales en 30 adolescentes de la escuela superior, tímidos y aislados. Uno de los programas usados aborda actividades de discusión tradicional y los otros usaron el role-playing psicodramático. Había un progreso significativo en las conductas de destrezas sociales en los sujetos de los profesores que completaron ambas intervenciones. Había progresos significativos en las relaciones de los que atendían el grupo de role-playing, que iba más allá de los progresos que ocurrían en la intervención tradicional y del grupo de control.

Page, Scanlan, y Deringer (1994), analizaron la predisposición a la soledad en niños y adolescentes. La investigación mostró que la predisposición a la soledad de los niños y adolescentes tiene una serie de consecuencias adversas. Los hallazgos de la investigación que relaciona las consecuencias del deterioro de las relaciones sociales y la soledad sugieren la necesidad de incorporar estrategias de reducción de la soledad dentro de los programas educativos.

Bienvenu, (1996), examina las relaciones entre el grado de soledad de los adolescentes y el número y tipo de actividades extracurriculares en las que participan. El estudio está basado en dos formas de soledad expuestas por Weiss: Aislamiento social y emocional. Se hizo una entrevista sobre

datos biográficos y se midió la participación en las actividades extracurriculares. La Escala UCLA de Soledad Revisada se utilizó para medir la soledad global. Las subescalas se utilizaron para medir la soledad social y emocional. Los 517 participantes en este estudio eran miembros del 9º grado de una escuela rural superior del Sur de Texas Central. Se analizaron con los modelos de regresión lineal para determinar cómo las tres variables dependientes (soledad global, social y emocional) se relacionaban con cada una de las variables independientes (número total de actividades, 23 tipos de actividades ofrecidas por la escuela, y género). Se utilizó un solo tipo de análisis de varianza para determinar si había una diferencia significativa en el grado de soledad entre participantes. Los resultados apoyaron los hallazgos previos de que los estudiantes menos activos tenían niveles más altos de soledad. Aunque se buscaron relaciones significativas entre los 23 tipos de actividades colectivas y la soledad, sólo se encontraron dos actividades que correlacionaban significativa-mente. La falta de participación en actividades extracurriculares no podía presumirse que fuera la causa de altos niveles de soledad. Parecía que las actividades extracurriculares proporcionaba a los estudiantes un excelente contexto para satisfacer las necesidades sociales y emocionales. Los diferentes tipos de actividades podían satisfacer todas las necesidades sociales.

Buchholz, y Catton (1999) analizan la idea de que el hombre ha nacido con la necesidad de estar solo y tener relaciones, al mismo tiempo, con otros. Se encontró que la soledad, era vista por los adolescentes de forma negativa, con tristeza y desesperanza.

2.3. Soledad-Asilamiento y Sordera.

Schlesinger y Meadow (1972) describían la sordera y la adolescencia como un efecto de la interacción de las fuerzas psicológicas y fisiológicas. Indicaron: “Que los estudiantes sordos que no habían internalizado los controles de conducta o no internalizaban las motivaciones por el ejercicio de sus habilidades tendían a tener un período traumático en la joven adultez. En esta recolocación traumática que hacían respecto a las relaciones, se refugiaban en sí mismos”.

Según los estadios de desarrollo de Erikson, los niños sordos se aproximan a la adolescencia con retraso por las crisis previas, por ejemplo, la autonomía, iniciativa, responsabilidad y competencia (Schlesinger, 1978). Se cree que la deprivación del lenguaje puede afectar adversamente el aprendizaje académico tanto como la conceptualización y el aprendizaje sobre las relaciones interpersonales.

La literatura de la adolescencia sugiere que los jóvenes, son especialmente vulnerables a los sentimientos de soledad y aislamiento (Erikson, 1963; Brennam, 1982), aunque los adolescentes sordos pueden ser más susceptibles en estos sentimientos.

El adolescente sordo es un chico, cuyo desarrollo en edad, se ha caracterizado típicamente por la soledad en cuanto a su experiencia de la vida y relaciones (Barret, 1986).

Diver (1990) en una discusión sobre el grupo de iguales en adolescentes sugirió que la desviación de la norma en las relaciones de los adolescentes con su grupo de iguales, puede conducir al aislamiento y tener severas consecuencias psicológicas para el individuo. Los adolescentes que son físicamente diferentes tienen una dificultad añadida: la aceptación de sus pares.

3. Afrontamiento.

3.1. Introducción.

El afrontamiento del estrés consiste en una serie de estrategias que empleamos para solucionar, evitar o dejar de lado los problemas de la vida diaria o los problemas que se nos presentan en momentos fundamentales de nuestra vida (como escoger una carrera, un trabajo, pareja, vivir en matrimonio, tener hijos, etc.).

Se trata de ver las presiones y estrés creciente a que se somete a los jóvenes, al prepararles para conseguir o encontrar un puesto de trabajo, al estudiar en la escuela o en niveles superiores materias cada vez más complejas en ambientes muy competitivos, en sus relaciones con los demás en las que las expectativas se han ido haciendo menos claras, en el trabajo y la vida diaria en las que cada

vez se exige un mayor nivel de auto-organización y de adaptación a las nuevas tecnologías y en la naturaleza de los acontecimientos nacionales e internacionales frecuentemente muy perturbadores. La forma en que los adolescentes afrontan estos factores de estrés es un tema de gran preocupación.

La forma en que los adolescentes afrontan sus problemas se considera cada vez más una parte importante del currículo escolar. Muchas de las habilidades que deben aprenderse son estrategias de afrontamiento. Entre ellas pueden incluirse: obtener, analizar y organizar la información, la comunicación de ideas e informaciones, la planificación, el trabajo en equipo y la resolución de problemas.

La forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida adulta y la forma en que hacen planes y preparan el futuro puede tener grandes consecuencias sociales. Los ajustes que se produzcan y las conductas derivadas, determinarán en parte el futuro de los jóvenes y de la sociedad.

Los centros escolares son el principal lugar de socialización de los jóvenes y pueden jugar un gran papel en la mejora de su salud y su bienestar pcisológico. Los educadores pueden ayudar a mejorar la capacidad de afrontamiento de los estudiantes comprendiendo y dando respuesta a sus necesidades, tanto en el ámbito de la educación curricular como mediante programas especiales de ayuda social y educacional.

3.2. Afrontamiento y Adolescencia.

La adolescencia es una fase del desarrollo humano en la que se producen retos y obstáculos importantes. Por ello, es necesario desarrollar la propia identidad y conseguir la independencia de la familia manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo. Además, se produce la transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y por el desarrollo cognitivo. El individuo se ve empujado a cumplir ciertos papeles sociales con relación a sus compañeros y a los miembros del otro sexo y, al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su carrera profesional. Cada uno de estos pasos del desarrollo requiere una capacidad

para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas.

Todos los adolescentes tienen preocupaciones que afectan de forma significativa a sus vidas. Ciertos estudios longitudinales han demostrado que existe conexión entre acontecimientos vitales estresantes y conflictos familiares, delincuencia, conductas autodestructivas y aislamiento social (Gershem, Langer y Orsec, 1974). Sin embargo, según el modelo transaccional, el estrés es un componente normal de la vida (Lazarus y Launier, 1978; Lazarus, 1980). El estrés es, para los teóricos de este modelo, la ambivalencia entre la percepción que la persona tiene de las demandas que se le plantean y su disposición para afrontar dichas demandas.

Cada vez más el adolescente siente más preocupaciones abrumadoras y acuciantes. Los problemas que pesan sobre la mente de los adolescentes llegan a conducirles a la depresión. La Organización Mundial de la salud en 1989 ha documentado el crecimiento de suicidios de adolescentes entre los 15 y 19 años. Los jóvenes que optan por la muerte lo hacen porque no son capaces de afrontar sus problemas en unos momentos en que son vulnerables a crecientes presiones e incertidumbres.

En ocasiones se ha estudiado, desde la óptica de los adultos, cómo afrontan el estrés los jóvenes (Frydenberg, 1989), pero en los últimos años se han hecho ciertos estudios para desarrollar instrumentos que reflejen más adecuadamente la conducta de afrontamiento de los adolescentes (Patterson y McCubbin, 1987; Dise-Lewis, 1988; Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988; Stark y Williams, 1989).

La adolescencia es, sin duda, un periodo de progresos en todas las facetas del individuo. Puesto que los adolescentes son miembros de la sociedad y actúan en un contexto social, su desarrollo, especialmente el que se refiere a los aspectos sociales y emocionales, es influido por la sociedad y, al mismo tiempo, produce modificaciones en la sociedad. Así, la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas tiene importancia para toda la sociedad.

Cuando los jóvenes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad. Por ello, la sociedad está interesada en lo que preocupa a los jóvenes y en ayudar a los adolescentes a que desarrollen estrategias sanas para afrontar sus dificultades. Es más, para llegar a ser adultos capaces de afrontar adecuadamente sus problemas, es necesario que los adolescentes sean más conscientes de sus conductas de afrontamiento y que reflexionen sobre ellas y las modifiquen. Esta reflexión debe tener en cuenta también la idiosincrasia de cada sujeto ya que algunos estudios muestran relación entre ciertos estilos de afrontamiento y otros factores como el tipo de preocupación, la edad, el origen étnico o el sexo (Frydenberg, 1989; Frydenberg y Lewis, 1991; Frydenberg y Lewis, 1996).

Calvete (1989), investiga las atribuciones de control en sujetos (que divide en tipo A y tipo B) y la relación entre este patrón de conducta, el Locus de Control y las respuestas de afrontamiento del estrés. Con este fin, 108 individuos evaluaron los estresores diarios que tenían y sus respuestas de afrontamiento durante una semana. Los sujetos completaron la Escala de Actividad de Jenkins (JAS) y un Cuestionario de Locus de Control (LUCAM). El análisis de los datos (anova y análisis discriminante) sugiere que el patrón de conducta tipo A está asociado con una mayor internalidad en las áreas personal y laboral y con una mayor externalidad en las interacciones sociales que su opuesto el patrón de conducta tipo B. Esta última tendencia es especialmente intensa para la escala de impaciencia del JAS. Se han encontrado también diferencias en las respuestas de afrontamiento dependiendo del Locus de Control y del tipo de conducta A o B. Los datos indican que los sujetos tipo A emplean métodos más activos que los sujetos tipo B y que los individuos que usan controles “externos” prefieren evitar las situaciones estresantes en mayor medida que los que utilizan controles “internos”.

Lee, Chan y Yik (1992), pasaron la Escala de Afrontamiento para Adolescentes y el Cuestionario de Salud General a una muestra de 381 hombres y 451 mujeres adolescentes chinos de Hong-Kong (de 14 a 19 años de edad). Los resultados sugieren que la muestra usó estrategias de afrontamiento relativamente parecidas cuando se enfrentaron a sus problemas. Se identificaron 4 estrategias generales de afrontamiento. Se encontró consistencia significativa en evitación-culpa y un predictor moderadamente fuerte de angustia psicológica en 4 problemas diferentes: 1) dificultades académicas, 2) conflictos con los

mayores, 3) conflictos con amigos y 4) asuntos futuros. Aunque los chicos y las chicas usaron estilos de estrategias semejantes cuando se enfrentaron a las dificultades, se diferenciaron en la frecuencia con la que podían usar un estilo particular de afrontamiento cuando trataban con un problema concreto.

Lee y Chan (1993), compararon los estilos de estrategias de afrontamiento, usando la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, en 684 Chinos de Hong Kong de 7º grado (de 12,2 años de media), de 9º grado (14,5 años de media) y de 11º grado (de 16,5 años de media) en 4 situaciones problemáticas comúnmente vividas por los adolescentes. Los estilos de estrategias de evitación/culpa (AB), solución de problemas de forma racional (RPS), religiosidad (REL), y búsqueda de apoyo social (AS) fueron identificados a través del análisis factorial. Se hallaron diferencias significativas en el uso de evitación-culpa (AB) en las relaciones con sus problemas académicos y los conflictos con sus mayores. Los grados 7º y 9º no eran diferentes en las frecuencias del uso de los otros tres estilos de afrontamiento en las cuatro áreas presentadas como problemas. En general, los del grado 11º usaban las estrategias de afrontamiento: solución de problemas de forma racional (RPS), la religiosidad (REL) y búsqueda de ayuda social (AS) más a menudo que los de 9º grado. Estos usaban también consistentemente los tres estilos de afrontamiento más frecuentemente que los de 7º grado cuando se enfrentaron a conflictos con amigos o su futuro.

Parsons, Frydenberg y Poole (1996), investigaron las relaciones entre el éxito que se esperaba según CI (en las notas escolares) y las preferencias en el estilo de afrontamiento medidas a través de la Escala de Afrontamiento de Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993), en 374 chicos escolares de 9º, 10º y 11º grado en la ciudad de Melbourne. El análisis de correlación para cada uno de los tres niveles mostró que tres de las estrategias de afrontamiento: Trabajo y Logro, Solución de los Problemas, y Ayuda Social correlacionaban positivamente con el logro escolar en los 3 niveles. Otras subescalas correlacionaban significativamente en uno u otro de los 3 niveles. Se concluyó que el logro escolar podía ser la mejor forma de estrategias de afrontamiento productivas, mientras que la evitación de las respuestas de estrés no parecían ser productivas.

Taylor (1996) examina la forma en que la cohesión familiar y adaptabilidad, percibida por los adolescentes con buenos rendimientos académicos, se relaciona con sus estrategias de afrontamiento.

Las investigaciones anteriores han descubierto que las familias de jóvenes con buenos rendimientos académicos se caracterizaban por niveles de cohesión, adaptabilidad, y un ajuste psicológico adecuado. Algunos estudios han sugerido que las relaciones entre la estructura familiar y el afrontamiento de los adolescentes era lineal. La muestra investigada en este estudio comprende 457 adolescentes con buenos rendimientos académicos, de 6º a 10º grado, que participaban en un programa de enriquecimiento en una residencia de verano. Las principales conclusiones fueron: 1) Las relaciones entre cohesión /adaptabilidad familiar y estrategias de afrontamiento de los adolescentes con buenos rendimientos académicos tenían una relación lineal curvilínea. 2) La cohesión familiar tenía una correlación más alta con las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con buenos rendimientos académicos que la adaptabilidad. 3) No se encontraron diferencias de género en las relaciones entre cohesión familiar y afrontamiento. Las percepciones de adaptabilidad familiar tenían una relación más alta con las estrategias de afrontamiento de los adolescentes (con buenos rendimientos académicos) hombres que con las mujeres. No se encontraron diferencias entre los adolescentes más jóvenes y los medianos en la estructura familiar y afrontamiento. 4) Los adolescentes con buenos rendimientos académicos consideraban la cohesión familiar semejante a la muestra normal. Ellos consideraban a sus familias significativamente más altas que la norma en adaptabilidad. 5) No se encontraron diferencias en la percepción de la estructura familiar.

DeMello e Imms (1999), pasaron el Item 18 de la escala de Autoestima (Trevathan, 1992), la Escala de Locus de Control de Nowicki y Strickland (Nowicki y Strickland, 1973) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993) a una muestra de 146 estudiantes adolescentes hombres y mujeres. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre autoestima, locus de control y estilos de afrontamiento. Los que tenían una alta autoestima, puntuaciones de locus de control interno y utilizaban en su estilo de afrontamiento más la “resolución de problemas”, mostraban actitudes significativamente más positivas hacia la escuela y tenían percepciones positivas de su rendimiento académico. No había diferencias de género en las puntuaciones de los tests de autoestima, locus de control o estilos de afrontamiento. Las mujeres, sin embargo, tenían actitudes más positivas hacia la escuela.

Neill y Proeve (2000), examinaron los estilos de afrontamiento y conductas de estudiantes del Sudeste de Asia temporalmente residentes en Australia, poniendo de manifiesto las diferencias de etnia y género. Sesenta y tres estudiantes del Sudeste Asiático (entre 15 y 21 años) completaron la escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993). Los resultados mostraron que la muestra exhibía más baja autoestima y menor uso de los estilos de afrontamiento en referencia a la muestra de control Australiana que los usaba más frecuentemente. La muestra con niveles más bajos de autoestima usaba afrontamientos no productivos más frecuentemente que los otros. No se encontraron diferencias de género en los estilos de afrontamiento, en las interacciones entre etnia, género y autoestima.

Martínez y Morote Ríos (2001), hacen un estudio transversal en adolescentes sobre los principales intereses y las estrategias que utilizan para afrontar los problemas propios de su edad. Se hicieron las correlaciones con las variables demográficas. Se administró la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (E. Frydenberg y R. Lewis, 1997) a 413 mujeres y hombres adolescentes de 13 a 18 años en Perú, incluyendo una pregunta abierta sobre su principal preocupación o interés. Los resultados indicaron que sus mayores preocupaciones eran su futuro y la realización escolar y que las estrategias de afrontamiento que utilizaban más frecuentemente eran el interés y el trabajo duro. Los hallazgos mostraron que las variables demográficas tenían un efecto significativo en los tipos de interés y las estrategias de afrontamiento.

Tatum (2001), se propuso estudiar si los adolescentes estudiantes Afro-Americanos y Blancos se diferencian en autoconcepto, recursos de afrontamiento del estrés (en áreas de confianza académica, confianza social, ayuda familiar, aceptación de sus iguales, y control de conducta), el locus de control y la lectura y matemáticas. El estudio examinó las relaciones entre éxito académico y los ocho constructos en estudiantes adolescentes Afro-Americanos y Blancos. Los métodos y procedimientos que se emplearon fueron: una muestra de 90 estudiantes Afro-Americanos y 62 Blancos seleccionados al azar de una lista de 5º a 9º grado. El Test de Iowa de Destrezas de Afrontamiento (ITBS), las puntuaciones en matemáticas y lectura fueron obtenidas de las notas escolares. Se valoraron en las cinco subescalas de las Escalas de Recursos de Afrontamiento de Aumento Educacional, la Escala de Locus de Control para Niños Abreviada, y la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris. Encontró una diferencia

significativa en el control de conducta y las puntuaciones en matemáticas, lectura y el Test de Iowa de Destrezas de Afrontamiento (ITBS).

Carr (2001), descubre que hay una falta de investigación sistemática que examine las experiencias de estrés diarias, locus de control, y estilos de afrontamiento en chicas de 15 a 17 años. Su proyecto incluía 73 mujeres estudiantes de 3 escuelas superiores públicas en Nueva York y Nueva Jersey. Se les preguntó a los participantes para que completaran 3 medidas de autoinformes: Inventario de Estrés en Adolescentes (AHI), La Escala para Niños de Locus de Control de Nowicki-Strickland y el Kideope. Las respuestas en el Inventario de Estrés en Adolescentes (AHI) fueron comparadas con las del Locus de Control usando la correlación de Spearman. Siguiendo este análisis, los participantes se dividieron en dos grupos "alto estrés" y "bajo estrés" basándose en las puntuaciones medias. Los resultados mostraron que las chicas que tenían puntuaciones altas en el Inventario de estrés para Adolescentes tenían también altas puntuaciones en el locus de control externo. Se esperaba que estas participantes (alto estrés-alto locus de control) debían responder que tenían estilos de afrontamiento más evasivos y pasivos comparados con los participantes que tenían un estrés más bajo y un locus de control interno. Los resultados del estudio se contrastaron con otros que sugerían que las relaciones exploradas habían estado influidas por otras variables adicionales.

Meijer, Sinnema, O-Bijstra, Mellenbergh, y Wolters, (2002), examinaron los estilos de afrontamiento y locus de control como predictores del ajuste psicológico de adolescentes con enfermedades crónicas. El ajuste psicológico de 84 adolescentes de 13 a 16 años con enfermedades crónicas fue valorado con medidas de ajuste social, autoestima global y problemas de conducta. La regresión lineal se realizó con factores demográficos (edad y género) y factores que procesan el estrés (estilo de afrontamiento y locus de control) como variables predictoras. Los resultados indicaron que los estilos de afrontamiento se relacionaban más con aspectos de ajuste social. Los estilos de afrontamiento "buscando ayuda social" y "falta de afrontamiento" eran importantes predictores para un ajuste social positivo, el estilo de afrontamiento "depresión" era un predictor para un ajuste pobre, una baja autoestima y una alta ansiedad social. La evitación y el locus de control no estaban asociados fuertemente con el ajuste social.

3.3. Afrontamiento y Sordera.

Satapathy y Singhal (2001), examinaron algunos significantes sociales (stress, autoestima y conducta problema), algunas variables demográficas y socioeconómicas (como edad, edad del comienzo de la discapacidad, importancia de la discapacidad, educación y trabajo de los padres, ingresos económicos, status de los padres y educación preescolar) y los correlatos y predictores del ajuste socio-emocional de 79 adolescentes invidentes y 80 sordos (edad entre 13 y 21 años). La muestra completó la Lista de Síntomas de Hopkins para el Estress, La escala de Autoestima de Basavanna, y la Escala de Ajuste Socio-Emocional de Meadow-Kendall. Los resultados revelaron problemas de conducta, estrés y pobres resultados académicos, que eran los predictores comunes y los que contribuían al ajuste socio-emocional. Las variables de base contribuyeron al ajuste en el caso de los estudiantes ciegos, pero los ingresos familiares y la sordera de los padres contribuyeron positivamente en los estudiantes sordos.

4. Miedos Escolares.

4.1. Introducción.

El miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda a evitar situaciones peligrosas. Es una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, aunque las situaciones temidas varían con la edad. El desarrollo biológico, psicológico y social, propio de las diferentes etapas evolutivas (infancia, adolescencia, etc.), explica la desaparición de unos miedos y la aparición de otros nuevos para adaptarse al medio (Pelechano, 1981). Los miedos son muy frecuentes durante la infancia, de modo que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante (Sandín, 1997). Sin embargo, el miedo puede llegar a constituir un trastorno fóbico, generando malestar clínicamente significativo y repercutiendo negativamente en el área personal, familiar, escolar y/o social.

El predominio de los miedos en niños y adolescentes es un tema de interés en psicología del desarrollo, habiéndose llevado a cabo numerosas investigaciones (Ollendick, 1983; Ollendick, Matson y Helsel, 1985; King y otros, 1989; Slee y Cross, 1989; Ollendick, King y Frary, 1991; Ollendick, Yule y Ollier, 1991; Gullone y King, 1993; Dong, Yang y Ollendick, 1994). Estos estudios muestran que entre el

30% y el 50% de los niños presentan uno o varios miedos intensos. Aparecen diferencias de género y edad, encontrándose que las niñas puntúan por encima de los niños en los inventarios de miedo, de la misma manera que los niños de ambos sexos obtienen puntuaciones superiores a los adolescentes.

Los estudios longitudinales ponen de manifiesto los cambios evolutivos. Durante el primer año son más frecuentes los miedos relacionados con ruidos fuertes y personas extrañas. Hasta los seis años son comunes los temores relacionados con animales, tormentas, oscuridad, seres fantásticos como brujas o fantasmas, catástrofes y separación de los padres. A partir de los seis años aparece el miedo al daño físico, al ridículo y, algo más tarde, a las enfermedades y accidentes, al bajo rendimiento escolar y a las discusiones entre los padres. De los 12 a los 18 años predominan los miedos que tienen que ver con las relaciones interpersonales y la pérdida de la autoestima (Echeburúa, 1993; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002). En general, los miedos físicos (animales, tormentas, daño, etc.,) disminuyen, mientras que se acentúan los miedos sociales (ridículo, rechazo, hablar en público, etc.) (Graziano, DeGeovanni y García, 1979).

Báguena y Chisbert (1998), analizaron el papel desempeñado por el género en la evolución psicológica de los miedos no clínicos en la infancia y adolescencia, considerando en este análisis una serie de dimensiones de diferencias individuales de interés teórico (aspectos temperamentales, motivacionales y cognitivos). La muestra que participó en el estudio consta de 837 niños (464 chicos y 373 chicas) con edades comprendidas entre 10 a 14 años (M= 11,88 y DT= 1,29) escolarizados en centros públicos de la provincia de Valencia. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Miedos Infantiles (Pelechano, 1981) que evalúa 11 factores de miedo, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-J), la Escala de Inhibición ante Situaciones de Estrés (Pelechano, 1973), el Cuestionario de Locus de Control (Pelechano y Báguena, 1983) y el Test de Matrices Progresivas de Raven. Las hipótesis se han clasificado en cuatro apartados generales: 1) “Efectos de la edad”: Se considera la hipótesis tradicional que sugiere una disminución en el volumen total de miedos a medida que se avanza con la edad y la disminución e incremento respectivos de los miedos “específicos” y “sociales”. 2) “Efectos de género”: A cualquier edad se espera que las chicas sean más miedosas que los chicos.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Se han estudiado los miedos en diferentes sociedades semejantes a la nuestra como la australiana o americana (Ollendick y otros, 1985; King y otros, 1989). En nuestro país se han realizado, durante los últimos años, diversos estudios acerca de la prevalencia e intensidad de los temores en la infancia y adolescencia (Martínez y Monreal, 1982; Pelechano, Báguena, Botella y Roldán, 1984; Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987; Pelechano, 1991; Peña, 1995; Sandín y Chorot, 1998; Báguena y Chisbert, 1998)

Uno de los instrumentos más utilizados en la investigación del miedo es el Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R) (Ollendick, 1983; Ollendick y otros, 1991) consiste en una forma revisada del FSSC de Scherer y Nakamura (1968). Esta versión consta de 80 ítems con tres alternativas de respuesta (nada, algo y mucho). Los estudios factoriales realizados con el instrumento concluyen la emergencia de cinco factores: miedo a lo desconocido, miedo a las heridas y animales pequeños, miedo al peligro y a la muerte y miedos médicos.

Es el instrumento más ampliamente utilizado en la literatura de habla inglesa y ha sido administrado, principalmente, a niños y adolescentes normales y con enfermedades crónicas. Ha sido traducido recientemente al español por Sandín y Chorot (1998). El primer estudio realizado con población española obtienen la misma estructura factorial propuesta por el autor de FSSC-R y con un coeficiente de fiabilidad elevado (alpha= 0,95) (Sandín y Chorot, 1998).

4.2. Miedos, Infancia y Adolescencia.

King, Gullone y Stafford (1989), administraron el Inventario de Miedos para Niños (Ollendick, 1984) a 129 invidentes y 129 niños con buena capacidad intelectual (de 8 a 16 años) en Australia. Los resultados mostraban que no había diferencias significativas en los niveles de miedo, aunque los niños que tenían buena capacidad intelectual expresaron niveles altos de miedo en dos factores. Los hallazgos eran inconsistentes con los de otro estudio similar de Ollendick y cols., con niños y jóvenes de USA. Sin embargo, los niños discapacitados, de los que había sólo un pequeño número en la muestra, dieron un

nivel más alto de miedo que los niños con buena capacidad intelectual. Las chicas dieron niveles más altos de miedo que los chicos.

Sosa y cols. (1993) evaluaron el grado de miedo experimentado por niños y adolescentes ante una amplia gama de objetos y actividades a través del Inventario de Miedos. Dicho inventario consta de 54 ítems agrupados en 10 factores: Miedo a la Muerte (MU), Miedo a la Soledad-Fantasías (SF), Miedo a los Animales (AN), Miedo a los Fenómenos Naturales (FN), Miedo a los Médicos (ME), Miedo a la Autoridad (AU), Miedo a lo Desconocido (DE), Miedo a la Evaluación del Rendimiento (ER), Miedo a Separarse de los Padres (SP), y Miedo al Contacto Físico (CF). Los resultados de este trabajo, de acuerdo con otros realizados en nuestro país y con varios trabajos transculturales, muestran que los miedos son relativamente frecuentes (Ollendick, 1983; Ollendick y otros, 1985; 1991). Cabe destacar que son más frecuentes los miedos sociales, debido probablemente a que el rango de edad evaluado abarca la adolescencia, etapa en la que este tipo de temores son más intensos (Méndez, 1999). Sin embargo, y a diferencia de otros estudios previos, el número de miedos fue menor. Así, por ejemplo, Sandín y Chorot encontraron en 1998 que la media de miedos era de 20, ligeramente superior a la encontrada en trabajos anteriores utilizando el FSSC (Ollendick, King y Frary, 1991; Dong y otros, 1994).

Erol y Sahin (1995) adaptaron y estandarizaron el Inventario de Miedos para Niños (FSSC) determinaron sus propiedades psicométricas y compararon tres grupos de niños Turcos según su edad y género. La muestra era 1237 chicos y 613 chicas (de 9 a 13 años); 636 chicos y 334 chicas (de 9 a 21 años) de Ankara y 118 chicos y 69 chicas (de 9 a 23 años) hijos de trabajadores Turcos residentes en Holanda. Las chicas cuando se compararon con los chicos tenían niveles más altos e intensos de miedo. Los chicos más pequeños revelaron más miedo que sus iguales mayores. Los miedos más intensos eran a la muerte y la separación, y los miedos religiosos eran frecuentemente mencionados sobre todo por los chicos más pequeños.

Ollendick, Yang, Dong, Xia, y otros (1995) examinaron los miedos según las diferencias de género aportadas por 693 niños y adolescentes Chinos (359 chicas y 334 chicos) de 7 a 17 años. Se les preguntó la razón del número, intensidad, y duración de sus miedos, los miedos de sus mejores amigos, y los miedos de otros compañeros de clase utilizando una traducción China del Inventario de Miedos para

Niños Revisado. Las chicas se veían como más miedosas que los chicos, y tenían miedos más intensos e inquietantes. Además, los chicos y las chicas valoraron los miedos de sus mejores amigos. Las chicas valoraron a sus compañeras de clase o sus mejores amigas como menos miedosas que ellas mismas; mientras que los chicos valoraron a sus compañeros de clase y a sus mejores amigos como más miedosos que ellos mismos. Los hallazgos fueron discutidos en términos de expectativas para el rol de género y semejanza-atracción.

Ollendick, Yang, King, Dong, y otros (1996) investigaron si los miedos de los niños y adolescentes diferían de un contexto cultural a otro, en una muestra de 1200 niños y adolescentes americanos, australianos, chinos y nigerianos (300 de cada) de 7 a 17 años. Las respuestas al Inventario de Miedos para Niños Revisado revelaron diferencias significativas en el número, contenido, patrón y nivel de miedo. Los niños y adolescentes nigerianos tenían miedos mayores que los americanos, australianos o chinos. Sin embargo, las diferencias en el patrón y contenido de los miedos eran diferentes para los chicos y las chicas de los distintos países. Los resultados fueron interpretados dentro del contexto cultural, que sugería que las culturas que favorecen la inhibición, complicidad, y obediencia sirven para aumentar los niveles de miedo.

Sanavio (1998) consideró las diferencias individuales en el tipo, número e intensidad de las experiencias de miedo en niños y adolescentes. Hizo tres investigaciones llevadas a cabo en diferentes niveles de edad (de 7 a 12 , de 11 a 15 años y de 16 a 19 años) explora las principales características de los miedos de los niños y adolescentes italianos, y se compararon los resultados con los estudios similares de otros países. Un inventario derivado del Inventario de Miedos (versión italiana para adultos) se administró a todos los grupos de edad. Además se utilizó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck para estudiar la relación de los miedos con la personalidad en los chicos de 11 a 15 años. Los resultados indicaron que los miedos de los niños y adolescentes italianos parecían ser menos intensos entre los 7 y 15 años, estabilizándose después de los 15 años. Las chicas mostraron sistemáticamente más miedos que los chicos de todas las edades de 7 a 19 años, de acuerdo con los resultados encontrados en adultos Italianos, y en niños, adolescentes y adultos de otras nacionalidades. Se observó que las puntuaciones totales del Inventario de Miedos correlacionaban con la inestabilidad emocional y con los rasgos de ansiedad y la hiperactividad psicofisiológica.

Ingman, Ollendick y Akande (1999) compararon los niveles y tipo de miedos en niños nigerianos y kenianos usando el Inventario de Miedos para Niños revisado. Un total de 852 hombres y mujeres de 8 a 17 años fueron examinados. Los niños nigerianos dieron puntuaciones totales significativamente más altas que los kenianos, y las puntuaciones de estos países eran más altas que las encontradas en EEUU, Australia y China. Esto sugiere que las culturas de Kenia y Nigeria comparten una variable común ya que informan que los niños kenianos y nigerianos tienen más miedos que los niños de otras culturas. Además, los niños cristianos en ambos países tenían niveles más altos de miedo que los musulmanes. Finalmente, los niños de 8 a 12 años informaron tener más miedo a lo desconocido que los chicos de 13 a 17 años. Estos hallazgos sugieren que las diferencias en cultura, religión y edad son importantes en los miedos de los niños de Nigeria y Kenia.

4.3. Miedos y Sordera.

King, Mulhall y Gullone (1989) administraron el Inventario de Miedos para Niños revisado a 68 chicos y 70 chicas (de 8 a 16 años) que eran hipoacúsicos y 69 chicos y 65 chicas oyentes. Aunque ambos grupos expresaron miedo a estímulos potencialmente peligrosos, las diferencias significativas lo fueron hacia otros tipos de estímulo. Los oyentes eran más miedosos al fracaso y la crítica, los hipoacúsicos temían más a lo desconocido, las heridas y los pequeños animales. Las chicas dieron niveles más altos significativamente de miedo que los chicos. Las diferencias de género no eran tan grandes en los autoinformes de miedo de los hipoacúsicos comparados con los oyentes, sugiriendo con ello que la socialización de los niños hipoacúsicos en términos de roles sexuales puede ser menos estereotipada que la de los oyentes.

5. Locus de Control.

5.1. Introducción.

El locus de control intenta medir la forma de atribuir las situaciones de cualquier índole de la vida cotidiana a factores internos o externos.

Phares (1955) construyó una escala con pocos ítems sobre cómo se percibían los rendimientos debido a factores internos o externos. Esta escala fue reelaborada y ampliada por James (1957), que la reformuló siguiendo el procedimiento Likert.

Fue Rotter (1966) el que intentó hacer la formulación de una teoría que explicase el funcionamiento observable de los seres humanos. Rotter ha intentado formular una teoría general de la conducta en la que desempeña un lugar central el refuerzo y el aprendizaje, pero su concepto nuclear es el de expectativa. Una de las variables fundamentales en esta teoría es la explicación de la conducta humana como una expectativa acerca de la responsabilidad de las acciones humanas y que esta expectativa se produce de la interacción entre el componente genético humano y su aprendizaje (Lefcourt, 1976).

Había que pensar en diferencias individuales respecto a las expectativas generalizadas. Por lo que había que pasar de esa teoría a algo operativo que fuera la base de cuestionarios e inventarios. Por ello, el grupo de Rotter elaboró unos instrumentos para evaluar esta dimensión. Los resultados de la investigación descubrieron que las personas podían obtener rendimientos distintos ante una misma tarea según se les informase que estos rendimientos dependían de su esfuerzo o dependían de sus habilidades intelectuales. La repetición de estas pruebas descubrió que existían unos componentes actitudinales y cognitivos.

Se creó la escala I-E (Interno- Externo) Rotter (1966), Lefcourt (1976) y Phares (1976). Levenson (1972, 1973, 1975, 1976, 1981), llevó a cabo un primer análisis teórico y, posteriormente, elaboró un nuevo instrumento que diferenciaba tres grandes factores: internalismo, atribución de poder a los demás y azar-suerte.

Pelechano (1973) presentó un modelo de funcionamiento de la personalidad basado, por un lado, en dimensiones cognitivas, hábitos, destrezas, habilidades y aptitudes, por otro, de factores de reactividad emocional y la motivación, y, por otro de dimensiones básicas de personalidad (donde se analiza como dimensión básica de la personalidad el locus de control).

En 1974, Mischel, Zeiss y Zeiss construyeron una escala para medir el control percibido sobre resultados positivos o negativos.

Hay investigaciones que han demostrado diferentes estilos de locus de control al dar diversas atribuciones causales para el éxito o fracaso (Bradley, 1978). Así, vemos que las investigaciones han demostrado tendencias individuales de atribuciones causales para el éxito o fracaso.

Los grupos estigmatizados, (valorados así por la sociedad), que tienen algún tipo de discapacidad, minusvalía o enfermedad, poseen un mecanismo de feddback negativo que hace que se proyecten sobre ellos pensamientos negativos y una actitud perjudicial, no sólo por los demás sino por ellos mismos (Crocker y Major, 1989).

La teoría de la atribución da un marco viable para interpretar diversos fenómenos asociados con la estigmatización, empezando por el uso de la información que hacen los individuos estigmatizados para explicar las inferencias causales (Kelley, 1973). Esta teoría o modelo atribucional se llama modelo reformulado de aprendizaje-ayuda o apoyo, e intenta aclarar las diferentes respuestas individuales a los acontecimientos afectivos o conductuales (Abramson, et al., 1978).

Según la teoría original del aprendizaje-ayuda (Maier y Seligman, 1976) la experiencia de acontecimientos incontrolables lleva a los individuos que lo han tenido a esperar que no puedan controlar otros hechos en el futuro. Esta expectativa debido al descontrol puede conducir a déficits motivacionales, cognitivos y emocionales.

Abramson, y otros (1978) propusieron una reformulación de la teoría original del aprendizaje-ayuda. Según esta reformulación, los acontecimientos vividos como incontrolables crean condiciones en las personas para otros acontecimientos futuros. Las explicaciones, que la gente da de los resultados sobre los acontecimientos buenos o malos, puede mediatizar sus expectativas respecto de otros hechos futuros e influir en ellos.

Así, Abramson, y cols., (1978) intentaron describrir tres dimensiones (interno-externo, estable-inestable y global-específico) dentro de las cuales se puede explicar la estabilidad, generalidad de los déficits de aprendizaje-apoyo y la pérdida de confianza en las conductas que tiene uno mismo para conseguir algo en el futuro.

Estas tres dimensiones se denominaron estilos explicativos de atribución e incluyen:

1. Interno contra externo: Las causas de los acontecimientos son atribuidas a los individuos o a la situación.

2. Estable contra inestable: Las causas de los acontencimientos se atribuyen a razones pasajeros o permanentes.

3. Global contra específico: El mismo acontecimiento o resultado debe esperarse que ocurra en muchas o pocas situaciones.

La literatura sobre este tema indica que las atribuciones internas (como las habilidades personales) lleva a resultados esperados, consistentes y estables, mientras que las atribuciones externas (como el aspecto exterior que tenga una persona) da resultados inesperados, inconsistentes e inestables. Si la gente cree que ha triunfado por su habilidad interna es más probable que continúen con la actividad. Sin embargo, si la gente cree que ha triunfado por algo externo, hay menos probabilidad de que continúe con su conducta. De la misma manera, si la gente cree que falla por una habilidad interna, su conducta persistirá, pero si cree que falla por un hecho externo no tendrá continuidad (Iso-Ahola y Roberts, 1977).

La siguiente tabla presenta la Teoría Reformulada de Aprendizaje-Apoyo desarrollada por Abramson y otros (1978).

Tabla 5. Teoría Reformulada del Aprendizaje-Apoyo

Explicación de los malos aconteci-mientos	Expectativas	Resultados Defectuosos
Causa interna al individuo Causa externa al individuo	Los malos acontecimientos ocurren por mí. Los malos acontecimientos no ocurren por mí	Pérdida de autoestima. No se pierde la auto-estima
La causa es un factor estable. La causa es un factor inestable.	Recurre a acontecimientos. No recurre a acontecimientos	Déficits de largo término. Déficits de corto término.
La causa es un factor con influencias globales. La causa es un factor que influye solo en situaciones específicas.	Los malos acontecimientos ocurrirán en otros dominios. Los malos acontecimientos no ocurrirán en otros dominios.	Generalización de los déficits. Déficits específicos que se dominan

La atribución de autodefensa sesgada podría ser una forma de mantener la autoestima (Zuckerman, 1979). Según Weiner y Litman-Adizes (1980), las atribuciones causales hacen posible mantener la valoración de uno mismo.

La Teoría Reformada del Aprendizaje Apoyo de Abramson y otros, tiene que ver con atribuciones causales de resultados positivos y negativos y propone como principio que las atribuciones internas de los resultados negativos y las atribuciones externas de los resultados positivos pueden dar una autoestima muy baja (Crocker, Alloy y Kayne, 1988).

Según el modelo reformulado de aprendizaje-ayuda, las explicaciones causales influyen en lo que esperamos respecto de los acontecimientos incontrolables (Peterson, Colvin y Lin, 1992).

Según este modelo, los individuos desarrollan maneras habituales de ofrecer explicaciones causales para los acontecimientos buenos y malos llamados “estilos explicativos” (Peterson y Seligman, 1984; Peterson y otros, 1992; Turk y Bry, 1992). Una persona con un estilo explicativo pesimista atribuye los malos acontecimientos a causas internas, estables y globales, mientras que una persona con un estilo explicativo optimista atribuye los malos acontecimientos a causas externas, inestables y específicas (Peterson y Seligman, 1984; Peterson, y otros, 1992). Se ha conseguido medir de forma consistente el estilo explicativo de atribución individual, optimista o pesimista por el Cuestionario de Estilo Atribucional (Seligman y otros, 1984; Nolen-Hocksema, Seligman y Girgus, 1986).

La Teoría Reformulada de Aprendizaje-Ayuda (Abramson, y otros, 1978) propone un conjunto de predicciones sobre el desarrollo de la conducta y emociones de los niños. Según esta teoría, hay un grupo identificable de niños que tienen un riesgo especial a los déficits conductuales y emocionales. Los niños que poseen un estilo atribucional interno, estable y global pueden ser, cuando se encuentran con malos acontecimientos, especialmente vulnerables a: a) dar respuestas más bajas en iniciativas, b) tener déficits cognitivos, c) estar tristes, d) tener una autoestima más baja y e) tener una asertividad muy baja.

El atribuir resultados y feedback negativo a causas internas, estables y globales puede, en efecto, llevar a una autoestima más baja. En cambio, el atribuir estos mismos resultados a causas externas puede proteger su autoestima. Los prejuicios contra un grupo se consideran una atribución externa para los resultados negativos y, por tanto, al hacerse esta atribución se puede proteger la autoestima de los miembros del grupo estigmatizado (Crocker y Major, 1989).

Para verificar la estructura básica de las dimensiones atribucionales, los investigadores tienden a describir que el éxito o fracaso afecta de forma diferente el proceso atribucional. La literatura sobre este tema tiende a sugerir que el éxito es más probable que conduzca a atribuciones internas y/o estables (Frieze y Weiner, 1971; Arkin y Maruyama, 1979; Ames y Ames, 1981). Fitch (1970) pensó que los sujetos con alta autoestima tienden a internalizar el éxito, pero no internalizan el fracaso, mientras que los sujetos con baja autoestima tienden a internalizar el fracaso y no el éxito.

Los estudios de la Teoría Reformulada del Aprendizaje-Apoyo encontraron que el fracaso en problemas insalvables puede socavar la realización de una tarea (Hiroto y Seligman, 1975). Estos déficits de realización están influidos por causas atribuidas a fallos individuales (Abramson y otros, 1978). Los participantes que atribuyeron los fracasos a causas internas-estables-globales se realizaron menos que los que utilizaron atribuciones externas-inestables-específicas (Alloy, Peterson, Abramson y Seligman, 1984).

Arkin y Maruyama (1979) y Whitley y Frieze (1985) pensaban que las personas activas tienen más responsabilidades y éxitos que fracasos. Estos activistas atribuyen el éxito personal a factores internos (habilidad y esfuerzo) y el fracaso personal a factores externos (tareas difíciles y suerte). McFarland y Ross (1982) encontraron una diferencia entre las atribuciones exitosas o de fracaso. Los sujetos exitosos acertaban más al atribuir su desarrollo a la habilidad que a las características de la tarea. Estos estudios le llevaron a concluir que "el modelo de atribución típicamente observado es, desde luego, autodefensa, porque puede servir para aumentar la autoestima después del éxito y proteger la autoestima después del fracaso" (p. 946). Un buen número de teóricos propuso que los adultos deberían buscar una protección o aumentar su autoestima al hacer atribuciones causales que les pondría en la mejor situación posible (Snyder, Stephan y Rosenfield, 1978). Este proceso ha sido llamado predisposición a la autodefensa. La hipótesis predisposición a la autodefensa afirma que una persona desarrolla atribuciones que protegen la autoestima al atribuir los éxitos a factores internos (como la habilidad y el esfuerzo) y el fracaso a factores externos (dificultad de una tarea o suerte).

Según la teoría atribucional, la internalización es un determinante importante de la autoestima. Específicamente, las actuaciones con resultado negativo se deben atribuir a causas externas, mientras que las actuaciones con resultado positivo se deben atribuir a causas internas (Heider, 1944; Bradley, 1978; Zuckerman, 1979; Brewin y Furnham, 1986). Weiner (1979) informó que cuando los individuos recrean acontecimientos en los que el éxito era atribuido a factores internos, estos incidentes están asociados con la autoestima positiva y, en cambio, el fracaso debido a factores internos era asociado a la autoestima negativa.

La utilización estratégica de estos tipos de tácticas atribucionales permite a los individuos mantener una autoimagen positiva. El proceso atribucional y la autoestima podrían estar influidos por la aceptación externa. La confirmación externa de una atribución puede servir para mantener o mejorar la autoestima (Locke, 1983).

La evidencia ha mostrado que la mayoría de los individuos tienen perspectivas positivas de sí mismos (Greenwald, 1980; Taylor y Brown, 1988). Las razones para incluir su perspectiva positiva son:

1. La información positiva sobre uno mismo parece ser más fácilmente recordada y procesada. La información negativa es pobremente procesada y recordada (Kuiper, Olinger, MacDonald y Shaw, 1985).
2. Las experiencias de éxito parecen ser recordadas más fácilmente que las de fracaso.
3. Recordar el éxito es muy positivo para la realización.

Taylor y Brown (1988) indicaron que las ilusiones positivas son importantes tenerlas en cuenta en los procesos cognitivos. Joseph y Kuyken (1993) encontraron que los resultados negativos explicados por atribuciones internas, estables y globales podían conducir a una disminución de la autoestima y a un aumento de los procesos de autoinhibición causando déficits asociados al funcionamiento socio-emocional.

La mayoría de los individuos procesan y recuerdan fácilmente la información personal positiva. La información personal negativa es difícilmente recordada y pobremente procesada (Kuiper et al., 1985). Los individuos han mostrado menos recuerdos para la información relativa al fracaso que al éxito (Silverman, 1964). El sesgo de autodefensa en las atribuciones causales indica que la mayoría de los individuos se atribuye más resultados positivos que negativos (Ross y Fletcher, 1985).

Las investigaciones demuestran que los individuos tienden a tener ilusiones positivas no realistas de sí mismos, y exagerar la creencia en el control de la habilidad de su entorno y ven su futuro mejor que otra gente. Los individuos tienen autopercepciones que son ponderadas hacia el fin positivo de la escala, y se tienden a ver mejor que otros. La gente con atributos positivos se describe mejor a sí mismo,

mientras que la gente con atributos negativos en su personalidad se describen peor (Brown, 1986). Lewinsohn, Mischel, Chaplin y Barton (1980) estudiaron que las autovaloraciones son siempre más positivas que las valoraciones de los observadores.

Los individuos normales parecen ser más conscientes de sus fuerzas, pero menos conscientes de sus debilidades. Los individuos con más baja autoestima, parecen ser más equilibrados en sus autopercepciones (Watson y Clark, 1984). Estos individuos tienden a recordar igualmente la información positiva y negativa sobre ellos (Kuiper y MacDonald, 1982).

Las autopercepciones individuales parecen ser menos realistas cuando conciernen al control personal de los acontecimientos. Los teóricos (Heider, 1958; Bandura, 1977) mantienen que el control personal es esencial para el autoconcepto. La investigación sugiere que las creencias individuales sobre el control personal son más fuertes que la realidad (Crocker y Major, 1989). Los individuos parecen tener el futuro predestinado en sus creencias (Crocker y Major, 1989). La mayoría de los individuos cree que el presente es mejor que el pasado, y el futuro será mejor que el presente (Brickman, Coates y Janoff-Bullman, 1978).

El feedback ambiguo se podría percibir como más favorable de lo que lo es en realidad (Jacobs, Berscheid y Walster, 1971). A causa de que las autopercepciones son generalmente positivas, el feedback negativo se ve como menos posible que el positivo para los individuos con una autoestima alta (Schranger, 1975).

Taylor y Crocker (1981) proponen como principio que la interpretación de la información ambigua es consistente con las creencias primeras. Una conducta no es claramente un éxito o un fracaso si no se ve como positiva para la mayoría de los individuos.

Taylor y Brown (1988) establecen los factores que facilitan el manejo del feedback negativo. Estos factores incluyen:

1. Admitirlas, pero disminuyendo la importancia del feedback negativo.
2. Disminuir la credibilidad del feedback negativo a causa de una fuerte autoimagen positiva.
3. Mitigar los efectos negativos en la autopercepción no dándole importancia.

Cocker y Major (1989) mantienen que los individuos utilizan filtros sociales y cognitivos. Estos filtros toman la información positiva, mientras que la información negativa que escapa a estos filtros no es amenazadora. Los individuos atraen las relaciones sociales que les dan autopercepciones positivas. Construyen a menudo relaciones con amigos e intiman con quien les facilita las autoimpresiones positivas. Los individuos escogen amigos que son iguales a ellos en los recursos físicos, habilidades y realización así como en las actitudes y su historia (Swann, 1984; Taylor y Brown, 1988).

Channouf (1991) analiza las explicaciones internas. Se plantea que las explicaciones externas constituyen una estructura cognitiva. En cambio, las explicaciones internas, a causa de su dimensión normativa y de su elevada frecuencia de utilización en la vida social, constituyen una categoría menos delimitada. Se demuestra que cuando los sujetos aprenden una lista constituida por explicaciones causales externas hay un mayor número de falsos reconocimientos respecto a los ítems externos, en el ejercicio de reconocimiento. En cambio, los sujetos a quienes fue administrada una lista de explicaciones causales internas, hacen un número menor de falsos reconocimientos sobre ítems internos. Estos resultados confirman la hipótesis del autor. Este trabajo se inscribe en una nueva perspectiva de investigación sobre el registro de las explicaciones causales y las propiedades del tratamiento de la información.

5.2. Locus de Control y Sordera.

Hay escasez de investigación sobre el estilo atribucional de los niños discapacitados auditivos.

Rotter (1966) propuso el concepto de control interno-externo de refuerzos para examinar las diferencias individuales en expectativas de refuerzo. Este concepto describe el grado al que un individuo cree que los refuerzos son contingentes a su propia conducta, y lleva a la formulación de expectativas

generalizadas para el control interno-externo de refuerzo y siendo el fundamento del desarrollo de la Escala Locus de Control (Rotter, 1966). El control interno resulta de acontecimientos individualmente percibidos, es contingente hacia la propia conducta, el control externo se refiere a acontecimientos que se perciben como no relativos a la conducta individual.

La investigación ha indicado que los grupos minoritarios exhiben un locus de control más externo. Creen que los resultados son controlados por fuerzas externas (Lefcourt, 1966).

Nielsen (1969) encontró que los niños sordos residentes tenían control más interno que los niños sordos no residentes (integrados) y el control de los niños oyentes más interno que el de los estudiantes sordos no residentes.

Las personas discapacitadas, sordos y/o niños discapacitados tienen un locus de control más externo que sus compañeros oyentes (MacDonald, 1972). Kloepping (1972) sugirió que los individuos discapacitados habían aprendido a tener una orientación más interna.

Algunos investigaciones han comparado el locus de control de niños discapacitados con niños normales, encontrando que los niños discapacitados tenían un locus de control más externo. Estos estudios se confirmaron para los niños discapacitados (Land y Vineberg, 1965) y niños con parálisis cerebral (Eggland, 1973).

La orientación del locus de control de las personas discapacitadas auditivas ha comenzado a recibir alguna atención. MacDonald (1973) sugiere que la exposición continua a ciertas condiciones de vida puede promover el desarrollo de una orientación de control externo. Estas condiciones incluyen: a) discriminación social, b) incapacidad prolongada y c) sobreprote-cción de los padres en la niñez tardía. Condiciones que están presentes en la vida de algunos individuos discapacitados auditivos.

El niño sordo, a causa de su deprivación cultural desarrolla y tiene a menudo una sobreprotección de los padres, tiende a desarrollar un locus de control externo. Esta dependencia podría hacer que los niños atribuyesen fracasos a fuerzas más allá de su control (Bodner y Johns, 1977).

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

Las investigaciones encontraron que los fracasos sucesivos en cualquier grupo o individuo resultaban tener la más baja valoración en autoconcepto (Abramson y otros, 1978). La teoría del aprendizaje-ayuda se pone en marcha cuando a los sujetos les ocurren repetidos fracasos (que hace que los sujetos tengan un tipo de atribución interna y estable). Esta condición, a menudo con personas con problemas de aprendizaje, se ha conocido por conducir a la depresión, la carencia de motivación y pobres rendimientos en tareas futuras.

McCrone (1979) sugiere que el estilo atribucional y el aprendizaje-ayuda podrían ser conceptos útiles para entender el rendimiento académico de los estudiantes sordos. Encontró que cuando eran propensos al fracaso continuado no contingente, la realización del rendimiento se deterioraba en los sordos adolescentes, mientras no ocurría así en los adolescentes hipoacúsicos.

McCrone (1979) indicó que la mayoría de niños sordos podrían estar sobreprotegidos por sus padres. Los niños sordos podrían desarrollar un locus interno de control que podría conducir al bajo rendimiento y al miedo constante al fracaso. El fracaso repetido después de un considerable esfuerzo de parte de los niños sordos puede conducir a la frustración y a una actitud derrotista que ha sido asociado al aprendizaje-ayuda.

El locus de control interno se ha demostrado que correlaciona con un número de variables importantes, como el rendimiento, habilidad cognitiva, autoestima, socialización y conducta imitada (Lefcourt, 1976; Brown, 1980; Stipek y Weisz, 1981).

El modelo tridimensional de atribución propuesto por Weiner (1979) sugiere que bajo la dimensión causal está cualquiera de las atribuciones interna o externa a las personas. Las atribuciones por causas internas podrían consistir en explicaciones de habilidad o esfuerzo que se han encontrado en las personas. Las explicaciones basadas en causas externas pueden deberse a la dificultad de la tarea, suerte o influencia de otros, que pueden afectar el rendimiento (Shaha, 1982).

Snyder (1982) encontró que los niños discapacitados tenían un locus de control más externo que los niños normales.

Kusche, y cols. (1983) investigaron las atribuciones viendo las causas y efectos en los acontecimientos sociales, y encontraron que los adolescentes discapacitados auditivos manifestaron no entenderse afectivamente en un nivel similar al de la mayoría de los niños oyentes. Estas características de personalidad pueden tener un impacto negativo al considerar la habilidad potencial de los niños.

El locus interno de control se ha visto relacionado positivamente con el liderazgo, alta autoestima y características prosociales (Nowicki y Duke, 1983).

Wolk (1985) indicó que los estudiantes discapacitados auditivos tienden a atribuir el éxito académico a la habilidad personal y al esfuerzo. Su estudio usó situaciones de role playing para examinar las atribuciones de los individuos discapacitados auditivos que utilizaban para explicar el éxito o el fracaso. Los resultados fueron similares a sus compañeros oyentes: los factores internos de habilidad y esfuerzo se atribuían más al éxito, mientras que los factores externos inestables como la suerte, recibían las valoraciones más bajas.

Los estudios sugieren que los estudiantes sordos de postsecundaria tienen un locus más externo de control que sus compañeros oyentes (Blanton y Nunnally, 1964; Koelle y Convey, 1982). Dowaliby, Burke y McKee (1983) compararon creencias de locus de control entre estudiantes discapacitados auditivos y estudiantes oyentes en un marco académico. Los resultados indicaron que los estudiantes discapacitados auditivos tenían puntuaciones significativamente más altas en externalidad que sus compañeros oyentes. Los estudiantes sordos tienden a atribuir sus resultados a “otro poder” de fuerzas externas como profesores, estudiantes, y dificultades en los exámenes.

Kappy (1996) investigó cómo el estilo atribucional y el autoconcepto pueden ser una gran ayuda en las consecuencias psicológicas asociadas con el ser miembros de un grupo estigmatizado. A través del Cuestionario de Estilo Atribucional Expandido (EASQ) investigó las diferentes variables de atribuciones interna-externa entre los tres grupos de estudiantes. Los estudiantes sordos que usan comunicación bimodal (Lengua de Signos y oral) eran más externos en las atribuciones negativas, mientras que los estudiantes oyentes las tenían más internas. En las atribuciones positivas, los estudiantes sordos que usan la comunicación oral eran más internos, mientras que los sordos que usan la

comunicación bimodal eran más externos. Se encontraron diferencias significativas en los estilos atribucionales estable-inestable para las situaciones negativas y positivas. Los estudiantes sordos que usan la comunicación bimodal tenían puntuaciones más bajas, que indicaban que percibían los acontecimientos negativos como más estables mientras que los estudiantes oyentes tenían puntuaciones más altas que reflejaban que los acontecimientos negativos eran más inestables. Cuando se examinaron las atribuciones para los acontecimientos positivos, los estudiantes sordos que usaban la comunicación bimodal percibían los acontecimientos más estables, mientras que los estudiantes oyentes y los sordos que usan la comunicación oral percibían los acontecimientos como más inestables. No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de estudiantes al mirar sus percepciones de los acontecimientos negativos como específico o global, pero si había diferencias entre los estudiantes en las percepciones de los acontecimientos positivos global y específico. Los estudiantes oyentes percibían los acontecimientos positivos más globalmente, mientras que los estudiantes sordos que utilizaban cualquiera de las comunicaciones bimodal u oral veían los acontecimientos como más específicos.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS

1. Hipótesis.

1.1. Finalidades.

Nos proponemos detectar las diferencias entre el grupo experimental (alumnos sordos integrados en aulas ordinarias) y el grupo de control (alumnos oyentes integrados con sordos dentro de las aulas ordinarias) en autoconcepto, autoeficacia percibida en situaciones académicas, competencia social, actitudes, soledad-aislamiento, afrontamiento, miedos escolares y locus de control.

1.2. Hipótesis.

A continuación exponemos las hipótesis agrupadas en función de los conceptos a analizar.

En la Tabla 6 enumeramos la denominación de las variables sometidas a estudio y su correspondiente abreviatura.

1.2.1. Hipótesis sobre Autoconcepto.

En la variable **Conducta** (F1PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos oyentes que en los sordos.

En la variable **Estatus Intelectual y Escolar** (F2PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos oyentes que en los sordos.

En la variable **Atributos y la Apariencia Física** (F3PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos oyentes que en los sordos.

En la variable **Ansiedad** (F4PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos sordos que en los oyentes.

En la variable **Popularidad** (F5PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos oyentes que en los sordos.

En la variable **Felicidad y Satisfacción en la Vida** (F6PH), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor en los alumnos oyentes que en los sordos.

En la variable **Puntuación Total del Autoconcepto** (PHTOTAL), medida mediante la *Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris*, deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor en los alumnos oyentes que en los sordos.

1.2.2. Hipótesis sobre Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas.

En la variable **Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas,** medida mediante la *Escala de Autoeficacia Percibida Específica en Situaciones Académicas,* deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

1.2.3. Hipótesis sobre Relaciones Sociales.

1.2.3.1. Hipótesis sobre el Sociograma Referido a Situaciones de Trabajo en el Aula.

Valores Sociométricos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias del **Estatus Positivo** (TSP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias del **Estatus Negativo** (TSN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Expansividad Positiva** (TEP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Expansividad Negativa** (TEN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Impresión Positiva** (TIP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Impresión Negativa** (TIN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Índices Sociométricos Individuales.

Respecto al índice de **Status Sociométrico** (TSS) se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Conexión Afectiva** (TCA) se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Popularidad** (TPOP) se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Expansividad Positiva** (TEXPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Atención y Percepción Positiva** (TAPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Realismo Perceptivo Positivo** (TRPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media entre los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice **Antipatía** (TANT) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Expansividad Negativa** (TESXPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Atención y Percepción Negativa** (TAPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Realismo Perceptivo Negativo** (TRPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

1.2.3.2. Hipótesis sobre el Sociograma Referido a Situaciones de Amistad.

Valores Sociométricos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias del **Estatus Positivo** (DSP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias del **Estatus Negativo** (DSN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Expansividad Positiva** (DEP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Expansividad Negativa** (DEN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la variable **Percepciones Positivas** (DPP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la variable **Percepciones Negativas** (DPN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la variable **Impresión Positiva** (DIP), siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la variable **Impresión Negativa** (DIN), siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Índices Sociométricos Individuales.

Respecto al índice **Status Sociométrico** (DSS) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Conexión Afectiva** (DCA) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que de los sordos.

Respecto al índice de **Popularidad** (DPOP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Expansividad Positiva** (DEXPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice de **Atención y Percepción Positiva** (DAPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en los alumnos oyentes que en los sordos.

Respecto al índice de **Realismo Perceptivo Positivo** (DRPP) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Respecto al índice **Antipatía** (DANT) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Expansividad Negativa** (DEXPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Atención y Percepción Negativa** (DAPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

Respecto al índice de **Realismo Perceptivo Negativo** (DRPN) deberá apreciarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

1.2.3.3. Hipótesis sobre Competencia Soci**al.**

A) Hipótesis sobre la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre "Cooperación Académica" (CEICA1):

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre "Cooperación académica"**, medida a través de la *Entrevista sobre Estrategias de Interacción con los Compañeros para Adolescentes (CEICA),* siendo mayor la media en la submuestra de los alumnos oyentes que en los sordos.

B) Hipótesis sobre la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás" (CEICA2):

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás"**, medida a través de la *Entrevista sobre Estrategias de Interacción con los Compañeros para Adolescentes (CEICA),* siendo mayor la media en la submuestra de los alumnos oyentes que en la de los sordos.**

C) Hipótesis sobre la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre la "Utilización de los propios materiales" (CEICA3):

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre la "Utilización de los propios materiales"**, medida a través de la *Entrevista sobre Estrategias de Interacción con los Compañeros para Adolescentes (CEICA),* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.**

D) Hipótesis sobre la Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio" (CEICA4).

Se deberá apreciar diferencia significativa en las medias de la **Competencia Social en la Solución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio"**, medida a través de la *Entrevista sobre Estrategias de Interacción con los Compañeros para Adolescentes (CEICA),* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.

1.2.4. Hipótesis sobre las Actitudes hacia la Discapacidad y la Integración.

1.2.4.1. Hipótesis sobre Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de las **Actitudes Hacia las Personas con Discapacidad Sensorial**, medida a través de la *Escala Específica de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial (APD-DS),* siendo mayor la media de la submuestra de los alumnos sordos que la de los oyentes.

1.2.4.2. Hipótesis sobre Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Conceptualización de la Discapacidad** (EADI1), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que la de los sordos.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo** (EADI2), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Afectivo o Evaluativo** (EADI3), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Actitud y Percepción de los Compañeros** (EADI4), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias en la **Actitud hacia la Integración** (EADI5), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media de la submuestra de los oyentes que la de los sordos

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo** (EADI6), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media de la submuestra de los sordos que la de los oyentes.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Percepción que los Alumnos tienen de la Actitud del Profesor ante la Integración** (EADI7), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

Se deberá encontrar diferencia significativa en las medias de la **Percepción que los Alumnos tienen de la Actitud de los Padres ante la Integración** (EADI8), medida a través de la *Entrevista Semiestructurada para Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración,* siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

1.2.5. Hipótesis sobre Soledad-Aislamiento.

Deberá encontrarse diferencia significativa en la variable **Soledad-Aislamiento** en general, medida a través *de Escala de Soledad-Aislamiento UCLA Revisada,* siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la media de los oyentes.

En la variable SITUAR1 referida a las **Cantidad de Contacto** mantenido tanto en el medio familiar como de amistades, deberá encontrarse diferencia significativa, siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que la media de los sordos.

La variable SITUAR2 relacionada con la **Percepción del Sentimiento de Soledad-Compañía** respecto de los familiares o de amigos, deberá encontrarse diferencia significativa, siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

La variable SITUAR3 relacionada con la **Percepción de la Satisfacción** respecto de las relaciones familiares o de amigos, deberá encontrarse diferencia significativa, siendo mayor la media en la submuestra de los oyentes que en la de los sordos.

1.2.6. Hipótesis sobre Afrontamiento.

En la variable **Buscar Apoyo Social** (ACSAS), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Concentrarse en Resolver el Problema** (ACSRP), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Esforzarse y Tener Éxito** (ACSES), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Preocuparse** (ACSPR), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Invertir en Amigos Íntimos** (ACSAI), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Buscar Pertenencia** (ACSPE), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Hacerse Ilusiones** (ACSHI), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Estrategia de Falta de Afrontamiento** (ACSNA), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Reducción de la Tensión** (ACSRT), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Acción Social** (ACSSO), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Ignorar el Problema** (ACSIP), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Autoinculparse** (ACSCU), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Reservarlo para sí** (ACSRE), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Buscar Apoyo Espiritual** (ACSAE), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Fijarse en lo Positivo** (ACSPO), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Buscar Ayuda Profesional** (ACSAP), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes.

En la variable **Buscar Diversiones Relajantes** (ACSDR), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

En la variable **Distracción Física** (ACSFI), medida mediante la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

1.2.7. Hipótesis sobre Miedos Escolares.

En la variable, **Miedo al Malestar Físico** (IMEF1), medido a través del *Inventario de Miedos Escolares*, deberá encontrarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

En la variable, **Miedo a la Evaluación Social** (IMEF2), medido a través del *Inventario de Miedos Escolares*, deberá encontrarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

En la variable, **Miedo al Fracaso y Castigo Escolar** (IMEF3), medido a través del *Inventario de Miedos Escolares*, deberá encontrarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

En la variable**, Miedo a la Agresividad-Victimización** (IMEF4), medido a través del *Inventario de Miedos Escolares*, deberá encontrarse diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media en la submuestra de los sordos que en la de los oyentes.

1.2.8. Hipótesis sobre Locus de Control.

En la variable **Fatum Negativo de Control Externo** (LUCAM1), medida a través del *Cuestionario Locus Control*, se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la media de los sordos que la de los oyentes.

En la variable **Exculpación de Fracaso** (LUCAM2), medida a través del *Cuestionario Locus Control*, se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la de los sordos que la de los oyentes.

En la variable **Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales** (LUCAM3), medida a través del *Cuestionario Locus Control*, se deberá apreciar diferencia significativa en las medias, siendo mayor la de los oyentes que la de los sordos.

Tabla 6. TABLA DE VARIABLES	
1. ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS-HARRIS (PHCSCS).	
Conducta.	F1PH
Estatus Intelectual y Escolar.	F2PH
Atributos y Apariencia Física.	F3PH
Ansiedad.	F4PH
Popularidad.	F5PH
Felicidad y Satisfacción en la Vida.	F6PH
Autoconcepto Total.	PHTOTAL
2. ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA ESPECÍFICA EN SITUACIONES ACADÉMICAS.	
Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas**.**	AA
3. SOCIOGRAMA TRABAJO.	
3.1. Valores Sociométricos.	
Estatus Positivo.	TSP
Estatus Negativo.	TSN
Expansividad Positiva.	TEP
Expansividad Negativa.	TEN
Impresión Positiva.	TIP
Impresión Negativa.	TIN
3.2. Indices Sociométricos Individuales.	
Status Sociométrico.	TSS
Conexión Afectiva.	TCA
Popularidad.	TPOP
Expansividad Positiva.	TEXPP

Atención y Percepción Positiva.	TAPP
Realismo Perceptivo Positivo.	TRPP
Antipatía.	TANT
Expansividad Negativa.	TEXPN
Atención y Percepción Negativa.	TAPN
Realismo Perceptivo Negativo.	TRPN
4. SOCIOGRAMA AMISTAD.	
4.1. Valores Sociométricos.	
Estatus Positivo.	DSP
Estatus Negativo.	DSN
Expansividad Positiva.	DEP
Expansividad Negativa.	DEN
Percepciones Positivas.	DPP
Percepciones Negativas.	DPN
Impresión Positiva.	DIP
Impresión Negativa.	DIN
4.2. Indices Sociométricos Individuales.	
Status Sociométrico.	DSS
Conexión Afectiva.	DCA
Popularidad.	DPOP
Expansividad Positiva.	DEXPP
Atención y Percepción Positiva.	DAPP
Realismo Perceptivo Positivo.	DRPP
Antipatía.	DANT
Expansividad Negativa.	DEXPN
Atención y Percepción Negativa.	DAPN

Realismo Perceptivo Negativo.	DRPN
5. CEICA. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA.	
"Resolución de un Conflicto sobre Cooperación Académica".	CEICA1.
Orientación Práctica del Problema.	CEICA1.1
Consideración del Carácter Social del Problema.	CEICA1.2
Búsqueda de Información del Problema.	CEICA1.3
Definición no Hostil del Problema.	CEICA1.4
Puntuación Global de la Definición del Problema.	CEICA1.5
Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos.	CEICA1.6
Consecuencias Sociales de Dichas Estrategias.	CEICA1.7
Puntuación Global.	CEICA1.8
"Resolución de un Conflicto sobre un pequeño accidente que provoca la risa de los demás"	CEICA2.
Orientación Práctica del Problema.	CEICA2.1
Consideración del Carácter Social del Problema.	CEICA2.2
Búsqueda de Información del Problema.	CEICA2.3
Definición no Hostil del Problema.	CEICA2.4
Puntuación Global de la Definición del Problema.	CEICA2.5
Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos.	CEICA2.6
Consecuencias Sociales de Dichas Estrategias.	CEICA2.7
Puntuación Global.	CEICA2.8
"Resolución de un Conflicto sobre la utilización de los propios materiales".	CEICA 3.
Orientación Práctica del Problema.	CEICA 3.1
Consideración del Carácter Social del Problema.	CEICA 3.2
Búsqueda de Información del Problema.	CEICA 3.3

Definición no Hostil del Problema.	CEICA 3.4
Puntuación Global de la Definición del Problema.	CEICA 3.5
Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos.	CEICA 3.6
Consecuencias Sociales de Dichas Estrategias.	CEICA 3.7
Puntuación Global.	CEICA 3.8
"Resolución de un Conflicto sobre la Organización del Ocio".	CEICA 4.
Orientación Práctica del Problema.	CEICA 4.1
Consideración del Carácter Social del Problema.	CEICA 4.2
Búsqueda de Información del Problema.	CEICA 4.3
Definición no Hostil del Problema.	CEICA 4.4
Puntuación Global de la Definición del Problema.	CEICA 4.5
Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos.	CEICA 4.6
Consecuencias Sociales de Dichas Estrategias.	CEICA 4.7
Puntuación Global.	CEICA 4.8
6. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (EADI) PARA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD Y HACIA LA INTEGRACIÓN.	
Para los Alumnos con y sin Necesidades Educativas Especiales.	
Concepto de Discapacidad.	EADI1
Comprensión de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo.	EADI2
Comprensión de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Afectivo.	EADI3
Percepción de la Integración.	EADI4
Actitud hacia la Integración.	EADI5
Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo.	EADI6
Percepción de la Actitud del Profesor ante la Integración.	EADI7

Percepción de la Actitud de los Padres ante la Integración.	EADI8
7. ESCALA ESPECÍFICA DE ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL (APD-DS).	
Actitud hacia las Personas con Discapacidad Sensorial.	ACTITUD
8. ESCALA DE SOLEDAD UCLA REVISADA.	
Soledad General.	AISLATOT
Cantidad de Contacto Social mantenido en el medio familiar y amistad	SITUAR1
Sentimiento de Soledad en esas Relaciones.	SITUAR2
Satisfacción en esas Relaciones.	SITUAR3
9. ACS. ESCALA DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES.	
Buscar Apoyo Social.	ACSAS
Concentrarse en Resolver el Problema.	ACSRP
Esforzarse y Tener Éxito.	ACSES
Preocuparse.	ACSPR
Invertir en Amigos Íntimos.	ACSAI
Buscar Pertenencia.	ACSPE
Hacerse Ilusiones.	ACSHI
La Estrategia de Falta de Afrontamiento.	ACSNA
Reducción de la Tensión.	ACSRT
Acción Social.	ACSSO
Ignorar el Problema.	ACSIP
Autoinculparse.	ACSCU
Reservarlo para Sí.	ACSRE
Buscar Apoyo Espiritual.	ACSAE
Fijarse en lo Positivo.	ACSPO
Buscar Ayuda Profesional.	ACSAP

Buscar Diversiones Relajantes.	ACSDR
Distracción Física.	ACSFI
10. INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES	
Miedo al Malestar Físico.	IMEF1
Miedo a la Evaluación Social.	IMEF2
Miedo al Fracaso y Castigo Escolar.	IMEF3
Miedo a la Agresividad-Victimización .	IMEF4
11. CUESTIONARIO LOCUS CONTROL INTERNO-EXTERNO.	
Fatum Negativo de Control Externo.	LUCAM1
Exculpación de Fracaso.	LUCAM2
Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales.	LUCAM3

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

CAPÍTULO V. MÉTODO

1. Metódo.

1.1. Sujetos.

Alumnos/as en edad escolar de centros públicos que tenían integrados alumnos/as sordos en aulas ordinarias, y que cumplían los siguientes requisitos:

a.1. Alumnos/as sordos: Medios, severos y profundos cuyo resto auditivo sea menor del 10 %.

a.2. Que no tuvieran otras deficiencias asociadas que pudieran afectar significativamente su integración social.

Fueron seleccionados 54 alumnos sordos de los centros abajo indicados y 54 alumnos oyentes de la misma clase y centro. Hubo cuatro alumnos sordos e hipoacúsicos que no completaron todos los cuestionarios por lo que han sido eliminados de la muestra y un alumno oyente que también fue eliminado por la misma causa.

La muestra definitiva quedó constituida por 50 sujetos sordos y 53 sujetos oyentes compañeros de los sujetos sordos que cursaban ESO, y que pertenecían a las provincias y centros de educación siguientes.

A) Alicante:

A.1. Alicante:
IES Virgen del Remedio, Escuela de Arte, IES Leonardo da Vinci, IES 8 de Marzo, CP Prácticas La Aneja.
A.2. San Juan: IES Garcia Berlanga.
A.2. Elda : IES La Melva e IES La Torreta.
A.3. Sax: IES de Sax.

B) Murcia: IES Juan Carlos I.

C) Valencia: IES Blasco Ibañez.

El tipo de deficiencia auditiva en chicos/as alumnos sordos se repartía así: Sordos profundos prelocutivos (20), sordos profundos postlocutivos (15) e hipoacúsicos (15).

1.2. Diseño.

El diseño utilizado es un estudio observacional analítico de tipo transversal caso control apareado.

Se ha elegido un diseño transversal de comparación de grupos homogéneos (experimental y control). Como modo de garantizar esta comparación se ha intentado neutralizar las variables que pudieran afectar la fiabilidad de los resultados, seleccionando el grupo de control de forma aleatoria entre los sujetos del mismo sexo que pertenezcan al aula del alumno sordo correspondiente.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con el programa informático SPSS 11.0 para Windows.

1.3. Procedimiento.

En la selección de los centros se vio qué IES y Colegios con alumnos de secundaria hay en las provincias de Alicante, Murcia y Valencia con sordos integrados en sus aulas. Se habló posteriormente con los Directores, Jefes de Estudios, Psicopedagogo y Logopeda para explicar el objetivo de la investigación y solicitar colaboración.

Se seleccionaron los centros indicados en la muestra porque nos dieron las facilidades necesarias para realizar el estudio.

Para la administración de las pruebas, se ha seguido un sistema de evaluación individual a excepción del sociograma que paso la investigadora de forma colectiva a toda la clase.

Como se trataba muchas pruebas la evaluación se ha realizado en varias sesiones: tres para los oyentes y de ocho a diez para los sordos e hipoacúsicos (dependiendo de las necesidades concretas de cada alumno), en distintos días para evitar el cansancio en los sujetos del estudio. En la aplicación de la batería se ha respetado el mismo orden de presentación en todos los sujetos.

La administración de las pruebas se ha realizado en el centro educativo, en una sala distinta del aula clase (a excepción de la aplicación del sociograma que se realizó en el aula) y, sin más presencia que el examinador, el examinado y en el caso de los alumnos sordos que lo necesitarán el intérprete de Lengua de Signos. Cada centro puso a nuestra disposición alguna dependencia del mismo para poder llevar a cabo esta fase de la investigación.

Los datos de las pruebas se recogieron en los protocolos correspondientes y posteriormente, se han trasladado a la base de datos del SPSS.

1.3.1. Instrumentos de Evaluación.

1.3.1.1. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (PHCSCS).

1.3.1.1.1. Descripción.

Autor/es: Piers-Harris. **Año:** 1933. **Edad:** Desde que saben leer y escribir. **Administración:** Colectiva. **Contestado**: Por una muestra de niños/as y adolescentes entre 8 y 18 años. **Duración:** 30 minutos. **Aspectos que evalúa:** conducta, estatus intelectual y escolar, atributos y apariencia física, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción en la vida y puntuación total.

Es un autoinforme, un test de lápiz y papel que se utiliza para medir el autoconcepto de los niños y adolescentes entre 8 y 18 años. Consiste en 80 preguntas que el sujeto responde cuando se le aplica,

con respuesta SI-NO. EL PHCSCS permite obtener una puntuación global y mide 6 áreas del autoconcepto.

1.3.1.1.2. Subescalas.

Conducta: Refleja la extensión en que un niño admite o niega la conducta problemática. Una puntuación baja o moderadamente baja sugiere dificultades de conducta desconocidas, las puntuaciones altas indican ausencia de problemas de conducta o un intento de negar el problema.

Estatus Intelectual y Escolar: Refleja la autovaloración de un niño en sus habilidades en las tareas intelectuales y académicas, incluyendo su satisfacción general con las expectativas de la escuela y de su futuro. La autoevaluación negativa en esta área refleja una internalización de la baja valoración de otros o no querer hacer bien las tareas e invertir tiempo en ello.

Atributos y Apariencia Física: Esta subescala refleja la actitud de los niños que miran sus características físicas como la habilidad para expresar ideas y ser líder. Unas bajas puntuaciones indican una baja autoestima con relación a la imagen corporal y relativa a sus atributos o indica simplemente adherencia a los estereotipos sexuales.

Ansiedad: Esta subescala refleja disturbios emocionales generales y el humor disfórico de los niños. Los ítems incluyen una variedad de emociones como preocupación, miedo y sentimiento de estar fuera de una situación. Los niños que puntuaron bajo en esta escala tienen ansiedad.

Popularidad: Los ítems en esta subescala reflejan la evaluación del niño, su popularidad con los compañeros de clase, para ser seleccionados en juegos y su habilidad para hacer amigos. Las puntuaciones bajas en esta escala pueden indicar que el niño es tímido, ausencia de habilidades interpersonales, o tiene unos rasgos de personalidad que hace que se aísle de otros niños.

Felicidad y Satisfacción en la Vida: Esta subescala mide la capacidad de sentirse feliz y satisfecho en la vida. Unas puntuaciones bajas en esta escala indican insatisfacción general, sentimientos de autonomía negativos, y un deseo de que las cosas sean diferentes.

1.3.1.1.3. Fiabilidad.

El PHCSCS fue puesto a prueba en su fiabilidad usando un grupo de 1183 estudiantes en una sola escuela del distrito de Pennsylvania. La fiabilidad es considerada adecuada con un índice de consistencia interna de .88 a .93. El índice Kuder-Richardson arrojó coeficientes de .78 a .93. El índice de Spearman-Brown par-impar daba coeficientes de .90 y .87. Epstein (1985) y Jeske (1985) encontraron que los coeficientes de consistencia interna eran de .83 a .93 en la escala total.

La fiabilidad del test-retest en la muestra original encontró coeficientes de .71 y .72. Un estudio de Smith y Roger (1977) dió como resultado un .62 para el coeficiente de estabilidad de las puntuaciones totales. El estudio de Plantten y Williams (1979) dio como resultado una r estimada de .75 en el test-retest. Bentler (1972) encontró una puntuación de fiabilidad en el test-retest de .71 a .77. Epstein (1985) y Jeske (1985) presentaron un índice de fiabilidad de .42 a .96 con una media de .73. Epstein constató que la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris “parece ser altamente fiable en términos de estabilidad temporal y consistencia interna” (p. 1168).

1.3.1.1.4. Validez.

El manual de PHCSCS tiene estudios de validez de contenido, criterio, convergente y discriminativa (Cates, 1991).

Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones en la PHCSCS y las evaluaciones de los profesores (r = .43) y las evaluaciones de los iguales o pares (r= .31) de las conductas sociales fueron moderadas pero estadísticamente significativas. Cuando las puntuaciones en la PHCSCS eran correlacionadas con otros instrumentos de autoconcepto, las correlaciones obtenidas fueron desde .85

para el Coopersmith al .32 para el Inventario de Atribución Personal para Niños. Estas correlaciones eran estadísticamente significativas indicando que el PHCSCS tiene un criterio de validez convergente adecuado.

1.3.1.2. Escala Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas.

1.3.1.2.1. Descripción.

Autor/es: Palenzuela, D.L. **Año:** 1983. **Edad:** Adolescentes y Universitarios. **Administración:** 10 ítems elaborados para medir la expectativa de autoeficacia académica. **Contestado**: Muestra de 739 sujetos, compuesta por estudiantes de BUP y COU del Instituto "Fernando Rojas" de Salamanca y por estudiantes de 1º de Psicología de la Universidad Civil de Salamanca. **Duración:** 10 minutos. **Con qué sujetos está baremado:** Adolescentes y Universitarios.

Los ítems de esta escala fueron elaborados de acuerdo con una estrategia lógica y teórica (Hase y Goldberg, 1967). La elaboración de estos ítems se basa en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977). Bandura (1977) ha definido la autoeficacia percibida como la "convicción de que uno puede ejecutar con éxito la conducta requerida para producir las consecuencias" (Pág. 193). El contenido teórico de esta variable ha sido operacionalizado y representado por 10 afirmaciones verbales autorreferentes.

1.3.1.2.2. Fiabilidad.

Las correlaciones inter-ítems de la escala oscilan entre .29 y .71, con una media de .50.

El coeficiente alfa de la escala total es de .91. La fiabilidad test-retest con un intervalo de 10 semanas fue de .92.

1.3.1.2.3. Validez.

Con objeto de comprobar si la concepción unidimensional se ajustaba a las respuestas observadas en los sujetos, los 10 ítems fueron sometidos a un análisis factorial a través del método de máxima verosimilitud (Jöreskog, 1978).

En el único factor extraído antes de la rotación pesan en él los ítems por encima de .63, a excepción del ítem 9 que pesa .53. El coeficiente de fiabilidad de Tucker (1973) es de .92, lo cual es bastante aceptable. La estructura factorial se ajusta a la conceptualización unidimensional de la escala. Los pesos factoriales de los 10 ítems dispuestos por orden son los siguientes: .72, .76, ,75, ,67, ,65, .80, .63, .72, .53 y .82.

Validez Concurrente.

En un estudio correlacional entre las puntuaciones totales de las escalas aplicadas a la muestra de 739 sujetos se encontró que la escala de autoeficacia percibida está correlacionada positivamente con la escala de motivación de logro Ray (r= .17, p< .01), con la subescala de internalidad de la escala de expectativa de contingencia versus no contingencia (r= .30, p < .01), con la escala de autoestima de Rosenberg (r= .48, p< .01), con la subescala de motivación de competencia (r= .38, p< .01) y autodeterminación (r= .30, p< .01), de la Escala de Motivación Intrínseca Versus Extrínseca y con la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (r= .17, p< .01). Por otra parte, la escala de autoeficiencia correlaciona negativamente con los componentes “worry” (r= -.25, p<.01) y “emotionality” (r= -.28, p< .01) del Inventario de Ansiedad Evaluativa de Spielberger y cols., con las subescalas agente externo (r=-.21, p< .01), ambiente no respondiente (r= -.19, p< .01) e impotencia (r= -.24, p< .01) de la expectativa de no contingencia y con la motivación extrínseca (r= -.17. p< .01).

La escala de autoeficacia percibida correlaciona positiva y altamente con escalas conceptuales semejantes. Tiene una correlación bastante alta con la escala de autoestima y con la escala de motivación de competencia.

1.3.1.3. Evaluación de la Competencia Social.

1.3.1.3.1. Sociograma.

1.3.1.3.1.1. Descripción.

Autor/es: Moreno, J.L. **Año:** 1933. **Edad:** Desde que saben leer y escribir. **Administración:** Colectiva. **Contestado**: Por una muestra de unos 1000 alumnos de secundaria, chicos y chicas entre 12 y 18 años. **Duración:** ½ hora.

1.3.1.3.1.2. Forma de Administrar el Test.

Para que el test sociométrico pueda ser aplicado han de cumplirse una serie de requisitos:

1. El grupo puede ser lo grande que se quiera, pero sus límites han de ser claros y previamente especificados.

2. Cada sujeto puede hacer un número ilimitado de elecciones y de rechazos.

3. El asunto que se quiera evaluar ha de ser sencillo, claro y específico.

4. El grupo ha de conocer de antemano los objetivos que se quieren conseguir con la aplicación del test.

5. Cada sujeto tiene que hacer sus elecciones y rechazos en privado, sin que otros conozcan sus opiniones.

6. Las preguntas han de estar adaptadas a la edad mental y cronológica del grupo.

7. Es necesario que los sujetos que forman el grupo que se estudia se relacionen previamente durante un tiempo para que puedan establecerse lazos afectivos entre ellos.

1.3.1.3.1.3. Número de “Teles” y Orden de Preferencia.

Una duda que con frecuencia tienen los investigadores de este campo es si el número de elecciones o rechazos ha de ser limitado o ilimitado.

Los partidarios de limitar la cantidad de elecciones y de rechazos ponen como prueba las siguientes razones: con un límite es más fácil el análisis de las respuestas, también es mucho más cómodo la interpretación de los resultados, además, se afirma que las correlaciones con los resultados obtenidos a partir de un número ilimitado de teles son otros.

También es importante que el test sociométrico sea sensible al diferente orden en que cada miembro del grupo manifiesta las preferencias. No puede tener el mismo valor, ni la misma intensidad una elección efectuada en primer lugar que las que están en último lugar, y, por eso, ha de tener un tratamiento diferenciado al elaborar los resultados.

Lo habitual es dar una puntuación distinta según el orden en que son expresados por el sujeto. Normalmente se le asigna a la primera elección un 5; a la segunda un 4; a la tercera un 3; a la cuarta un 2, y a la quinta un 1, lo mismo a las siguientes. Esto permite un análisis cualitativo y cuantitativo del estatus sociométrico, así como un análisis más profundo y más sutil de los tipos de reciprocidades positivas o negativas.

1.3.1.3.1.4. Percepción Sociométrica.

Los tests sociométricos clásicos se ocupaban de analizar las selecciones positivas o negativas de los miembros que integran el grupo. Después, en los años 50, Taiguri (1952) comenzó a publicar una serie de trabajos en los que analizaba el análisis relacional.

Se suponía que no se podía llegar a comprender ningún comportamiento interpersonal sin un conocimiento de la manera en que la relación es percibida por las personas implicadas. Una persona

situada en un grupo actúa y reacciona con relación a la posición social que cree tener; es decir, según la percepción que tiene de los vínculos con los otros.

Para ver este aspecto se ha de preguntar a los sujetos cuestiones como ¿quién crees que te ha escogido?, o ¿quién crees que prefiere sentarse contigo?

Con estas preguntas obtenemos además del estudio de la percepción que el sujeto tiene de las elecciones o de los rechazos de sus compañeros, se pueden comparar también estos datos con las preferencias reales y comprobar si el sujeto tiene una visión ajustada y congruente de su realidad social o si se observan fuertes distorsiones perceptivas: actitudes excesivamente optimistas, autoestimativas, paranoides, etc.

1.3.1.3.1.5. Fiabilidad y Validez.

En el sociograma para comprobar la fiabilidad de los resultados es impracticable el método de comparar las preguntas pares con las impares. Tampoco serviría como método, la comparación de los resultados obtenidos a partir de dos formas paralelas. Ni se puede aplicar de una forma completa con preguntas similares, ya que sería incorrecto considerar los diferentes criterios de elección como formas paralelas porque se están midiendo cosas distintas.

El procedimiento clásico del test-retest, parece que tiene una más fácil aplicación en el campo sociométrico, pero tiene algunas objeciones. Porque habría de preguntarse la estabilidad de la medida a través del tiempo cuando no se tienen garantías de que lo que se pretende medir sea estable en este período, como pasa con la estructura social de un grupo. Para poder usar este método, se han de escoger grupos que, por su edad u otras características, no presenten cambios drásticos en sus relaciones.

Se han hecho algunas investigaciones en este aspecto, Bastin realizo una experiencia con 200 niños de 12 a 14 años que se sometieron a dos pruebas sociométricas idénticas en una semana y se

obtuvieron correlaciones de 0.92 en el mes de noviembre, 0.93 en el mes de febrero y 0.96 en el mes de mayo.

Northway (1957) comprobó que cuanta menos edad tenían los niños examinados más diferencia había entre un test y otro. Lo que no significa que el test sea menos fiable sino que las interacciones medidas son menos estables.

Un problema distinto y de mayor importancia es la validez del test; es decir, la comprobación de hasta donde el test mide lo que pretende medir. Un procedimiento habitual es el juicio de los expertos que consiste en comparar la medida obtenida con el test con la medida que se obtiene de una manera independiente.

Este estudio de la validez se complica un poco porque no es suficiente observar uno o varios individuos y después reunir los datos mediante el examen de muchos grupos pequeños. Habría de captarse además de la situación y de las relaciones existentes en una pequeña comunidad, las relaciones entre las diferentes redes y estructuras que hacen que el grupo no sea equivalente a la suma de los individuos ni a la de los grupos.

1.3.1.3.1.6. Limitaciones.

El test sociométrico no está exento de limitaciones, por ejemplo en el ámbito escolar serían: de los datos extraídos a partir de un grupo escolar no podemos deducir como se comportarían esos mismos chicos en otras situaciones, además, el test sobre las amistades preferidas por un niño, no nos dirá nada sobre la profundidad y cualidad de los sentimientos; además, el test sociométrico no revela el grado de salud mental del niño, y, por último, tampoco nos dice mucho sobre la conducta social real de los chicos, ni de las técnicas o habilidades sociales que utilizan.

1.3.1.3.1.7. Aplicación al Campo Escolar.

La Sociometria se aplica a muchos ámbitos además del escolar. Precisamente los primeros sociogramas de Moreno (1933) se efectuaron en la prisión de Sing-Sing. Mayo lo aplicó a la industria y el grupo de Harvard en la organización social de los grupos de trabajo: nombres como los de Kurt Lewin (años 40), Bales, Browne, Keith Davis, Speroff, Kerr y otros muchos se encuentran unidos al trabajo de aplicación de la sociometría al campo industrial.

También el ejército ha utilizado los estudios sociométricos para medir la aptitud de mando. Así tenemos los trabajos de Sutherland y Fitzpatrick en el ejército británico, los de Maucorps en el francés, y todos los que se han producido dentro de las fuerzas armadas norteamericanas, que han hecho considerar a Wherry y Fryer que las escalas preferenciales similares al test sociométrico, son el instrumento óptimo para medir la aptitud de mando.

Ahora bien, el campo en que estas técnicas se emplean más es el escolar porque los fines educativos están relacionados con el hecho de conocer los seres humanos y sus relaciones con otros, que son los mismos que los del test sociométrico.

El test sociométrico pasado en esta investigación es corregido a través de un programa de ordenador, realizado por González Alvarez (1990) en donde en el menú principal se ofrece una visión global de las posibilidades del programa:

1. Matrices sociométricas: cuadros de doble entrada donde se muestran las diferentes elecciones, percepciones y rechazos establecidos entre los miembros de una clase.

2. Valores sociométricos: se muestran los valores que toman las diversas variables derivadas de las matrices sociométricas.

3. Distribuciones según valores: se calculan los niveles con significación estadística de los diferentes valores sociométricos y se presenta por orden la distribución completa de los alumnos de la clase.

4. Índices Sociométricos: se obtienen los valores correspondientes a los índices sociométricos globales.

5. Status Sociométrico: lista ordenada, de mayor a menor, de todos los alumnos con su status sociométrico.

6. Tipo Sociométrico: identifica los sujetos populares, rechazados, olvidados, y dentro de estos a los desatendidos, ignorados y aislados.

7. Situaciones Sociométricas: detecta las situaciones de reciprocidad tanto positivas y negativas como las falsas percepciones y oposición de sentimientos entre los distintos alumnos.

8. Sociogramas: el programa ofrece la posibilidad de presentar sociogramas esquemáticos dentro de una amplia variedad de posibilidades según las preferencias del usuario.

9. Estudios individuales: donde se examinan los valores sociométricos y su significación, los índices sociométricos individuales y las distancias sociométricas respecto de otros individuos. Estos son los que nos interesan en el estudio llevado a cabo por nosotros.

1.3.1.3.1.8. Valores Sociométricos.

El programa nos ofrece los siguientes valores sociométricos:

- Sp – Status positivo o número de elecciones recibidas por el sujeto.
- Sn – Status negativo o número de rechazos recibidos por el sujeto.
- Ep – Expansividad positiva o número de elecciones emitidas por un sujeto.
- En – Expansividad negativa o número de rechazos emitidos por un sujeto.
- Pp – Percepciones positivas o número de alumnos por los que se cree escogido el sujeto.
- Pn – Percepciones negativas o número de alumnos por los que se cree rechazado.
- Ip – Impresión positiva o número de alumnos que se creen escogidos por el sujeto.
- In – Impresión negativa o número de alumnos que se creen rechazados por un sujeto.

1.3.1.3.1.9. Índices Sociométricos Individuales.

Los índices hacen referencia a la relación que se establece entre dos variables. Su interés está en la posibilidad que se tiene de hacer estudios comparativos entre los sujetos que pertenecen a grupos diferentes.

Status Sociométrico (SS): Resume en un número la posición relativa que cada individuo ocupa en el grupo desde un punto de vista sociométrico. Pero, va más allá de la simple consideración de las elecciones o rechazos.

$$SS = \frac{(Sp+Pp)-(Sn+Pn)}{N-1}$$

Se suman las elecciones recibidas y las percepciones positivas y se restan los rechazos y las percepciones negativas; en referencia con un individuo en particular: La media que resulta de dividir esta suma N-1, sería el status sociométrico (SS) del sujeto.

Popularidad: Índice que da la fórmula

$$Pop = \frac{Sp}{N-1}$$

Donde Sp es el número de elecciones recibidas por el sujeto y el denominador es N-1 (el número total de alumnos de la clase menos 1, porque lógicamente el sujeto no se escoge a sí mismo).

El significado de este índice es la proporción o porcentaje de compañeros que escogen al sujeto sobre el total de la clase. Su ventaja es que permite establecer comparaciones entre clases de dimensiones diferentes. No es lo mismo recibir 7 elecciones en una clase de 18 alumnos que en una clase de 36.

Antipatía:

$$Ant = \frac{Sn}{N-1}$$

Donde Sn es el número de proporción de rechazos recibidos por el sujeto y N el número total de alumnos de la clase.

Expansividad Positiva:

$$Exp.p = \frac{Ep}{N-1}$$

Donde Ep es el número de elecciones emitidas por el sujeto y N el número total de alumnos de la clase. Nos indica la proporción de compañeros que son elegidos por el sujeto, es decir, la expansividad positiva relativa.

Expansividad negativa:

$$Exp.n = \frac{En}{N-1}$$

Donde En es el número de rechazos emitidos por el sujeto.

Atención y Percepción Positiva:

$$APp = \frac{PAp}{Sp}$$

Donde PAp es el número de percepciones positivas acertadas por el sujeto y SP el número de elecciones recibidas. Oscila entre 0 y 1 y expresa la proporción que de todas las elecciones recibidas corresponde a las previstas inicialmente por el sujeto; es decir, si ha prestado efectivamente atención a los estímulos externos, en forma de elecciones.

Atención y Percepción Negativa:

$$APn = \frac{PAn}{Sn}$$

Donde PAn es el número de elecciones negativas acertadas y Sn el número de rechazos recibidos por el sujeto.También aquí los valores se sitúan entre 0 y 1.

Realismo Perceptivo Positivo:

$$RPp = \frac{PAp}{Pp}$$

Donde PAp es el número de percepciones positivas acertadas y Pp es el número de percepciones hechas por el alumno. Este índice también oscila entre 0 y 1.

Realismo Perceptivo Negativo:

$$RPn = \frac{PAn}{Pn}$$

Donde PAn es el número de percepciones negativas acertadas y Pn el número de percepciones negativas hechas por el sujeto. Oscila entre 0 y 1.

Conexión Afectiva:

Este es un índice bastante importante porque nos indica el grado de vinculación afectiva que el sujeto tiene con aquellos compañeros con quienes se relaciona.

Expresa la proporción de elecciones recibidas por el sujeto, es decir, de todos los compañeros que escogen al sujeto, cual es el porcentaje de los que escoge el sujeto, dando lugar a una reciprocidad positiva. Se calcula con la fórmula:

$$CA = \frac{Rp}{Sp}$$

Donde Rp es el número de reciprocidades positivas y Sp es el número de elecciones recibidas por el sujeto. También su valor se sitúa entre 0 y 1.

1.3.1.3.2. Evaluación de la Competencia Social en la Adolescencia (CEICA).

1.3.1.3.2.1. Descripción.

Autor/es: Díaz-Aguado, Royo García y Martínez Arias. **Año:** 1994. **Edad:** Alumnos con más de 11 años. **Administración:** Individual. **Duración:** ½ hora. **Con qué sujetos está baremado:** Preadolescentes y adolescentes.

1.3.1.3.2.2. Aspectos que Evalúa.

Competencia social:

- CEICA1 Resolución de un Conflicto sobre "Cooperación Académica".
- CEICA2 Resolución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás".
- CEICA3 Resolución de un Conflicto sobre la "Utilización de los propios materiales".
- CEICA4 Resolución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio".

1.3.1.3.2.3. Evaluación y Criterios de Valoración.

En la entrevista se plantean a los alumnos 4 historias que representan situaciones que aparecen frecuentemente en las relaciones entre iguales sobre cómo iniciar relaciones, resolver conflictos y conseguir objetivos. A través de la entrevista el niño debe sugerir las estrategias que conoce para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos en las historias.

La evaluación de las estrategias se realiza teniendo en cuenta 4 dimensiones del conocimiento social: elaboración, eficacia, consecuencias sociales y asertividad. Cada una de estas dimensiones se valora según una escala de cinco grados o niveles, correspondiendo los niveles inferiores al grado más bajo de elaboración, eficacia, consecuencias y asertividad, y los niveles superiores al grado más elevado de dichas dimensiones, de acuerdo a las siguientes definiciones:

1) Dimensión elaboración: depende del nivel de conocimiento psicosocial que refleje y del número de actos intermedios que suponga para lograr el objetivo. Va desde estrategias muy directas y rudimentarias (petición directa, recurrir al adulto, producir daño físico sin ningún recurso para convencer...) hasta estrategias mucho más indirectas, sofisticadas y complejas (negociación de status entre compañeros, intentos de resolver la situación a través del juego...).

2) Dimensión eficacia: se refiere al grado en que cabe esperar que la estrategia contribuya a lograr el objetivo propuesto. En un polo se sitúan las estrategias ineficaces y en el otro las estrategias eficaces. Esta dimensión debe ser considerada en relación a la meta específica que el sujeto trata de conseguir en sus interacciones interpersonales (es decir, una estrategia puede ser más eficaz para el logro de un objetivo pero no para conseguir otro).

3) Dimensión consecuencias positivas para la relación: se define como el grado en que la estrategia contribuye a mejorar la relación entre sus participantes o a favorecer el establecimiento y mantenimiento de relaciones satisfac-torias en el futuro. Se extiende desde consecuencias claramente negativas (como agresiones, imposición a la fuerza o con engaño, informar al adulto con la intención de que castigue o riña al otro niño, etc.), hasta las consecuencias muy positivas para la relación entre ambos (ofrecer una ventaja al otro, animarle o alabarle, proponer una solución intermedia, etc.).

4) Dimensión asertividad: se define como el grado en que el sujeto intenta controlar activamente la situación; y está estrechamente relacionada con el estatus que se otorga a sí mismo como protagonista de la acción y con la seguridad que en ella manifiesta. Se extiende desde una total ausencia de asertividad (sumisión, pasividad, inmovilidad) hasta estrategias

excesivamente asertivas como imponer por la fuerza la propia voluntad, otorgarse claramente un estatus superior o proponer un cambio brusco de actividad.

Cada una de las situaciones que se incluyen en la Entrevista sobre Conocimiento de Estrategias de Interacción para Adolescentes se valora teniendo en cuenta cuatro dimensiones:

1) Orientación práctica del problema.

2) Definición del problema, compuesto a su vez por los siguientes criterios:
   2.1. Consideración del carácter social.
   2.2. Búsqueda de información.
   2.3. Definición no hostil.
   2.4. Puntuación global.

3) Anticipación de las consecuencias sociales propuestas por los alumnos.

4) Consecuencias sociales de dichas estrategias.

Exponemos los criterios de valoración de cada dimensión.

1. Orientación práctica del problema. Esta dimensión se evalúa según una escala de tres puntos teniendo en cuenta el pragmatismo que manifiesta el sujeto en la descripción del objetivo que define en la situación; y si las soluciones que propone tienden o no realmente a su resolución.

Puntuación 1: Cuando el objetivo y las estrategias que propone el adolescente no se orientan hacia la resolución práctica del problema, cumpliéndose alguna de las siguientes características:

- Las soluciones propuestas no se corresponden con el objetivo planteado, se orientan de una forma totalmente exagerada o fatalista o parece no entenderse la situación.

- Se intenta resolver el problema huyendo de la situación, sin tratar de convencer o establecer un diálogo con los otros.

- Se define el objetivo de forma impulsiva, unilateral y/o negativista.

- Las estrategias se refieren a acciones impulsivas y de carácter individual.

Puntuación 2: Cuando el adolescente orienta el objetivo hacia la solución del problema pero sugiere estrategias poco prácticas y/o poco equilibradas.

Puntuación 3: La orientación al problema se realiza de forma muy pragmática y realista; y las soluciones propuestas contribuyen en gran medida a la consecución rápida y eficaz del objetivo definido.

2. Definición del Problema: Al ser un factor general, la definición que el adolescente hace del problema interpersonal se valora teniendo en cuenta varias dimensiones que implican la descentración de aspectos concretos de la situación: consideración del carácter social, búsqueda de información contextual y definición no hostil del problema. A continuación se describe cada una de ellas y se exponen los criterios de evaluación, que varían de 0 a 1 en función de si las respuestas se ajustan o no al polo positivo de cada dimensión. La puntuación global en la definición del problema se obtiene sumando las tres puntuaciones parciales.

2.1. *Consideración del carácter social:* Consideración de la situación como un problema compartido por las distintas personas que en él se encuentran. Para valorar esta dimensión deben tenerse en cuenta las respuestas dadas a todas las cuestiones de la entrevista, y fundamentalmente a la pregunta *¿Cuál es el problema en esta situación? ¿por qué?* Se puntúa con un 1 cuando se cumplen las siguientes características:

- Las respuestas captan el carácter social del problema y éste no se define únicamente sobre la base de los intereses, beneficios o perjuicios de uno solo de los participantes (en la historia 1, por ejemplo, se

define en función de la responsabilidad común de terminar el trabajo en equipo y no en función de la mala nota que le espera sino lo entrega).

- Las soluciones propuestas tienden predominantemente hacia la colaboración entre los participantes y no hacia acciones individuales ("terminar yo todo el trabajo"), impulsivas ("no hablarle nunca más") o impositivas ("decirle que lo haga ahora mismo").

2.2. *Búsqueda de información:* Admisión de la importancia del contexto social, que se manifiesta en la necesidad de encontrar más información o explicaciones complementarias para describir el problema o adoptar una solución. Se evalúa la pregunta *¿Deberías saber algo más para resolver este problema?* Se otorga un 1 a aquellas respuestas que indican la necesidad de obtener más información y un 0 cuando el adolescente indica que no necesita más información.

2.3. *Definición hostil:* Definición del problema en función de las características negativas u hostiles atribuidas al otro o como una situación provocada deliberadamente ("el problema es que no ha hecho el trabajo porque es un vago" o porque "no le ha dado la gana hacerlo y ahora me fastidia a mí"). En su polo positivo el adolescente defiende un origen del problema no provocado deliberadamente ("puede estar enfermo", "a lo mejor no le ha dado tiempo") o basado en la responsabilidad adquirida. Se otorga un 1 cuando las respuestas se orientan al polo positivo (definición no hostil) y un 0 cuando se orienta al polo negativo (definición hostil).

3. *Anticipación de las consecuencias de las estrategias.* Esta dimensión trata de valorar la capacidad del adolescente para anticipar las consecuencias que pueden desencadenar las estrategias propuestas por él para resolver el problema. Se evalúa al preguntar *¿Cuáles son las consecuencias de cada una de esas soluciones?* Y se puntúa de 1 a 3 en función de los siguientes criterios:

Puntuación 1. Cuando se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Las respuestas se centran fundamentalmente en las consecuencias negativas o agresivas de las estrategias y de una forma fatalista sin tener en cuenta otras posibilidades más positivas que también pueden derivarse de ellas.

- Se esperan consecuencias positivas de estrategias que son claramente negativas.

- Las consecuencias que se anticipan son muy poco realistas o exageradas.

- El adolescente es incapaz de anticipar ninguna consecuencia de la estrategia que sugiere.

Puntuación 2. Se puntúa con un 2 cuando las consecuencias que se anticipan parecen probables y son realistas, pero sus argumentos son excesivamente inmediatos, sin tener en cuenta el contexto, o establece sus expectativas únicamente en función de las consecuencias para el protagonista.

Puntuación 3. Se valora con un 3 cuando:

- Las respuestas consideran las distintas probabilidades que pueden derivarse de las estrategias de una forma realista y positiva.

- El sujeto es capaz de anticipar con precisión tanto las consecuencias negativas que se desencadenan de estrategias negativas como las consecuencias positivas que se derivan de estrategias positivas.

- Establece la anticipación en función de principios sociales como la adopción de perspectivas, la reciprocidad, etc.

4. *Consecuencias Sociales de las Estrategias:* Esta dimensión se puntúa de 1 a 5 teniendo en cuenta el grado en que las estrategias propuestas conllevan consecuencias positivas o negativas para los protagonistas de la situación y para la relación entre ambos. Se evalúa al preguntar *¿Qué puede hacer el protagonista de la historia para resolver el problema?*

Aquí se exponen los criterios para valorar las consecuencias sociales de las estrategias de cada una de las cuatro historias por separado:

Historia 1: Conflicto sobre "Cooperación académica".

Puntuación 1. Se puntúa con un 1 los tipos de estrategias que cumplen alguna de las siguientes características:

- Tomar represalias con el compañero: Decirle al profesor que me cambie de compañero. No hablar con él.

- Informar al profesor con la intención de que castigue o riña al compañero, chivarse: Decirle al profesor que no ha hecho el trabajo. Ir al profesor y decirle que el otro no lo ha hecho.

- La simple expresión de desacuerdo o disgusto sin integrar ningún recurso más: Enfadarse con él.

- Tratar de no enfrentarse a la situación evitándola, mintiendo o engañando: No ir al colegio. Que no vayan los dos al colegio y decirle al profesor que estaban enfermos.

Puntuación 2. Se puntúa con un 2 los siguientes tipos de estrategias:

- Ordenar u obligar al compañero que termine el trabajo sin incluir ningún otro tipo de estrategia: Mandarle que lo haga corriendo. Obligarle a que lo haga ya, ahora mismo.

- Estrategias que representan una respuesta individual en la que se busca únicamente el beneficio propio: Hacerlo yo y que me pongan la nota a mí solo. Que en el trabajo me pongan la nota sólo a mí porque él tiene mucha cara. Entregar yo mi parte y que él se las arregle como pueda.

- Asumir la responsabilidad en exceso por parte del protagonista sin especificar nada más: Quedarme por la noche a acabarlo. Levantarme por la mañana muy pronto a hacerlo. Terminarlo yo solo.

Puntuación 3. Se puntúan con un 3 los siguientes tipos de estrategias:

- Pedir o hacer que el compañero asuma su responsabilidad pero sin ordenarle ni obligarle: Pedirle que haga su parte. Decirle que lo haga el domingo por la tarde. Que Andrés se lo lleve a su casa por la noche y lo haga.

- Explicar al profesor lo sucedido sin intención de que castigue o riña al compañero sino para que ponga una solución: Explicar al profesor el problema, que no lo hemos podido hacer. Decirle al profesor lo que pasó, aunque le preguntará que por qué no lo hizo.

- Estrategias positivas pero que resultan desequilibradas: Poner en el trabajo el nombre de Andrés.

Puntuación 4. Se puntúan con un 4 las estrategias que cumplen las siguientes características:

- Estrategias que implican la búsqueda del beneficio mutuo pero de una forma poco equilibrada o sin especificar los sentimientos del otro: Que lo haga Enrique pero que Andrés le ayude. Buscar alguna ayuda para justificarlo.

Puntuación 5. Se puntúan con un 5 las estrategias que cumplen las siguientes características:

- Estrategias que suponen un alto grado de colaboración para conseguir el objetivo: Quedar los dos y ayudarnos en el trabajo. Hacerlo entre los dos porque es un trabajo en equipo.

- Estrategias que buscan el beneficio mutuo de una forma equilibrada y teniendo en cuenta los sentimientos del otro: - - Decirle al profesor que les deje más tiempo pero nunca decirle que Rosa no lo ha hecho, decirle que no se pusieron lo suficiente de acuerdo o que no tenían el material. Así Rosa hará el trabajo y se sentirá mejor.

Historia 2. Resolución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás".

Puntuación 1. Se puntúa con un 1 los siguientes tipos de estrategias:

- Informar al adulto con la intención de que castigue al compañero/a: Decírselo al profesor/a. Hacer que le castigue la profesora.

- Estrategias que suponen una agresión para el otro. Pelearse o empujarles a ellos al charco.

- Amenazar con agresiones físicas: Decirles que como no paren de reírse le parto la boca.

- Agresión verbal o responder con burla o con enfado cuando tiene consecuencias negativas graves para la relación: Insultarles. No hablarle y no ser su amigo. Enfadarte con ellos.

Puntuación 2. Se incluyen en este nivel las estrategias que cumplen las siguientes características:
- Resolver el problema preocupándose únicamente por el aspecto físico: Cambiarse de pantalones para estar limpio. Ir al servicio e intentar quitarse las manchas.

- Evitar la situación o huir de forma que no contribuye a mejorar la relación: Ignorarles. Pasar de ellos. Irse de clase para que los demás no se rían. Irse del instituto.

- Petición con argumentos que implican censura u órdenes: Decirles que serían, que está harta. Decirles que se callen de una vez. Decirles que le dejen en paz.

- Estrategias que suponen una inversión de la situación de tipo negativo: Reírme de ellos. Cuando les pase algo reírme de ellos.

Puntuación 3. Se puntúa con un tres en consecuencias los siguientes tipos de estrategias:

- Petición directa o petición con argumentos simples que no supongan censuras ni órdenes: pedírselo por favor. Decirles que no se rían. Preguntarles por qué se ríen.

- Restar importancia a la situación sin que implique un acercamiento a los otros: No hacerles caso porque si te has manchado no pasa nada. Seguir paseando tan tranquilo.

Puntuación 4. Se puntúan con un cuatro en consecuencia los siguientes tipos de estrategias:

- Peticiones con argumentos que apelan a una norma general de actuación, que favorecen la empatía o censuras en las que no se personaliza ni dañan la imagen del otro: Decirle que no se deben reír más. Preguntarles si no han estado nunca en el mismo caso. Decirles que intenten comprenderle.

- Restar importancia a la situación de forma que favorezca un acercamiento a los otros. Tomárselo a broma y reírse también.

Puntuación 5. Crear la situación idónea para resolver el problema favoreciendo explícitamente la relación: Cuando se haya secado, reírse y jugar con ellos.

Historia 3. Resolución de un Conflicto sobre la "Utilización de los propios materiales".

Puntuación 1. Se puntúan con un 1 los siguientes tipos de estrategias:

- Informar al adulto con la intención de que castigue al compañero, chivar o denunciarle: Decírselo al profesor o al director. Denunciarle a la tutora. Denunciarle para que lo devuelva.

- Estrategias que suponen una agresión para el otro: Le parto la boca. Pelearme con él.

- Amenazas con agresiones físicas: Decirle que me lo de o le doy un puñetazo.

- Tomar represalias contra el compañero: No hablarle y no ser su amigo. Quitarle a él lo suyo. No volverle a dejar nada nunca más. En el recreo subir a clase y quitarle todo lo suyo.

Puntuación 2. Se incluyen en este nivel las estrategias que cumplen las siguientes características:

- Recuperar los objetos tomándolos directamente siempre que no se implique agresión: Cogerle el material que me ha quitado. Cuando te lo coge, quitárselo.

- Amenazas de naturaleza no muy grave y que no implican agresión: Decirle que me devuelva lo que me ha quitado o que yo actuaré igual.

- Petición con argumentos que implican censura u órdenes: Decirle que tiene mucho morro porque se lo puede comprar ella. Decirle que no lo vuelva a coger más. Plantarle cara y decirle que por qué le coge el material. Decirle que se compre él/ella sus cosas.

- Estrategias que suponen el abandono del objetivo: Comprármelo yo otra vez. Pedirle a otra persona el material.

- Intentar evitar que se vuelva a producir la situación sin incluir ningún otro recurso ni argumento y de forma que no contribuye a mejorar la relación. Guardar las cosas bien. Esconder el material. No dejar el estuche sin vigilar. Estar al loro y cuando lo vaya a coger regañarle.

Puntuación 3. Se puntúan con un tres los siguientes tipos de estrategias:

- Tratar de recuperar el material pidiéndolo siempre que no se censure ni se ofrezca ninguna ventaja ni solución intermedia: Pedírselo por favor. Decirle que me las pida y me las devuelva. Pedirle el material por las buenas.

- Petición con argumentos siempre que no resulte una orden ni se ofrezca ninguna ventaja ni solución intermedia: Hablar con él y decirle por qué se lo coge. Decirle que en vez de cogerlo que se lo pida.

Decirle que por qué no se trae él el material. Decirle que se lo devuelva, que lo necesita urgentemente. Decirle a su amigo que le molesta que haga eso.

Puntuación 4. Se puntúan con un 4 los siguientes tipos de estrategias:

- Peticiones con argumentos que apelan a una norma general de actuación: Decirle que hay que respetar los materiales.

- Peticiones que implican una concesión por parte del protagonista: Hablar con él y decirle que se lo deja, pero que se lo devuelva. Hablar con él/ella y decirle que si quiere el material yo se lo dejo, pero que me lo devuelva en las mismas condiciones. Pedirle que le dé sus cosas amablemente y hacerle comprender que las tiene que devolver después de utilizarlas.

- Argumentos que reflejan una preocupación por las causas o las consecuencias del comportamiento del compañero: Preguntarle si tiene algún problema para no traerle el material.

Puntuación 5. Se puntúan con un 5 los siguientes tipos de estrategias:

- Estrategias que integran dos recursos del nivel anterior: Explicarle que aunque se lo preste él/ella también lo necesita y tratar que el compañero/a cambie y devuelva las cosas porque si no nadie le va a prestar nada nunca.

- Dar una solución intermedia que refleja la búsqueda del beneficio mutuo y de la relación: Ponerse de acuerdo con el compañero para cuando lo necesite.

Historia 4. Resolución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio".

Puntuación 1. Se puntúa con un 1 los siguientes tipos de estrategias:

- Amenazas graves que perjudican la relación: Decirle que si no, no le hablas más. Decirle que si no, para él acaba la amistad.

- Tomar represalias contra el compañero: Dejar de ser su amigo. Hacerle a él lo mismo. Enfadarse.

- Estrategias que suponen la propuesta de actividades separadas en términos que dañan la relación: Que cada uno haga lo que le dé la gana. Que se vayan cada uno por su lado. Pasaría de él y que haga lo que quiera.

- Agresión e imposición por la fuerza: Romper la antena de su casa.

- Tratar de convencerle mediante engaños: Engañarle. Decirle que le ha dicho su padre que no quiere que esté todo el día viendo la tele y que si no sale le va a castigar.

Puntuación 2. Se incluyen en este nivel las estrategias que cumplen las siguientes características:

- Amenazas menos graves que las puntuadas con un 1: Amenazarle diciendo que si no, a lo mejor otro día no quiero salir yo.

- Petición con argumentos que implican órdenes, censuras o críticas que desacreditan las propuestas del otro (sin utilizar términos muy exagerados, que se puntuarían con un 1): Convencerle diciendo que la tele es un rollo. Decirle que no lo vamos a pasar bien. Decirle que deje de ver la película.

- Conductas que suponen una evitación del otro o un abandono del objetivo cuando no implican consecuencias negativas y no se utilizan términos que dañan la relación: Salir yo sola. Llamar a otro/a amigo/a. No salir ni hacer nada.

- Tratar de convencer mediante engaños no muy graves: engañarle diciéndole que la tele se ha roto. Que le ha dicho su novia que le espere en el parque.

Puntuación 3. Se puntúan con un 3 los siguientes tipos de estrategias:

- Petición directa siempre que no resulte una orden: pedirle que saliera.

- Petición con argumentos que no implican órdenes, censuras o críticas, ni se ofrezca ninguna ventaja ni solución intermedia: Decirle que se lo van a pasar mejor por ahí que estar encerrados en casa. Decirle que se divertirán porque va a venir más gente. Decirle que van a ver una película muy buena.
- Intercambio a través de objetos o actividades que no ofrecen al otro una clara ventaja sino que persiguen principalmente el beneficio del protagonista o el objetivo, que no son inmediatos o son vagos o indeterminados. Decirle que si sale le va a dar algo. Que si salimos hoy, mañana le ayudará a hacer los deberes.

- Soluciones intermedias que tratan de conseguir el objetivo del protagonista sin integrar explícitamente al otro: Que grabe la película en vídeo.

Puntuación 4. Se puntúa con un 4 los siguientes tipos de estrategias:

- Tratar de convencer a través de un ofrecimiento (objetos o actividades) que supone una ventaja para el otro pero sin referirse a sus gustos o preferencias: Decirle que le invita a una coca-cola. Que le invita a golosinas.

- Solución intermedia que integra las preferencias de los dos participantes en la situación pero que antepone el objetivo del protagonista o, por el contrario, supone una concesión excesiva (y por tanto no resultan equilibradas en la relación). Que primero salgan un rato y luego vayan a ver la tele. Quedarse con él/ella allí hasta que termine la película.

Puntuación 5. Se puntúa con un 5 los siguientes tipos de estrategias:

- Tratar de convencer a través de un ofrecimiento (objetos o actividades) que supone una ventaja para el otro y refiriéndose explícitamente a sus gustos o preferencias: Decirle que le invito a lo que más le guste. Que van a ir por donde su amiga prefiera.

- Solución intermedia que ofrece una ventaja al otro y resulta equilibrada para la relación: Hoy vemos la tele y mañana salimos de paseo. Que hagan las dos cosas: primero ven la tele y luego salen.

1.3.1.3.2.4. Fiabilidad y Validez.

Desde las primeras investigaciones realizadas, esta prueba de evaluación del conocimiento social ha resultado ser de gran validez y utilidad. Su consistencia interna queda reflejada en las altas correlaciones encontradas entre las dimensiones de elaboración de eficacia y consecuencias sociales. La dimensión asertividad parece estar midiendo algo de naturaleza diferente, ya que a diferencia de las dos anteriores no se relaciona de forma directa con la adaptación social. Entre las cualidades de esta medida destacan su correlación con la adaptación social y su sensibilidad para: 1) detectar las deficiencias cognitivas que subyacen al rechazo por los compañeros y al aislamiento; 2) diseñar la intervención concreta para cada caso; y 3) captar los cambios que con ella se producen.

La prueba diseñada para preadolescentes y adolescentes (CEICA) trata de evaluar: la forma de definir situaciones sociales ambiguas, como las bromas o los conflictos de una gravedad relativa; el control de los procesos emocionales negativos que se suscitan en dichas situaciones; y la anticipación de consecuencias y expectativas de autoeficacia.

La entrevista consta de cuatro situaciones que aparecen frecuentemente en las relaciones espontáneas entre adolescentes, y se refieren tanto al contexto escolar como al tiempo libre. En ellas deben resolverse cuatro conflictos diferentes sobre: cooperación académica; un accidente sin importancia que provoca la risa de los demás; la utilización de los propios materiales; y la organización del ocio. Después de describir cada situación, se plantean determinadas cuestiones para explorar: la definición

que realiza el adolescente del problema social implícito en la historia, los objetivos que se propone y las estrategias que puede utilizar para solucionar el conflicto.

El criterio "definición global del problema" se relaciona de forma altamente significativa con todos los demás indicadores de la competencia social en la adolescencia, y parece una medida más válida que las tres que la componen por separado (consideración del carácter social, necesidad de buscar información contextual y definición no hostil del problema).

Los altos niveles de significación estadística de las correlaciones encontradas entre las restantes dimensiones (orientación del problema hacia su resolución práctica, consecuencias sociales de las estrategias propuestas por los alumnos y la capacidad para anticipar dichas consecuencias) avalan su consistencia interna.

La definición de los criterios de evaluación de las respuestas a la entrevista sobre *Conocimiento de Estrategias con los Compañeros en la Adolescencia* permite obtener elevados índices de fiabilidad interevaluadores; que oscilan entre .85 y .90.

En apoyo de la validez de constructo de la entrevista CEICA cabe considerar la matriz de correlaciones obtenida, según los autores (1995), entre los resultados encontrados en dicha entrevista y los obtenidos a través de otros procedimientos de evaluación de la adaptación social: la sociometría, el registro de conducta y la percepción del profesor.

Según Díaz Aguado, Royo García, y Martínez Arias, todas las medidas sociométricas correlacionan de forma significativa con las distintas dimensiones de la competencia social en la adolescencia, indicando que la competencia para interactuar con los compañeros/as se relaciona de forma directa con la adaptación social.

La forma que tiene el adolescente de orientar el problema hacia su resolución práctica, la definición que hace de la situación, las consecuencias sociales de las estrategias que propone para

resolver el problema y la capacidad para anticipar dichas consecuencias se relacionan de forma significativa prácticamente con todos los índices sociométricos utilizados.

Respecto a las diferencias entre la competencia social demostrada en distintas situaciones que plantea el cuestionario (calculada a través de la suma de las puntuaciones conseguidas en cada dimensión en cada una de las situaciones), cabe destacar que la competencia para resolver las situaciones número 2 (un pequeño accidente que provoca la risa de los demás), 3 (utilización de los propios materiales) y 4 (organización del ocio) se relacionan de forma altamente significativa con todos los índices sociométricos salvo con el número de elecciones para el tiempo libre. Unicamente la competencia social para resolver la historia 1 (solucionar un conflicto académico) no guarda relación directa con la adaptación social evaluada a través de la sociometría.

Las elevadas correlaciones encontradas entre la competencia social y las distintas conductas registradas reflejan la alta consistencia de estas medidas. Entre ellas destacan las siguientes relaciones:

1) Los alumnos que tienden a obstaculizar la tarea del grupo son los que manifiestan:
   - Mayor orientación indefensa hacia los problemas sociales (r=-.585).
   - Atribuciones hostiles de las intenciones de los demás (r=-.687).
   - Estrategias de consecuencias sociales negativas (r=.618).
   - Menor capacidad para anticipar dichas consecuencias (r=.603).

2) La frecuencia con que los alumnos dan órdenes o dirigen la actividad se relaciona con:
   - La definición no hostil del problema (r=.766).
   - La sugerencia de estrategias que conllevan consecuencias sociales negativas (r=-.527).

3) Además de las relaciones señaladas, los alumnos que realizan una definición hostil del problema son los que con mayor frecuencia intentan llamar la atención sobre sí mismos (r=-.592) y los que más rechazos y críticas reciben de los demás (r=-.657).

Respecto a la competencia social para resolver situaciones específicas se observa que:

4) Los alumnos que dirigen en mayor frecuencia la atención sobre la tarea muestran mayor competencia para resolver la historia 1, que trata precisamente de un conflicto sobre la realización conjunta de una tarea escolar con un compañero de clase (r=.494). Además, la competencia social para solucionar dicha historia se relaciona positivamente con las conductas consistentes en "dar o compartir objetos" (r=.471) y con recibir conductas de "aceptación" por parte de los demás (r=.467).

5) Los alumnos que menos obstaculizan la actividad de los demás muestran mayor competencia para resolver las situaciones número 2 (leve accidente que provoca la risa de los demás; r=-.655); 3 (utilización de los propios materiales; r=-.529) y 4 (organización del ocio; r=-.505).

6) Además, la competencia para solucionar la historia 2 correlaciona negativamente con la frecuencia con que el alumno ordena o dirige la actividad de los demás (r=-.492) y con la cantidad de conductas de rechazo o crítica que dirige a sus compañeros de interacción (r=-.493).

Las relaciones más significativas, que apoyan de forma consistente la validez de constructo de la entrevista sobre Conocimientos de Estrategias de Interacción con los Compañeros Adolescentes son:

1) Relación entre la percepción del profesor de la integración del alumno y:

- La orientación práctica del problema social (r=.63).
- La consideración del carácter social de la situación (r=.518).
- La definición no hostil del problema (r=.433).
- La definición global del problema (r=.549).
- Las consecuencias sociales de las estrategias (r=.514).
- La competencia social para resolver las historias 2 (r=.609), 3 (r=.471) y 4 (r=.457).

2) La relación entre la percepción que tiene el profesor de la ausencia de comportamiento disruptivo y:

- La orientación práctica del problema (r=.644).
- La definición no hostil de la situación (r=.464).
- La definición global del problema (r=.469).
- La competencia para resolver las historias 2 (r=.519), 3 (r=.448) y 4 (r=.405).

La dimensión en que las diferencias alcanzan un mayor nivel de significación es la "orientación práctica del problema" (p=.007), indicando que los adolescentes más elegidos por sus compañeros poseen mayor capacidad para orientar los objetivos y las estrategias sociales hacia la resolución práctica y realista del problema social que los adolescentes que no obtienen ninguna elección. Resultado que demuestra una vez más la importancia que tienen la indefensión social y la falta de intencionalidad para superar los problemas de integración de los alumnos con necesidades educativas especiales (Taylor, 1984).

De igual forma, los resultados indican que los adolescentes más populares, en relación a los menos populares muestran significativamente mayor capacidad para: considerar el carácter social de los problemas que surgen en las interacciones entre compañeros (p=.006); anticipar con precisión las consecuencias sociales que se derivan de las soluciones propuestas (p=.006); una adaptativa definición del problema (p=.042), sin atribuir al otro intenciones hostiles (p=.026); y proponer estrategias que conllevan mejores consecuencias para la relación (p=.06). La única dimensión estudiada en la que no difieren los adolescentes de ambos grupos es en la necesidad de buscar más información contextual para definir y solucionar el problema social (p=.93); característica que suele ser, sin embargo, muy relevante para diferenciar entre los sujetos agresivos y/o impulsivos y los que no tienen dichos problemas.

Además, los alumnos más elegidos por sus compañeros muestran significativamente una mayor competencia social para resolver tres de las cuatro situaciones estudiadas; concretamente las situaciones: a) un leve accidente que provoca la risa de los demás (situación 2; p=.048); b) resolver conflictos sobre objetos (situación 3; p=.041); c) convencer para salir (p=.041). Se observa también una

tendencia próxima a los niveles de significación convencionales en la situación 1, según la cual los alumnos más populares muestran mayor competencia para solucionar conflictos sobre la realización conjunta de una tarea académica (p=.084).

Estos resultados muestran la estrecha relación existente en la adolescencia entre la competencia social para interactuar con los compañeros y el grado de adaptación al grupo. Y apoyan de forma consistente la validez de constructo del CEICA como procedimiento de evaluación de la competencia social en estas edades.

1.3.1.4. Evaluación de las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración.

1.3.1.4.1. Entrevista Semiestructurada (EADI).

1.3.1.4.1.1. Descripción.

Autor/es: Díaz-Aguado, Royo Garcia y Martínez Arias. **Año:** 1994. **Edad:** Alumnos con más de 11 años. **Administración:** Individual. **Duración:** ½ hora.

La entrevista pretende evaluar los componentes cognitivo, evaluativo y conductual de las actitudes hacia la discapacidad y hacia la integración a partir de los indicadores globales: 1) conceptualización de la discapacidad; y 2) percepción de la escuela y actitud hacia la integración. Existen dos versiones de la entrevista una para los alumnos sin necesidades educativas especiales y otra para alumnos con necesidades educativas especiales. Los criterios de evaluación de ambas versiones varían.

A) Conceptualización de la discapacidad: integrado por dos dimensiones:

1) Concepto de Discapacidad y

2) Comprensión de diferencias y semejanzas entre personas con discapacidad y sin ella. Dimensión que se evalúa teniendo en cuenta dos aspectos: cognitivo y afectivo.

B) **Percepción de la escuela y actitud hacia la integración**: con las siguientes dimensiones:

1) Actitud y percepción de los compañeros: criterio que en la versión de los niños sin necesidades educativas especiales se desdobla en dos: a) percepción de la integración; y b) percepción de la situación de los alumnos con necesidades educativas especiales en el juego.
2) Actitud hacia la integración.
3) Actitud hacia el aprendizaje cooperativo.

4) Percepción de la actitud del profesor ante la integración. 5) Percepción de la actitud de los padres ante la integración.

Aunque los tres componentes de toda actitud (cognitivo, evaluativo, y conductual) influyen en los indicadores señalados, cabe esperar:

* Una mayor influencia del componente cognitivo en los factores concepto de discapacidad y comprensión de diferencias y semejanzas entre grupos con discapacidad y sin ella.

* Una mayor influencia del componente conductual en los factores actitud y percepción de los compañeros, actitud hacia la integración y actitud hacia el aprendizaje cooperativo.

* Por su parte, el componente evaluativo influye en todos los indicadores y especialmente, en el aspecto afectivo de la comprensión de diferencias y semejanzas entre grupos (con discapacidad y sin ella).

A continuación se describen los indicadores evaluados en la entrevista y los criterios para su valoración de forma separada para los alumnos con discapacidad y sin ella. La fiabilidad de dichos criterios, comprobada a partir de la correlación existente entre las puntuaciones dadas por diferentes evaluadores es muy alta ($r >= .94$).

1.3.1.4.1.2. Criterios de Evaluación de la Entrevista para los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

A) Conceptualización de la discapacidad.

La conceptualización de la discapacidad que tienen los alumnos con necesidades educativas especiales y la superación de los estereotipos se evalúa a través de dos criterios de la entrevista individual: a) el concepto de discapacidad; y b) la percepción de diferencias y semejanzas entre grupos (con discapacidad y sin ella). Ambas variables conforman el componente cognitivo de las actitudes evaluadas.

A.1. Concepto de discapacidad. La conceptualización que los alumnos con un cierto grado de discapacidad tienen de las personas sordas o hipoacúsicas se evalúa al preguntar *Para ti ¿qué es ser sordo? Imagínate que hay un niño que no sabe lo que significa que es ser sordo y se lo tienes que explicar ¿qué le dirías?*

En función de las diferencias observadas en la muestra utilizada para validar la entrevista se han obtenido, para su valoración, cinco niveles. Si se hubiera ampliado la muestra a edades más avanzadas, los niveles superiores posiblemente serían más desarrollados.

Los niveles de evaluación se puntúan de 1 a 5 y sus características principales son las siguientes:

Puntuación 1. Cuando existe una centración absoluta en la discapacidad manifestada por: 1) la negación de la discapacidad o de las dificultades que conlleva; 2) y/o por la consideración del concepto de discapacidad de forma extremadamente simple (negando la discapacidad).

Puntuación 2. Cuando la conceptualización de la discapacidad se reduce a las limitaciones o dificultades que conlleva a un nivel concreto y/o a la ayuda asimétrica que recibe de los demás.

Puntuación 3. Cuando se cumple algunas de las dos condiciones siguientes: 1) Consideración de la problemática al mismo tiempo que comienza a relativizarse entre otras dificultades; o 2) consideración de aspectos positivos pero de una forma bastante estereotipada. En ambos casos permanece la asimetría respecto a la necesidad de ayuda.

Puntuación 4. Cuando se cumplen uno de los siguientes criterios: 1) existe un reconocimiento de los aspectos positivos, relativizando la discapacidad y continúa la asimetría respecto a la ayuda; o 2) existe una centración en las limitaciones a la vez que una concepción simétrica de la necesidad de ayuda y comprensión.

Puntuación 5: Cuando se conceptualiza la discapacidad de forma muy relativista reconociendo la influencia de otros factores como el contexto

A.2. Percepción de diferencias y semejanzas entre personas con discapacidad y sin ella.

En este aspecto se puntúan por separado los dos componentes siguientes:

1) *Aspecto cognitivo*. A través del cual se pretende evaluar si los niños con necesidades educativas especiales conceptualizan a sus compañeros sin dificultades de forma estereotipada o no, si reconocen y relativizan tanto diferencias y semejanzas intergrupales (por ejemplos entre oyentes y sordos) como intragrupales (entre oyentes) y la calidad de los constructos psicológicos que utilizan (variedad, nivel de abstracción,...).

Se evalúa a través de las respuestas que da el alumno al preguntar *"¿Los niños sordos son todos iguales o no? ¿Son diferentes a las personas que pueden oír o tienen también cosas diferentes?".* En este criterio se han encontrado cinco niveles que se puntúan de 1 a 5 en función de las siguientes características:

Puntuación 1. Cuando se cumple al menos una de las dos condiciones: 1) incapacidad para percibir diferencias intragrupales entre los individuos que pertenecen al otro grupo (ejemplo: los oyentes); 2)

incapacidad para percibir semejanzas intergrupales (entre los individuos que pertenecen a los dos grupos: sordos y oyentes). En el caso de percibir semejanzas se centran en aspectos físicos muy concretos.

Puntuación 2. Cuando se da al menos una de las dos condiciones siguientes: 1) centración en la problemática de la discapacidad al describir diferencias y semejanzas entre ambos grupos (con discapacidad y sin ella) y 2) consideración de diferencias y semejanzas entre los dos grupos (entre personas con discapacidad y sin ella) pero no intragrupales (entre los oyentes). En ambos casos se hace referencia a aspectos físicos, concretos y muy simples relacionados con la conducta o acción. El grado de relativización es muy escaso, utilizando descripciones dicotómicas.

Puntuación 3. Cuando se produce un reconocimiento de diferencias y semejanzas tanto entre los individuos que pertenecen a los dos grupos (oyentes y sordos) como entre los individuos que pertenecen al otro grupo (entre oyentes), comenzando a expresar atributos más abstractos que el del nivel dos.

Puntuación 4. Como en el nivel anterior se reconocen diferencias y semejanzas inter e intragrupales, pero relativizándolas en mayor grado, utilizando términos psicológicos que reflejan un cierto nivel de abstracción (forma de ser, comprensión, gustos, costumbres, etc.) y manifestando conocimiento y adecuación de los mismos. Se percibe además, una descentración significativa de la problemática de la discapacidad y en ocasiones se hace referencia a una clara influencia del contexto y/o a una compensación de aspectos positivos y negativos a un nivel más elaborado que en el estadio anterior.

Puntuación 5. Cuando los razonamientos manifiestan el máximo nivel de relatividad, hasta el punto de no atreverse a hacer comparaciones inter o intragrupales, individualizando al máximo (es decir, menciona ejemplos de niños concretos para explicar las diferencias y semejanzas); o manifiesta una buena comprensión de las limitaciones derivadas de la discapacidad, aceptándolas como una característica más de la persona y relativizándolas al máximo.

2) Aspecto afectivo o evaluativo: evalúa la cualidad (positiva, negativa o neutra) de los atributos que los niños de necesidades educativas especiales utilizan para describir a las personas sin discapacidad.

Se trata del segundo componente de la "comprensión de diferencias y semejanzas inter e intragrupales" y evalúa la cualidad (positiva, negativa o neutra) de los atributos que los niños con discapacidad utilizan para describir a las personas sin discapacidad. Se valora fundamentalmente a través de las respuestas dadas al preguntar *"¿Cómo crees tú que son los chicos/as oyentes? ¿Por qué son así?*". Como en los indicadores anteriores se han encontrado cinco niveles que se puntúan de 1 a 5 según las características siguientes:

Puntuación 1. Cuando existe un sentimiento de rechazo o discriminación por parte de los compañeros sin necesidades educativas especiales, que lleva a describirlos de forma negativa en algunos atributos.

Puntuación 2. Cuando las descripciones de los compañeros son positivas, expresando cierto grado de insatisfacción en el tiempo que se recibe de ellos.

Puntuación 3. Cuando las descripciones de los alumnos sin discapacidad son positivas pero sin reflejar entusiasmo ni realismo.

Puntuación 4. Cuando las descripciones de los compañeros sin necesidades especiales son positivas pero refleja cierto grado de idealización.

Puntuación 5. Cuando la descripción de las personas sin necesidades especiales es positiva pero no idealizada, y más realista.

B. Percepción de la escuela y actitud hacia la integración.

La percepción de la escuela y la actitud hacia la integración de los niños con necesidades educativas especiales se evalúa a través de los siguientes criterios de la entrevista individual: a) actitud y percepción de los compañeros; b) actitud hacia el aprendizaje cooperativo; c) actitud hacia la integración; y d) percepción de las actitudes del profesor hacia la integración.

B.1. Actitud y percepción de los compañeros.

Este criterio pretende medir la percepción del niño sordo respecto a la integración que mantiene con sus compañeros oyentes, el grado de satisfacción que manifiestan en dicha relación y el nivel de integración a través de: la situación del chico en el recreo, si se siente o no aceptado, de las actividades que realiza con sus compañeros y del trato que recibe de ellos. Se evalúa a través de las siguientes preguntas: *"¿Qué te gusta más estar en clase o en el recreo? ¿Con quién te gusta más jugar? ¿A qué jugáis? ¿Cómo te tratan tus compañeros? ¿Tú qué crees que piensan los niños oyentes de los sordos?".* Las respuestas de los alumnos se puntúan de 1 a 5 en función de las siguientes consideraciones:

Puntuación 1. Cuando las descripciones de la interacción con los compañeros expresan al menos una de estas características: 1) clara insatisfacción o rechazo hacia el recreo u otras actividades grupales; 2) falta de interacción con los compañeros de su clase (a veces interactúa con otro niño sordo, hermanos, niños de otra clase, etc.); 3) percepción negativa de los compañeros y/o de éstos hacia él.

Puntuación 2. Cuando los argumentos responden a los puntuados con un uno pero están matizados al expresar mayor satisfacción en alguno de ellos. Por ejemplo, existe interacción con algún compañero pero dicha interacción no se percibe de forma totalmente positiva o en ocasiones se siente discriminado.

Puntuación 3. Cuando existe satisfacción con la interacción con los compañeros aunque sin manifestar entusiasmo: no se explícita la cualidad de la interacción, variedad de actividades o juegos; ni se mencionan muchos amigos; o se siente a gusto con la mayoría y discriminado por otros.

Puntuación 4. Cuando la percepción de la interacción con los compañeros oyentes es muy positiva, describiendo aspectos que manifiestan la calidad de la interacción (expresa entusiasmo con respecto a la amistad, los juegos y las actividades; habla positivamente acerca de sus compañeros), aunque en algún aspecto concreto pueden manifestar cierto grado de insatisfacción.

Puntuación 5. Cuando 1) la percepción de la interacción con los compañeros es muy positiva, manifestando un alto grado de satisfacción y entusiasmo en todos los aspectos mencionados

anteriormente; y/o 2) se manifiesta un conocimiento de los principios que rigen la interacción: reciprocidad y reversibilidad, relatividad de los aspectos negativos de los demás.

B.2. Actitud hacia la Integración.

Esta dimensión se refiere a la actitud favorable o desfavorable del alumno sordo hacia el contexto integrado.

Trata de evaluar el grado de satisfacción que siente el chico hacia la situación de integración y los aspectos en que la basa (ayuda asimétrica o recíproca, necesidad de heterogeneidad, amistades, actividades compartidas...).

Se evalúa básicamente a través de las siguientes preguntas: *"¿Te gusta estar en una clase donde todos tus compañeros son oyentes? ¿Te gustaría más estar en un colegio en el que todos los chicos fuesen sordos?".*

Las respuestas de los alumnos se puntúan de 1 a 5 en función de los siguientes criterios:

Puntuación1. Cuando se manifiesta una actitud muy negativa hacia la integración y un alto desagrado en la relación con sus compañeros.

Puntuación 2. Cuando se cumplen una de las siguientes condiciones: 1) la actitud hacia la integración es positiva pero se centra únicamente en la ayuda que el alumno sordo recibe de los demás o que él tendría que prestar a los discapacitados en un colegio no integrado; 2) manifiesta una actitud negativa hacia la integración cuando sólo un niño con dificultades en el aula (preferiría que hubiera más chicos/as integrados).

Puntuación 3. Cuando la actitud positiva hacia la integración no se centra únicamente en la ayuda recibida, sino que incluye otros argumentos sobre la amistad o sobre actividades conjuntas, aunque sin llegar a expresar el grado de satisfacción característico del nivel siguiente; o cuando manifiesta una

actitud favorable hacia contextos integrados y hacia contextos no integrados, reflejando confusión o fuerte ambivalencia.

Puntuación 4. Cuando se expresa una actitud muy favorable hacia el contexto integrado haciendo hincapié en los aspectos positivos que dicha integración supone como las amistades, el ambiente general, las posibilidades de enseñar y ser enseñado.

Puntuación 5. Cuando las respuestas hacen referencia a múltiples dimensiones para justificar las ventajas de cada contexto (heterogeneidad, nivel de reciprocidad de las relaciones, clima favorable hacia la diversidad, ausencia de discriminaciones...) y reflejan una buena coordinación de perspectivas.

B.3. Actitud hacia el aprendizaje cooperativo.

Esta dimensión refleja la actitud del chico para realizar los procesos de enseñanza-aprendizaje en colaboración con sus compañeros. Se evalúa teniendo en cuenta: la reciprocidad en la posibilidad de enseñar a sus compañeros oyentes y aprender de ellos; la descripción o explicación que el chico realiza del proceso de enseñanza-aprendizaje; y los contenidos que y cómo es posible enseñarlos y aprenderlos.

Se evalúa a través de las respuestas que el alumno da a la pregunta *"¿Con quién te gusta más estudiar o hacer un trabajo? ¿Por qué? ¿Tú puedes enseñar a algún compañero? ¿A quién? ¿Qué? ¿Cómo? ¿Algún chico/a de tu clase te puede enseñar a ti? ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo?.*

En este criterio se han encontrado cuatro niveles que se puntúan de 1 a 4 en función de las siguientes características:

Puntuación 1. Cuando los argumentos son extremadamente radicales, simples y poco elaborados, pudiéndose dar las siguientes situaciones: 1) no aceptar que otro compañero le pueda enseñar a él ni que él pueda enseñar a otro compañero; 2) no existe reciprocidad en la posibilidad de que pueda enseñar o aprender de los compañeros.

Puntuación 2. Cuando: 1) se reconoce la reciprocidad en el proceso de aprender y enseñar entre compañeros, pero todos los contenidos que se mencionan están directamente relacionados con la propia discapacidad; 2) y los argumentos continúan siendo muy generales, simples y poco elaborados y no explican el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Puntuación 3. Cuando se cumplen las tres condiciones siguientes: 1) la actitud hacia el aprendizaje cooperativo es positiva, haciendo referencia a la posibilidad de enseñar y aprender de los compañeros; 2) los contenidos que el niño cree que puede enseñar van más allá de la propia discapacidad; y 3) la descripción del proceso de enseñanza-aprendizaje es más elaborada que en el nivel anterior, aunque sin llegar a la comprensión que se manifiesta a nivel 4.

Puntuación 4. Cuando se cumplen las dos condiciones siguientes: 1) los argumentos incluyen a los especificados en el nivel tres (actitud positiva hacia el aprendizaje cooperativo, reciprocidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje, contenidos no relacionados con la discapacidad); y 2) la descripción de los objetivos del aprendizaje cooperativo refleja un buen conocimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje.

B.4. Percepción de la actitud del profesor hacia la integración.

Esta dimensión evalúa la percepción que tiene el alumno de la actitud del profesor hacia la integración en general y hacia el alumno integrado en particular.

Se extiende desde la percepción de discriminación negativa por parte del profesor, hacia la percepción de un trato muy positivo, intentando adaptarse a las necesidades del alumno.

Se evalúa preguntando *"¿Cómo es el profesor contigo? ¿Te trata igual que a los demás compañeros?".* Las respuestas se puntúan de 1 a 5 en función de los siguientes criterios:

Puntuación 1. Cuando el alumno percibe una clara discriminación negativa por parte del profesor.

Puntuación 2. Cuando el alumno percibe un trato ligeramente negativo por parte del profesor sin poner énfasis en la discriminación.

Puntuación 3. Este nivel se caracteriza esencialmente por la neutralidad con que el alumno describe el trato del profesor/a. En ocasiones esta neutralidad implica ambivalencia en la percepción de dicho trato.

Puntuación 4. Cuando el alumno tiende a ser positivo en las descripciones del trato que percibe del profesor o enfatiza un trato igualitario sobre la base de la igualdad de condiciones que observa.

Puntuación 5. Cuando el alumno percibe un trato muy positivo por parte del profesor (incluso de discriminación positiva); de adaptación a sus necesidades especiales.

B.5. Percepción de la actitud de los padres hacia la integración.

Esta dimensión valora la percepción que tiene el alumno sordo de la actitud de sus padres hacia la integración.

Se evalúa preguntando *"¿Qué piensan tus padres de que vayas a una clase donde todos los chicos son oyentes? ¿Tú crees que les gusta?".*

Las respuestas se puntúan de 1 a 5 en función de las siguientes características:

Puntuación 1. Cuando el alumno percibe una puntuación negativa por parte de sus padres hacia la integración.

Puntuación 2. Cuando el alumno percibe una actitud muy ambivalente por parte de sus padres hacia la integración.

Puntuación 3. Cuando el alumno percibe una actitud positiva por parte de sus padres hacia la integración basada fundamentalmente en la ayuda recibida, o incluyendo otros argumentos sin llegar a expresar el grado de satisfacción característico del siguiente nivel.

Puntuación 4. Cuando el alumno percibe una actitud muy favorable por parte de sus padres hacia el contexto integrado centrándose en los aspectos positivos que dicha integración supone como las amistades, el ambiente en general y la posibilidad de ayuda recíproca.

Puntuación 5. Cuando el alumno percibe una actitud muy positiva por parte de sus padres hacia el contexto integrado que incluye los argumentos del nivel anterior y los trasciende proyectándolos hacia el futuro.

1.3.1.4.1.3. Criterios de Evaluación de la Entrevista para los Alumnos sin Necesidades Especiales.

A. Conceptualización de la discapacidad.

La conceptualización de la discapacidad y la superación de los estereotipos que tienen los chicos oyentes se evalúa a través de dos criterios de la entrevista individual: a) el concepto de discapacidad; y b) la percepción de diferencias y semejanzas entre ambos grupos (con discapacidad y sin ella).

Ambas variables conforman el componente cognitivo de las actitudes evaluadas.

A.1. Concepto de discapacidad.

Se refiere a la conceptualización que tiene el chico oyente de las personas con discapacidad (sordos). Varía desde una centración absoluta en la discapacidad, en la consideración de las dificultades que conlleva y en la necesidad de ayuda asimétrica, hasta la superación de dicha centración, relativizando la discapacidad entre otras dificultades, reconociendo la influencia de factores ambientales o tratando de compensar las limitaciones asociadas.

Esta dimensión se evalúa preguntando al alumno *"¿Qué significa que una persona sea sorda? ¿Cómo crees tú que son los chicos/as sordos?".*

Se han encontrado cinco niveles que se puntúan de 1 a 5 según las siguientes características:

Puntuación 1. Cuando existe una centración absoluta en la discapacidad que se manifiesta por: 1) basarla únicamente en la negación de la capacidad (por ejemplo: "estar sordo es no oír"); 2) no ser consciente de las limitaciones o dificultades asociadas a la discapacidad; o 3) expresar que la persona con discapacidad no puede realizar ningún tipo de actividad.

Puntuación 2. Cuando la conceptualización de la discapacidad se reduce a las limitaciones o dificultades que conlleva a un nivel concreto y/o a la ayuda asimétrica que el alumno sordo recibe de los demás.

Puntuación 3. Cuando se cumple alguna de las características siguientes: 1) centración en la problemática del sordo al mismo tiempo que se comienza a relativizar entre otras dificultades; 2) consideración de aspectos positivos, aunque de una forma bastante estereotipada. En ambos casos permanece la asimetría respecto a la necesidad de ayuda.

Puntuación 4. Cuando se cumple alguno de los siguientes criterios: 1) existe un reconocimiento de los aspectos positivos, relativizando la discapacidad aunque continúa la asimetría respecto a la ayuda; 2) existe una centración en las limitaciones asociadas a la vez que una concepción simétrica de la necesidad de ayuda y comprensión; 3) se da un inicio de la compensación a un nivel simple (por ejemplo: "puede desarrollar más la vista").

Puntuación 5. Cuando se conceptualiza la discapacidad de forma relativa reconociendo la influencia de otros factores como el contexto o cuando se compensan las limitaciones a un nivel mucho más elaborado que el estadio anterior.

A.2. Comprensión de diferencias y semejanzas entre personas con discapacidad y sin ella.

En este criterio se puntúan por separado los dos componentes siguientes:

1) *Aspecto cognitivo:* a través del cual se pretende evaluar silos chicos oyentes conceptualizan a los chicos sordos de forma estereotipada o no, si reconocen y relativizan tanto diferencias y semejanzas intergrupales como intragrupales y la calidad de los constructos psicológicos (variedad, nivel de abstracción) que utilizan para describir al otro grupo (sordos).

2) *Aspecto afectivo o evaluativo:* evalúa la cualidad (positiva, negativa o neutra) de los atributos que los chicos oyentes utilizan para describir a las personas que tienen una determinada discapacidad.

***Aspecto Cognitivo*.**

Se evalúa a través de las respuestas que da el alumno al preguntar: *"¿Los chicos/as sordos son todos iguales o no? ¿Son diferentes a las personas que pueden oír o tienen también cosas iguales?".*

En este criterio se han encontrado cinco niveles que se puntúan de 1 a 5 en función de las siguientes características:

Puntuación 1. Cuando se cumple al menos una de las dos condiciones: 1) incapacidad para percibir diferencias intragrupales (entre el grupo de individuos con discapacidad); 2) incapacidad para percibir semejanzas intergrupales (entre los dos grupos con discapacidad y sin ella). En el caso de percibir semejanzas se centran en aspectos físicos muy concretos.

Puntuación 2. Cuando se da al menos algunas de las condiciones siguientes: 1) centración en la problemática de la discapacidad al describir diferencias y semejanzas ente ambos grupos (con discapacidad y sin ella); 2) consideración de diferencias y semejanzas intergrupales (entre personas con discapacidad y sin ella) pero no intragrupales (entre las personas con discapacidad). En ambos casos se

hace referencia a aspectos físicos, concretos y muy simples relacionados con la conducta o acción. El grado de relativización es muy escaso, utilizando descripciones dicotómicas.

Puntuación 3. Cuando se cumple al menos una de las siguientes características: 1) reconocimiento de diferencias y semejanzas tanto intergrupales (entre personas con discapacidad y sin ella) como intragrupales (entre personas con discapacidad) comenzando a utilizar atributos más abstractos que los del nivel dos; 2) comprensión de la compensación a un nivel concreto y estereotipado; y 3) inicio de la consideración de la influencia del contexto (por ejemplo: la crianza, lo que enseñan los padres, etc.)

Puntuación 4. Como en el nivel anterior se reconocen diferencias y semejanzas inter e intragrupales, pero relativizándolas en mayor grado, utilizando términos psicológicos que reflejan un cierto nivel de abstracción (forma de ser, comprensión, gustos, costumbres, etc.) y manifestando conocimiento y adecuación de los mismos. Se percibe, además, una descentración significativa de la problemática de la discapacidad y en ocasiones se hace referencia a una clara influencia del contexto y/o a una compensación de aspectos positivos y negativos a un nivel más elaborado que en el estadio anterior.

Puntuación 5. Cuando los razonamientos manifiestan el máximo nivel de relatividad, hasta el punto de no atreverse a hacer comparaciones inter e intragrupales, individualizando al máximo (es decir, menciona ejemplos de chicos concretos para explicar las diferencias y semejanzas); o manifiesta una buena comprensión de las limitaciones derivadas de la discapacidad, aceptándolas como una característica más de la persona y relativizándolas al máximo.

***Aspecto Afectivo*.**

Se trata de un segundo componente de la "comprensión de diferencias y semejanzas inter e intragrupales" y, como se ha señalado anteriormente, evalúa la cualidad (positiva, negativa o neutra) de los atributos que los niños oyentes utilizan para describir a las personas con discapacidad.

Se valora fundamentalmente a través de las preguntas siguientes "*¿Cómo crees tu que son los chicos/as sordos o hipoacúsicos? ¿Por qué son así? ¿Tú que crees que piensan los chicos/as de tu clase de los chicos sordos?*" .

Se han encontrado cinco niveles que se puntúan de 1 a 5 según las características siguientes: *Puntuación 1.* Cuando existe un sentimiento de rechazo o discriminación hacia los compañeros sordos, que lleva a describirlos de forma negativa en sus atributos.

Puntuación 2. Cuando se cumplen las siguientes condiciones: 1) no se manifiesta rechazo explícito hacia los chicos/as sordos pero puede inferirse cierto rechazo a partir de algunas respuestas; 2) no se expresa aceptación, o ésta se basa únicamente en la compasión; y 3) en las descripciones de los sordos predominan las referencias a sus limitaciones.

Puntuación 3. Cuando las descripciones de los alumnos sordos hacen referencia tanto a aspectos positivos como a negativos, siendo en ocasiones totalmente neutras, pero tampoco lo contrario.

Puntuación 4. Cuando las descripciones de los alumnos sordos son muy positivas, aunque en ocasiones suelen reflejar cierto grado de idealización.

Puntuación 5. Cuando la descripción de las personas sordas es positiva y realista y no idealizada.

B. Percepción de la escuela y actitud hacia la integración.

La percepción de la escuela y la actitud hacia la integración de los niños sin necesidades educativas especiales se evalúa a través de los siguientes criterios de la entrevista individual:

A. Percepción de la integración del chico con necesidades educativas especiales.

B. Percepción de la situación en el juego del chico integrado.

C. Actitud hacia la integración.

D. Actitud hacia el aprendizaje cooperativo.

E. Percepción de la actitud del profesor hacia la integración.

F. Percepción de la actitud de los padres hacia la integración.

B.1. Percepción de la integración:

Se refiere a la percepción que tiene el alumno sin dificultades de la integración del compañero con necesidades educativas especiales.

Esta dimensión varía desde la percepción de una clara discriminación por parte de los compañeros hacia el alumno integrado, hasta la percepción de una actitud positiva y un trato igualitario, especificando la cualidad de la interacción (le ayudan, estudian con él, juegan) y/o expresando reciprocidad en la relación.

Se evalúa a través de las siguientes preguntas: *"¿Tú qué crees que piensan los niños de tu clase de los chicos sordos o hipoacúsicos? ¿Cómo le tratan tus compañeros? ¿Le tratan igual que a los demás chicos/as?".* Y se puntúa de 1 a 5 en función de las siguientes condiciones:

Puntuación 1. Cuando el alumno sin necesidades educativas especiales percibe clara la discriminación hacia el chico/a integrado por parte de los compañeros.

Puntuación 2. Cuando el alumno sin necesidades educativas especiales percibe un trato más negativo que positivo por parte de sus compañeros hacia el alumno con discapacidad.

Puntuación 3. Cuando el alumno sin necesidades educativas especiales percibe tanto aspectos negativos como positivos de forma equilibrada en el trato que el alumno con discapacidad recibe de sus compañeros.

Puntuación 4. Cuando el alumno sin necesidades educativas especiales percibe una actitud positiva por parte de los demás hacia el compañero con discapacidad y un trato igualitario, aunque sin especificar claramente la cualidad de la integración.

Puntuación 5. Cuando el alumno sin necesidades educativas especiales percibe una actitud muy positiva por parte de los compañeros hacia el alumno con discapacidad y un trato igualitario, especificando la cualidad de la interacción (le ayudan, estudian con él, juegan) y/o expresando reciprocidad en la relación.

B.2. Percepción de la situación del alumno discapacitado en el juego.

Esta dimensión pretende medir la percepción que tiene el alumno sin necesidades educativas especiales de la situación real del compañero con discapacidad en el recreo y el grado de interacción que mantiene con él.

Por una parte, el alumno indica que no le gusta jugar con los niños (por ejemplo sordos o hipoacúsicos) y que no suele interactuar en el recreo con ellos.

Por otra parte, el alumno manifiesta una amistad estrecha con el compañero integrado y/o expresa un buena conocimiento de cómo adecuar los juegos a las necesidades del mismo.

Se evalúa al preguntar *"¿Te gusta jugar con un niño sordo? ¿Sueles jugar con ellos? ¿A qué jugáis? ¿Cómo jugáis? ¿Cómo crees que podrías jugar mejor?".* Se puntúa de 1 a 5 a partir de los siguientes criterios:

Puntuación 1. Cuando se manifiestan las dos condiciones siguientes: 1) desagrado claro en la realización de juegos o actividades compartidas con el compañero integrado; y 2) una total falta de interacción en el recreo.

Puntuación 2. Cuando se describe una interacción esporádica con el compañero de necesidades educativas especiales, predominando la descripción de aspectos negativos.

Puntuación 3. Cuando se cumple una de las siguientes condiciones: 1) ambivalencia respecto al agrado para jugar con el alumno con necesidades educativas especiales predominando la descripción de aspectos positivos; 2) actitud positiva para jugar con el alumno integrado pero sin especificar la cualidad de la interacción; 3) manifestación de que es el niño con discapacidad quien no quiere actuar.

Puntuación 4. Cuando se especifica la cualidad de la interacción con el alumno de necesidades educativas especiales (juegos, métodos para jugar, etc.) manifestando entusiasmo, aceptándolo como un compañero más o adecuando los juegos a las posibilidades del chico/a integrado.

Puntuación 5. Cuando se describe una amistad estrecha con el compañero de necesidades educativas especiales, se especifica la interacción con gran entusiasmo o se expresa un buen conocimiento de cómo adecuar los juegos a dichas necesidades.

B.3. Actitud hacia la integración:

Trata de evaluar la actitud favorable o desfavorable del niño sin necesidades educativas especiales hacia el contexto, así como los aspectos en que basa la integración (ayuda asimétrica o recíproca, preparación para la vida futura en un contexto normalizado, amistades, actividades compartidas, igualdad de derechos...).

Esta dimensión se puntúa de 1 a 5 en función de las respuestas dadas al preguntar *"¿Te gusta que en tu clase haya un chico/a sordos o hipoacúsico? ¿Crees que está bien que los chicos sordos estén con vosotros?*

Puntuación 1. Cuando se manifiesta una clara actitud negativa hacia la integración.

Puntuación 2. Cuando se expresa una actitud ambivalente hacia la integración sin manifestar sensibilidad ni empatía con los sentimientos del alumno integrado o se muestra indiferencia hacia él.

Puntuación 3. Cuando se describe una actitud favorable hacia la integración, manifestando aspectos positivos.

Puntuación 4. Cuando se expresa una actitud muy positiva hacia la integración especificando aspectos positivos de la misma (amistad, juegos, etc.) y/o alto grado de empatía y reciprocidad.

Puntuación 5. Cuando: 1) se considera la integración como un medio para que el chico/a con necesidades educativas especiales aprenda a adaptarse a un contexto normalizado; 2) se admite como un derecho fundamental de todo ser humano; y 3) se reconoce la igualdad como personas.

B.4. Actitud hacia el aprendizaje cooperativo.

Esta dimensión refleja la actitud del alumno para llevar a cabo los procesos de enseñanza aprendizaje en colaboración con sus compañeros de necesidades especiales.

Se evalúa teniendo en cuenta la reciprocidad en la posibilidad de enseñar y aprender de sus compañeros con dificultades, la descripción y explicación que el chico/a realiza del proceso de enseñanza aprendizaje y los contenidos que ve como posible enseñar y aprender.

Su valoración se realiza fundamentalmente a través de las siguientes preguntas *"¿Tú puedes enseñar a algún compañero? ¿A quién? ¿Qué? ¿Cómo? ¿Y a (nombre del niño sordo) le podrías enseñar algo? ¿Qué? ¿Cómo? ¿Algún niño de tu clase te puede enseñar a ti? ¿Qué? ¿Cómo?".*

En esta dimensión se han encontrado cuatro niveles que se puntúan de 1 a 4 en función de las siguientes características.

Puntuación 1. Cuando los argumentos son extremadamente radicales, simples y poco elaborados, pudiéndose dar las siguientes situaciones: 1) no acepta que otro compañero le pueda enseñar a él ni que él pueda enseñar a otro compañero; 2) no existe reciprocidad en la posibilidad de que pueda enseñar o aprender de los compañeros.

Puntuación 2. Cuando: 1) se reconoce la reciprocidad en el proceso de aprender y enseñar entre compañeros, pero sólo se extiende a los que tienen necesidades especiales en relación directa con su discapacidad; 2) y los argumentos siguen siendo muy generales, simples, poco elaborados y no explican el proceso de enseñanza aprendizaje.

Puntuación 3. Cuando se cumples las tres condiciones siguientes: 1) la actitud hacia el aprendizaje cooperativo es positiva, haciendo referencia a la posibilidad de enseñar y aprender de los compañeros; 2) se extiende a los que tienen necesidades especiales más allá de los contenidos directamente relacionados con su discapacidad; y 3) la descripción del proceso de enseñanza aprendizaje es más elaborada que en el nivel anterior, aunque sin llegar a la comprensión que manifiestan en el nivel cuatro.

Puntuación 4. Cuando se cumplen las dos condiciones siguientes: los argumentos incluyen a los especificados en el nivel tres (actitud positiva hacia el aprendizaje cooperativo, reciprocidad en el proceso de enseñanza aprendizaje, contenidos no relacionados con la discapacidad); y 2) la descripción de los objetivos del aprendizaje cooperativo manifiesta un buen conocimiento del proceso de enseñanza aprendizaje.

B.5. Percepción de la actitud del profesor hacia la integración.

Esta dimensión evalúa la percepción que tiene el alumno sin necesidades especiales de la actitud del profesor/a hacia la integración en general y hacia el alumno/a integrado en particular.

Se extiende desde la percepción de discriminación negativa por parte del profesor, hasta la percepción de un trato muy positivo, intentando adaptarse a las necesidades del alumno.

Se evalúa preguntando, (por ejemplo, con relación a la sordera): *"¿Qué le parece a tu profesor que haya un chico/a sordo en tu clase? ¿Tú crees que le gusta? ¿Cómo se lleva con él?".*

Las respuestas se puntúan de 1 a 5 en función de los siguientes criterios:

Puntuación 1. Cuando el alumno percibe una clara discriminación negativa por parte del profesor/a hacia el compañero/a integrado.

Puntuación 2. Cuando el alumno/ percibe un trato ligeramente negativo por parte del profesor/a hacia el compañero/a integrado pero sin poner énfasis en la discriminación.

Puntuación 3. Este nivel se caracteriza esencialmente por la neutralidad con que el alumno/a recibe el trato del profesor/a hacia el alumno/a integrado. En ocasiones esta neutralidad implica ambivalencia en la percepción de dicho trato.

Puntuación 4. Cuando el alumno/a tiende a ser positivo en las descripciones del trato que percibe del profesor/a hacia el chico/a integrado o pone énfasis en un trato igualitario sobre la base de la igualdad de condiciones que observa en éste.

Puntuación 5. Cuando el alumno/a percibe un trato positivo por parte del profesor/a (en ocasiones de discriminación positiva), que se adapta a las necesidades del alumno con discapacidad.

B.6. Percepción de la actitud de los padres hacia la integración.

Esta dimensión trata de valorar la percepción que tienen los alumnos/as sin necesidades especiales de la actitud de sus padres ante la integración.

Se evalúa preguntando: *"¿Qué les parece a tus padres que haya un chico/a sordos o hipoacúsico en tu clase? ¿Tú crees que les gusta?".* Las respuestas se puntúan de 1 a 5 en función de los siguientes criterios:

Puntuación 1. Cuando el alumno/a percibe una clara actitud negativa por parte de sus padres hacia la integración.

Puntuación 2. Cuando el alumno/a percibe una actitud muy ambivalente, no sabe justificar la opinión que manifiestan sus padres o la justifica con argumentos muy simples.

Puntuación 3. Cuando el alumno/a percibe una actitud positiva y la justifica en base: al reconocimiento de la igualdad aunque de una manera simple; a la necesidad de ayuda asimétrica; o a los beneficios que puede obtener de la integración el alumno con discapacidad.

Puntuación 4. Cuando el alumno/a percibe una actitud positiva basada en la posibilidad de ayuda asimétrica; las cualidades positivas que reconocen en el chico/a con discapacidad; o en el derecho a la integración de los chicos/as con necesidades especiales.

Puntuación 5. Cuando el alumno percibe una actitud muy positiva basada en el respeto mutuo, la empatía y la tolerancia hacia la diversidad; o cuando claramente le animan a que interactúe con el compañero/a que tiene necesidades especiales.

1.3.1.4.1.4. Validez.

Uno de los procedimientos más utilizados para evaluar los componentes cognitivo y afectivo de las actitudes intergrupales es el diferencial semántico, a través del cual se pretenden detectar las reacciones que suscita una determinada palabra o categoría conceptual, considerando su dirección hacia el polo positivo o negativo y su intensidad o distancia respecto al centro neutral. Para ello se seleccionan una serie de adjetivos bipolares en torno a los cuales se pide a la persona que sitúe el concepto o grupo social sobre el que se le pregunta.

Las investigaciones en contextos educativos inter-étnicos reflejan que la percepción del grupo minoritario por el mayoritario evaluada a través del diferencial semántico correlaciona de forma muy

significativa con los resultados obtenidos mediante otros procedimientos, como la entrevista o la escala de disposición conductual. En el caso del grupo minoritario, sin embargo, los resultados no son tan claros debido a la existencia de un doble prejuicio (hacia el otro grupo y hacia el propio).

En esta misma dirección, los autores de esta entrevista realizada con chicos/as videntes e invidentes, parecen orientarse los resultados obtenidos en las actitudes videntes-invidentes a través del diferencial semántico, sobre todo en el caso de los niños ciegos. Resultados que son de muy difícil interpretación al no permitir diferenciar entre las actitudes hacia el propio grupo o hacia el otro, que interactúan de forma compleja y poco conocida. Por ejemplo, la tendencia de correlación negativa (aunque no significativa r= -.19) detectada entre la percepción positiva de los videntes evaluada a través del Diferencial semántico y la actitud que los niños ciegos tienen hacia la integración: cuanto más idealizada es aquélla más se rechaza ésta. De lo cual se deriva la conveniencia de emplear preferentemente la entrevista semiestructurada para evaluar los componentes cognitivo y afectivo de las actitudes videntes-invidentes.

Las relaciones entre la entrevista y la Escala de Disposición Conductual son más significativas y se orientan en la dirección prevista:

1) En los alumnos videntes se observan correlaciones significativas entre su disposición a interactuar con los compañeros ciegos y los siguientes indicadores evaluados a través de la entrevista: 1) la superación de los estereotipos sobre la ceguera en sus dos aspectos: cognitivo (r=.31, p<.05 en el grupo de adolescentes) y afectivo (r=.35, p<.001 en el grupo de niños); 2) la actitud general hacia la integración (r=.33, p<.01 en el grupo de adolescentes), tanto en el aprendizaje cooperativo (r=.21, p<.05 en el grupo de niños), como en el juego (r=.30, p<.05 en el grupo de adolescentes), 3) y la percepción de dicha integración (r=.31, p<.01 en el grupo de niños). Además, los niños videntes cuyos padres manifiestan una mejor actitud hacia la integración poseen una mayor disposición para interactuar con los compañeros ciegos (r=.37, p<.001).

2) En el caso de los adolescentes ciegos, su disposición a interactuar con los videntes correlaciona también de forma positiva, aunque menos significativa, con los diversos indicadores evaluados en la entrevista. Lo mismo sucede en el caso de los niños ciegos, con una única excepción, entre dicha disposición y el "concepto de ceguera" evaluado a través de la entrevista (r=-.45), resultado que parece indicar que la negación de la ceguera pude generar tanto una conceptualización negativa del propio grupo (los invidente) como una conceptualización positiva del otro grupo (los videntes).

A partir de los resultados expuestos parece conveniente evaluar las actitudes intergrupales en torno a la discapacidad, y más específicamente en torno a la ceguera, a través de procedimientos poco estructurados, que permitan superar las confusiones producidas con otros métodos como consecuencia de las actitudes implicadas.

Por otra parte, el conjunto de las correlaciones comentadas apoyan la validez del constructo de la entrevista como procedimiento de evaluación de la actitud hacia la ceguera y hacia la integración; e indican la superior eficacia de la Disposición Conductual frente al Diferencial Semántico para medir las actitudes intergrupales.

1.3.1.4.2. Escala Específica de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial (APD-DS).

1.3.1.4.2.1. Descripción.

Autor/es: M.A. Verdugo, B. Arias y C. Jenaro. **Año:** 1992. **Edad:** Adolescentes y adultos. **Administración:** Colectiva. **Duración:** 15 minutos.

Muestra.

La muestra para la administración piloto de la escala estaba compuesta por 255 sujetos (dicho tamaño se decidió adoptando la norma convencional de 5 veces el número de ítems) y se definía en

función de la profesión de las personas que respondían al test, que debía estar relacionada con la atención inmediata a personas con discapacidad (por ejemplo: profesionales de la medicina, trabajo social, psicología, fisioterapia, enfermería, logopedia, docencia, etc.), pero fuera del círculo íntimo compuesto por sus familiares, compañeros y amigos.

1.3.1.4.2.2. Fiabilidad de la Escala Específica (DS).

Coeficiente de fiabilidad (23 ítems): Correlación entre mitades = .719. El índice de Guttman-Rulon = .836, Alfa parte 1= .780, Alfa total = .872, número ítems en parte 1 = 12. Alfa parte 2= .7879, Alfa estandarizada= .8818, número de ítems en parte 2 = 11.

Spearman-Brown (longitud igual)= .836, Spearman-Brown (longitud desigual)= .836,

Coeficiente de Generabilidad = .84.

1.3.1.5. Escala de Aislamiento UCLA.

1.3.1.5.1. Descripción.

Autor/es: Russell y col. **Año:** 1978. **Título Original:** The UCLA Loneliness Scale. **Adaptación a España:** Vázquez Morejón, A.J. y Jimenez García-Bóveda, R. **Año:** 1994. **Edad:** Adultos. **Administración:** Individual. **Duración:** 10 minutos. **Con qué sujetos está baremado:** Sujetos adultos.

Se trata de una escala de 20 ítems diseñada para evaluar la soledad en poblaciones diversas.

Según la frecuencia con que se experimenten las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de 1 a 4. Tras invertir la puntuación en los ítems 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20, se suman las puntuaciones correspondientes a los 20 ítems, obteniendo una puntuación total de aislamiento. El rango de puntuaciones va de 20 a 80, correspondiendo una mayor puntuación con un mayor grado de soledad.

La versión revisada de la escala fue desarrollada a partir de la Escala de Soledad UCLA (Russell y cols. 1978) con el fin de eliminar sesgos en las respuestas y lograr una mayor diferenciación de otros constructos relacionados con la soledad. En la traducción realizada se invirtió el sentido del ítem 4 con vistas a una mejor comprensión en nuestro idioma.

También se utilizaron tres escalas que miden: **Cantidad de Contacto, Sentimiento de Soledad, y Satisfacción en las Relaciones.**

1.3.1.5.2. Fiabilidad.

El coeficiente alfa obtenido es igual a .944, indicando un alta consistencia interna entre todos los ítems de la escala (N=86).

Fiabilidad Temporal.

La correlación test-retest obtenido para las puntuaciones totales es r = .702, mientras que la correspondiente a la versión abreviada es de .705 (N=33).

Destaca la alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de .94, idéntico al referido a la versión original americana. Por otra parte, la fiabilidad temporal para un intervalo de 10-12 semanas, con una correlación test-retest r=.70, confirma un grado razonable de estabilidad de las puntuaciones, sobre todo si consideramos que una correlación de .69 es considerada suficiente para un intervalo de un mes (Cronbach, 1970).

1.3.1.5.3. Validez.

A la mitad de los sujetos para explorar la validez convergente, se le solicitó que cumplimentasen los siguientes instrumentos:

Escalas autoevaluadas sobre integración social: consistente en tres escalas visuales analógicas, puntuadas de 0 a 9. Se solicita al sujeto situarse en cada una de las escalas, en función de las relaciones mantenidas en los tres últimos meses. Incluyen dos aspectos básicos del aislamiento: la cantidad de contacto social y el sentimiento de soledad, junto a un tercero relativo a la satisfacción con los contactos sociales mantenidos. Además de las puntuaciones en cada una de las escalas se halló una puntuación global correspondiente a la suma de puntuaciones de cada escala. La consistencia interna de estas tres escalas presenta un coeficiente alfa = .835.

Validez Concurrente.

Encontramos una correlación positiva entre las puntuaciones en RULS y las correspondientes en estado de ánimo. Esta correlación, ligeramente menor a la encontrada por Russell y cols. (1980) (r=.62), es de identidad moderada (r=.497), como cabría esperar entre dos constructos que, aunque relacionados, son diferentes. Más alta es, sin embargo, la correlación entre las puntuaciones en RULS y las otras medias, autoinformadas (r=.775) y las heteroinformadas (r=.739), relativas al aislamiento social. Datos que dan un apoyo sustancial a la validez de la escala.

La relación con otras medidas de soledad –escalas visuales analógicas auto y heteroevaluadas, descritas anteriormente- muestra correlaciones sustanciales.

En un análisis más detallado observamos que la puntuación en RULS correlaciona de modo similar con las tres escalas de Autoevaluación: Cantidad de Contacto (r=.6869), Sentimiento de Soledad (r=.6567) y Satisfacción con las Relaciones (r=.6741).

Podría considerarse que la escala evalúa diversos aspectos implicados en la vivencia de la soledad. Aspectos que han sido conceptualizados como tipos distintos de soledad: la soledad emocional y la soledad social (Weiss, 1973; Russell y cols, 1984), representando experiencias distintas. El efecto más devastador de la soledad se produciría en los casos en que ambas se dan conjuntamente: cuando la persona carece de compañía y además se siente incomprendida o diferente de los demás (Rook, 1984).

En aquellos casos en que se hace necesario una evaluación rápida de la Soledad parece apropiado utilizar, a la vista de los resultados obtenidos, la versión abreviada de cuatro ítems. La alta correlación con la puntuación de la versión completa (r=.9084), su aceptable consistencia interna (Alfa=.749) y la sustancial correlación con otras medidas de aislamiento permiten una medida mínimamente fiable, con la ventaja de su brevedad.

En cuanto a las diferencias de sexo, los resultados de la versión española, apoyan la ausencia de diferencias significativas, como ya se había señalado en otros estudios (Russell y cols., 1980).

1.3.1.6. ACS. Escala de Afrontamiento para Adolescentes.

1.3.1.6.1. Descripción.

Autores: Erica Frydenberg y Ramon Lewis. **Año:** 1991. **Nombre original de la Escala:** *Adolescent Coping Scale.* The Australian Council for Educational Research Ltd. Victoria. Australia.

Nombre de la Adaptación Española: ACS Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. **Adaptación Española:** Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos, TEA Ediciones, S.A.

Administración: Individual y colectiva. **Duración:** De 10 a 15 minutos. **Aplicación:** Adolescentes de 10 a 18 años. **Significación:** Evaluación de las estrategias de afrontamiento ("coping").

1.3.1.6.2. Estructura Conceptual de la Escala.

El ACS tiene 18 estrategias de afrontamiento y a continuación haremos una breve descripción de cada una de las mismas y un ejemplo de acción indicativa de dicha estrategia. Estas estrategias se obtuvieron de forma empírica mediante análisis factorial:

1. **Buscar Apoyo Social (AS):** Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución. Ejemplo: "Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él". Esta variable está formada por los elementos del test 1, 19, 37, 55, 71.

2. **Concentrarse en Resolver el Problema (RP):** Es una estrategia dirigida a resolver el problema que lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: "Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades". Está variable está formada por los elementos del test 2, 20, 38, 56, 72.

3. **Esforzarse y Tener Éxito (ES):** Es la estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: "Trabajar intensamente". Está variable está formada por los elementos del test 3, 21, 39, 57, 73.

4. **Preocuparse (PR):** Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro o preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: "Preocuparme por lo que está pasando". Está variable está formada por los elementos del test 4, 22, 40, 58, 74.

5. **Invertir en Amigos Íntimos (AI):** Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: "Pasar más tiempo con el chico/a con que suelo salir". Está variable está formada por los elementos del test 5, 23, 41, 59, 75.

6. **Buscar Pertenencia (PE):** Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás y preocupación por los que otros piensan. Ejemplo: "Mejorar mi relación personal con los demás". Está variable está formada por los elementos del test 6, 24, 42, 60, 76.

7. **Hacerse Ilusiones (HI):** Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Ejemplo: "Esperar que ocurra lo mejor". Está variable está formada por los elementos del test 7, 25, 43, 61, 77.

8. **La Estrategia de Falta de Afrontamiento (NA):** Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicosomáticos. Ejemplo: "No tengo forma de afrontar la situación". Está variable está formada por los elementos del test 8, 26, 44, 62, 78.

9. **Reducción de la Tensión (RT):** Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo: "Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas". Está variable está formada por los elementos del test 9, 27, 45, 63, 79.

10. **Acción Social (SO):** Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades. Ejemplo: "Unirme a gente que tiene el mismo problema". Está variable está formada por los elementos del test 10, 28, 46, 64.

11. **Ignorar el Problema (IP):** Es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema. Ejemplo: Ignorar el problema". Está variable está formada por los elementos del test 11, 29, 47, 65.

12. **Autoinculparse (CU):** Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen. Ejemplo: "Sentirme culpable". Está variable está formada por los elementos del test 12, 30, 48, 66.

13. **Reservarlo Para Sí (RE):** Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: "Guardar mis sentimientos para mí solo". Está variable está formada por los elementos del test 13, 31, 49, 67.

14. **Buscar Apoyo Espiritual (AE):** Se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de un Dios. Ejemplo: "Dejar que Dios se ocupe de mi problema". Está variable está formada por los elementos del test 14, 32, 50, 68.

15. **Fijarse en lo Positivo (PO):** Es la estrategia consistente en buscar el aspecto positivo de la situación. Incluye ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: "Fijarme en el

aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas". Está variable está formada por los elementos del test 15, 33, 51, 69.

16. **Buscar Ayuda Profesional (AP):** Es la estrategia que trata de buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros. Ejemplo: "Pedir consejo a una persona competente". Está variable está formada por los elementos del test 16, 34, 52, 70.

17. **Buscar Diversiones Relajantes (DR):** Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar. Ejemplo: "Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la TV". Está variable está formada por los elementos del test 17, 35, 53.

18. **Distracción Física (FI):** Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc. Ejemplo: "Mantenerme en forma y con buena salud". Está variable está formada por los elementos del test 18, 36, 54.

Estas 18 estrategias pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución de problemas, afrontamiento con relación a los demás y afrontamiento improductivo.

El ACS resulta ser uno de los instrumentos más complejos y eficaces para la evaluación del afrontamiento. Es muy adecuado para facilitar el cambio conductual autodirigido y para provocar las discusiones de grupo. Los elementos son muy próximos a las preocupaciones de los estudiantes adolescentes pues fueron ellos mismos los que sugirieron los contenidos.

Todos los adolescentes pueden contestar al cuestionario porque no se requieren aptitudes avanzadas de comprensión lectora. Los elementos evalúan el grado de uso de una amplia gama de estrategias de afrontamiento partiendo de lo que los jóvenes hacen más de lo que piensan que debería hacer.

La naturaleza estructurada del cuestionario permite considerar conductas de afrontamiento que podrían no ocurrírsele espontáneamente al sujeto en otros cuestionarios menos estructurados. Sin embargo, el hecho de incluir una pregunta final abierta permite que el sujeto cite alguna forma de afrontamiento no prevista entre los elementos de la escala.

Aunque el ACS puede suministrar claves para el campo clínico, está principalmente dirigido a evaluar el bienestar psicológico y las estrategias usadas para afrontar las dificultades.

1.3.1.6.3. Versión Original.

En la Tabla 6 se describen las características de la muestra de 673 alumnos de enseñanza secundaria procedentes de 5 escuelas estatales de la zona de Melbourne que se utilizó para analizar las propiedades estadísticas del ACS. Se recogen los datos por sexo, edad y lengua del ambiente familiar, datos que reflejan bastante exactamente la población general de la zona.

Tabla 7. Distribución porcentual de la muestra experimental

Sexo		**Edad**		**Lengua Materna**	
Varón	49 %	13 años	23 %	Anglo-Australiana	71 %
Mujer	51 %	14 años	16 %	Europea	9 %
		15 años	22 %	Sudeste Asiático	16 %
		16 años	25 %	Otros	4 %
		17 años	13 %		

1.3.1.6.4. Fiabilidad.

Para analizar la estabilidad de las respuestas de los estudiantes se examinó a una muestra de 101 sujetos de 13 años, pasando el test-retest a los 14 días de la primera aplicación y se calcularon las correlaciones test-retest (producto-momento del índice de Pearson).

Se puede argumentar que las estrategias de afrontamiento deberían ser constantes en un plazo de dos semanas pero que la estabilidad debería ser mayor para las preocupaciones de tipo general.

Siete elementos no arrojaron correlaciones significativas en la forma específica del cuestionario (8-11-13-17-30-69-72) mientras que lo mismo ocurría en once elementos de la forma general (8-10-13-17-33-46-47-49-62-67-72). Todos estos elementos, sin embargo, obtuvieron en las dos aplicaciones respuestas alejadas no más de un punto en más del 70 % de los sujetos. Todos los elementos cubren las normas de estabilidad.

1.3.1.6.5. Validez.

El segundo paso para determinar la utilidad del ACS fue analizar hasta qué punto los elementos evalúan las 18 estrategias de afrontamiento, diferentes pero relacionadas entre sí, que se pretende medir. Para ello se utilizó el análisis factorial (componentes principales con rotación Oblimin). Se siguió un procedimiento oblicuo porque se suponía que las escalas no serían completamente ortogonales o independientes. En otras palabras, se hizo la hipótesis de que aunque el afrontamiento puede considerarse como un conjunto de diversas áreas o estrategias, cada una con diferentes tipos de acciones, esas estrategias no deberían considerarse como carentes de relación entre sí.

Para hacer este análisis se usaron las respuestas citadas por sujetos individuales como asociadas a ciertos problemas específicos. Se consideró que las respuestas de afrontamiento asociadas a un problema específico demostrarían con mayor probabilidad la existencia de un cierto número de escalas o factores diferentes que si se tomasen respuestas más generales. Si hubiese que definir los modelos de afrontamiento sobre la base exclusivamente de las preocupaciones de los adolescentes, dichos modelos podrían resultar más confusos.

El análisis se hizo por etapas para evitar las dificultades estadísticas de analizar en un solo paso 79 elementos, agrupados en 18 factores, con sólo 500 sujetos cuyos datos estaban completos; en primer lugar, se agruparon los elementos en función de las escalas para las que se habían elaborado. Los 18

grupos se asignaron aleatoriamente a tres categorías cada una de las cuales incluían todos los elementos correspondientes a seis estrategias diferentes. Por último, se hicieron tres análisis factoriales usando las respuestas dadas por los 500 sujetos de la muestra. Por consiguiente, la ratio de casos por elementos era de 15 a 1 en cada análisis.

Los resultados estadísticos muestran claras diferencias entre los 18 constructos específicos que se pretendía inicialmente evaluar. El tercer análisis factorial indica que cuatro de los seis grupos de elementos son conceptualmente diferentes pero los elementos destinados a medir las estrategias "Concentrarse en resolver el problema" (Rp) y "Esforzarse y tener éxito" (ES) aparecen confundidas. Una explicación de este resultado podría ser que la prueba se aplicó en horario escolar y los chicos solían indicar como preocupación principal el trabajo escolar, lo que pudo acentuar la relación entre las dos estrategias. Para confirmar esta explicación, se hizo un análisis factorial adicional (oblicuo con rotación Oblimin) usando las respuestas de los alumnos a sus preocupaciones generales.

Los resultados muestran que las dos estrategias Rp y Es deben considerarse como diferentes porque cada grupo de elementos se refiere a su propio factor.

Resulta claro que las 18 escalas tienen validez de constructo y que el análisis factorial apoya la existencia de dichas dimensiones.

1.3.1.6.6. Datos de la Muestra Española.

Para realizar la adaptación española se ha partido de traducir y adaptar el cuestionario tratando de respetar lo más exactamente posible no sólo el texto literal de cada elemento sino su significado y su relación con la escala concreta a que pertenece.

Con el fin de contrastar la validez de la prueba se ha aplicado a un total de 505 adolescentes residentes en diversas zonas de España: Madrid, Sabadell, Salamanca y Baleares. De este grupo se han eliminado un total de 52 hojas de respuesta que por una razón u otra parecía conveniente no tener en

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

cuenta: hojas incompletas, mal cumplimentadas, contestar en broma, etc. Se ha trabajado con una muestra de 452 sujetos, compuesta como sigue:

Tabla 8. Muestra Española para la baremación del ACS

Sexo			**Zonas**			**Edad**		
Varones	162	36%	Madrid	183	40%	12-14 años	47	10%
Mujeres	290	64%	Salamanca	109	24%	15-17 años	217	48%
			Cataluña y Baleares	160	36%	18-20 años	188	41%

En conjunto se aprecian estrategias de afrontamiento más maduras y eficaces en los adolescentes españoles que en los australianos. Esta diferencia puede explicarse en parte porque la edad media de la muestra utilizada en la adaptación española (17 años) es superior a la edad de la versión original (15 años).

1.3.1.7. Inventario de Miedos Escolares para Adolescentes.

1.3.1.7.1. Descripción.

Autor/es: Méndez y García-Fernández. **Año:** 1997. **Edad:** Niños de 3 a 17 años. **Administración:** Individual y Colectiva. **Contestado**: Por una muestra de alumnos de secundaria, chicos y chicas entre 12 y 18 años. **Tiempo de Administración:** 12 minutos. Aspectos que evalúa: **Miedo al malestar físico (IMEF1), Miedo a la evaluación social (IMEF2), Miedo al fracaso y castigo escolar (IMEF3) y Miedo a la agresividad-victimización (IMEF4).**

Con el fin de disponer de un instrumento de evaluación exclusivo y específico para la fobia escolar, Méndez (1988) desarrolló el Inventario de Miedos Escolares (IME), un listado de cincuenta ítems redactados a partir de una revisión de la literatura científica sobre fobia escolar, de otros inventarios

infantiles, de la práctica escolar y clínica, entrevistas con alumnos, profesores y psicólogos, y de un estudio piloto, con sustento en el modelo conductual-cognitivo.

Partiendo de dicho instrumento, Mendez y García-Fernández (1977)) elaboraron la forma para adolescentes, en donde el sujeto debe estimar la intensidad del miedo usando una escala de cinco puntos, de cero “nada de miedo” a cuatro “ muchísimo miedo”.

1.3.1.7.2. Fiabilidad.

Análisis de elementos.

Las correlaciones de los ítems con el total del inventario (Tabla 12) se sitúan entre 0,30 y 0,49 en 6 ítems, entre 0,50 y 0,69 en 16, y por encima de 0,70 en un caso concretamente en el ítem 19 (Pelearme en el colegio). La fiabilidad del inventario en caso de eliminar un ítem se situaría entre 0,899 y 0,908, siendo el ítem que menos repercute caso de ser eliminado el 10 (Jugar en el patio del colegio), y los que más el 15 (Suspender un examen), el 19 (Ser reprendido o castigado en el colegio), y el 23 (Vomitar en el colegio).

Respecto a la puntuación media en 7 ítems se sitúa por encima de 1 (poco miedo) en un rango de 0 a 2, concretamente y por este orden en los ítems 17 (Repetir curso), 20 (Ser enviado al director), 16 (Sacar malas notas), 21 (Que llamen a mis padres del colegio), 15 (Suspender un examen), 14 (Que me pillen copiando en un examen), y 18 (Cambiar de colegio), siendo la mas baja la correspondiente al ítem 1 (Vestirme para ir al colegio).

Consistencia interna y fiabilidad test-retest.

El coeficiente alfa de Cronbach para el total de ítems en la forma III (Tabla 8) es satisfactorio y su valor es 0,906. La estabilidad temporal hallada con un N = 303, y en un intervalo de cuatro semanas, es alta ($r_{xx'}$ = 0,81, $p < 0,01$).

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Tabla 9. Datos de Consistencia Interna del Inventario de Miedos Escolares

CORRELACIÓN ENTRE LAS DOS MITADES	0,894
COEFICIENTE SPEARMAN-BROWN	0,944
COEFICIENTE GUTTMAN (RULON)	0,944
COEFICIENTE ALPHA PARA TODOS LOS ÍTEMS	0,906
COEFICIENTE ALPHA ÍTEMS IMPARES	0,817
COEFICIENTE ALPHA ÍTEMS PARES	0,822

1.3.1.7.3. Validez.

Validez de constructo.

Se ha utilizado el método de Componentes Principales con rotación Varimax, determinando el número de factores por el criterio del valor de lambda (Kaiser-Guttman) igual o superior a uno para cada una de las formas del IME.

La rotación Varimax realizada entre los 1.412 inventarios cumplimentados arrojó cuatro factores claramente definidos que explican el 54,983 % de la varianza, y en los que los ítems tienen cargas factoriales superiores a 0,70 en 13 casos, cargas factoriales entre 0,50 y 0,69 en 12 casos, y con tan sólo dos ítems con saturaciones de 0,467 y 0,442.

Factor I, explica el 18,113% de la varianza y le denominaron “Miedo al malestar físico”.

Factor II, explica el 10,256% de la varianza y le denominaron “Miedo a la evaluación final”.

Factor III, explica el 14,666% de la varianza y le denominaron “Miedo al fracaso y al castigo escolar”.

Factor IV, explica el 11,948% de la varianza y le denominaron "Miedo a la agresividad-victimización".

1.3.1.8. Cuestionario Locus Control.

1.3.1.8.1. Descripción.

Autor/es: V. Pelechano y M.J. Báguena (a partir de los trabajos de Rotter (1966), Nowicki-Strickland (1973) y Reid-Ware (1974). **Año:** 1983. **Edad:** Niños y Adolescentes. **Administración:** Colectiva. **Contestado**: **Duración:** 15 minutos.

Hay tres formas del Cuestionario Locus de Control: LUCAM, LUCAD y Locus de Control resumido, utilizado en nuestra investigación.

Aspectos que evalúa: Se compone de tres escalas (dos para medir las expectativas externas y una para las internas)**:**

1) **Fatum Negativo de Control Externo** (LUCAM1), ítems: 1, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 22, 27, 33, 34. N = 12.

2) **Exculpación de Fracaso** (LUCAM2), ítems: 2, 4, 5, 10, 11, 14, 20, 23, 26, 28, 32. N = 11.

3) **Autorresponsabilidad en éxitos personales y laborales** (LUCAM3), ítems: 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 29, 30, 31. N = 11.

CAPITULO VI. RESULTADOS

Seguidamente vamos a ir refiriendo los datos obtenidos en la valoración de cada una de las variables, a la vez que se establecerán las comparaciones entre los grupos experimental y de control.

1. Autoconcepto.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que se han determinado para valorar el **Autoconcepto** (conducta, estatus intelectual y escolar, atributos y apariencia física, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción en la vida y puntuación total) utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

Se obtuvieron los siguientes resultados que muestran la diferencia entre los dos grupos (Tabla 10).

Tabla 10. Media de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
F1PH	1,00	50	14,4800	3,32118	,46969
	2,00	53	15,4340	2,89900	,39821
F2PH	1,00	50	12,2200	2,88055	,40737
	2,00	53	14,4151	2,96411	,40715
F3PH	1,00	50	7,7400	2,45623	,34736
	2,00	53	8,7925	2,53710	,34850
F4PH	1,00	50	7,4000	2,28571	,32325
	2,00	53	7,5472	2,18003	,29945
F5PH	1,00	50	8,3400	2,63888	,37319
	2,00	53	10,8113	1,85074	,25422
F6PH	1,00	50	7,3000	1,31320	,18571
	2,00	53	7,8868	1,40959	,19362
PHTOTAL	1,00	50	57,4800	10,19251	1,44144
	2,00	53	64,8868	9,77764	1,34306

F1PH: **Conducta**, F2PH: **Estatus Intelectual y Escolar**, F3PH: **Atributos y Apariencia Física**, F4PH: **Ansiedad**, F5PH: **Popularidad, y Felicidad**, F6PH: **Satisfacción en la Vida** y PH TOTAL: **Autoconcepto Global**.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

En la Tabla 11 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* F2PH $t_{101} = -3,81$, $p = .000$
* F3PH $t_{101} = -2,14$, $p = .035$
* F5PH. $t_{101} = -5,47$, $p = .000$
* F6PH $t_{101} = -2,18$, $p = .031$
* PHTOTAL $t_{101} = -3,76$, $p = .000$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (superiores a 0, 05):

* F1PH $t_{101} = - 1,56$, $p = .123$
* F4PH $t_{101} = -,334$, $p = .739$

La comparación estadística (Tabla 11) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Escala de Autoconcepto de Piers-Harris**, las variables que se refieren al **Estatus Intelectual y Escolar** (F2PH)**, Atributos y Apariencia Física** (F3PH)**, Popularidad** (F5PH)**, Felicidad y Satisfacción en la Vida** (F6PH) **y Autoconcepto Total** (PHTOTAL) presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor la media, en todas estas variables, en la muestra de los alumnos oyentes.

Tabla 11. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilt.)	Dif. de media	Error típ. de la dif.	Inferior	Superior
F1PH	varianzas iguales	,239	,626	-1,56	101	,123	-,9540	,61333	-2,171	,26272
	varianzas distintas			-1,55	97,36	,125	-,9540	,61577	-2,176	,26812
F2PH	varianzas iguales	,025	,875	-3,81	101	,000	-2,1951	,57644	-3,339	-1,05160
	varianzas distintas			-3,81	100,9	,000	-2,1951	,57595	-3,338	-1,05254
F3PH	varianzas iguales	,255	,615	-2,14	101	,035	-1,0525	,49252	-2,029	-,07543
	varianzas distintas			-2,14	100,9	,035	-1,0525	,49205	-2,029	-,07635
F4PH	varianzas iguales	,199	,656	-,334	101	,739	-,1472	,44002	-1,020	,72572
	varianzas distintas			-,334	99,88	,739	-,1472	,44064	-1,021	,72705
F5PH	varianzas iguales	10,8	,001	-5,53	101	,000	-2,4713	,44705	-3,358	-1,58449
	varianzas distintas			-5,47	87,31	,000	-2,4713	,45155	-3,369	-1,57385
F6PH	varianzas iguales	,008	,930	-2,18	101	,031	-,5868	,26885	-1,120	-,05347
	varianzas distintas			-2,19	101,0	,031	-,5868	,26829	-1,119	-,05458
PHTOTAL	varianzas iguales	1,065	,305	-3,76	101	,000	-7,4068	1,9678	-11,31	-3,50328
	varianzas distintas			-3,76	99,99	,000	-7,4068	1,9702	-11,32	-3,49803

F1PH: **Conducta**, F2PH: **Estatus Intelectual y Escolar**, F3PH: **Atributos y Apariencia Física**, F4PH: **Ansiedad**, F5PH: **Popularidad, y Felicidad**, F6PH: **Satisfacción en la Vida** y PHTOTAL: **Autoconcepto Global**.

Sin embargo, las variables que se refieren a aspectos del autoconcepto como **la Conducta** (F1PH) **y la Ansiedad** (F4PH) los resultados no son significativamente distintos en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

2. Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en la variable que se ha determinado para valorar la **Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes, y se obtuvieron los siguientes resultados que muestran la diferencia entre los dos grupos (Tabla 12).

Tabla 12. Media de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AA	1,00	50	23,2600	4,43920	,62780
	2,00	53	27,7170	5,21233	,71597

AA: Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas

En la Tabla 13 se ofrece el índice de significatividad de las diferencias de medias; se ha subrayado el que corresponde a la variable cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índice de significatividad inferior al 0,05). La única variable que tenemos muestra diferencias significativas y, por lo tanto, se ha marcado en el recuadro (Tabla 13).

Encontramos, por tanto, diferencias significativas en la única variable existente en esta escala:

* AA $t_{101} = -4,66,\ p = .000$

La comparación estadística (Tabla 13) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas**, la

única variable que se refiere a la expectativa respecto a las situaciones académicas presenta diferencia significativa entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo la media de la muestra de los alumnos oyentes superior a la de los sordos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 13. Prueba T para la Igualdad de Medias en Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
AA	varianzas iguales	,811	,370	-4,66	101	**,000**	-4,457	,9567	-6,35	-2,56
	varianzas distintas			-4,68	99,98	,000	-4,457	,9522	-6,35	-2,57

AA: Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas

3. Competencia Social.

3.1. Sociograma en Situaciones de Trabajo.

Este sociograma sobre situaciones de trabajo en el aula, pretende medir la cantidad y calidad de las relaciones de los alumnos sordos y oyentes en el trabajo escolar a través de los valores e índices individuales sociométricos.

Para una buena comprensión de los datos hemos dividido las tablas estadísticas en dos para permitir una mejor visualización, así en la Tabla 14 mostramos los estadísticos del primer grupo de variables, y en la 16 los correspondientes al segundo grupo.

Tabla 14. Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 1

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TSP	1,00	50	1,0600	1,20221	,17002
	2,00	53	3,0943	2,04059	,28030
TSN	1,00	50	2,7000	4,47328	,63262
	2,00	53	1,7547	1,99909	,27460
TEP	1,00	50	3,0000	,49487	,06999
	2,00	53	2,7736	,89101	,12239
TEN	1,00	50	2,8000	,67006	,09476
	2,00	53	2,4717	1,04888	,14407
TIP	1,00	50	,9400	,99816	,14116
	2,00	53	2,8491	1,49867	,20586
TIN	1,00	50	1,1200	1,40901	,19926
	2,00	53	1,6038	1,75784	,24146
TSS	1,00	50	-,0626	,37251	,05268
	2,00	53	,1028	,24570	,03375
TCA	1,00	50	,4748	,46202	,06534
	2,00	53	,5655	,35437	,04868

Valores Sociométricos**: TSP:** Estatus Positivo**, TSN:** Estatus Negativo**, TEP:** Expansividad Positiva**, TEN:** Expansividad Negativa**, TIP:** Impresión Positiva**, TIN:** Impresión Negativa**.** Indices Sociométricos Individuales**: TSS: Es**tatus Sociométrico **y TCA: C**onexión Afectiva.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes, en las diferentes variables que hemos determinado para valorar el **Sociograma en Situaciones de Trabajo 1**, utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

En la Tabla 15 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes, en las diferentes variables que hemos determinado para valorar el **Sociograma en Situaciones de Trabajo 1**; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas

diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* TSP $t_{101} = -6,21$, $p = ,000$
* TIP $t_{101} = -7,56$, $p = ,000$
* TSS $t_{101} = -2,67$, $p = ,009$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* TSN $t_{101} = 1,371$, $p = ,117$
* TEP $t_{101} = 1,606$, $p = ,112$
* TEN $t_{101} = 1,904$, $p = ,060$
* TIN $t_{101} = -1,55$, $p = ,125$
* TCA $t_{101} = -1,113$, $p = ,269$

La comparación estadística (Tabla 15) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Sociograma en Situaciones de Trabajo 1**, las variables que se refieren a aspectos relacionados con la **Estatus Positivo** (TSP), **Impresión Positiva** (TIP), **Estatus Sociométrico** (TSS), presentan diferencias significativas en las medias entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor la media de los oyentes que la de los sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a **Estatus Negativo** (TSN), **Expansividad Positiva** (TEP), **Expansividad Negativa** (TEN), **Impresión Negativa** (TIN), **Conexión Afectiva** (TCA), las medias no presentan diferencias significativas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 15. Prueba T para Igualdad de Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 1

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
TSP	varianzas iguales	9,583	,003	-6,12	101	,000	-2,0343	,33254	-2,69	-1,37
	varianzas distintas			-6,21	85,08	**,000**	-2,0343	,32783	-2,69	-1,38
TSN	varianzas iguales	8,188	,005	1,398	101	,165	,9453	,67624	-,396	2,287
	varianzas distintas			1,371	66,96	,175	,9453	,68964	-,431	2,322
TEP	varianzas iguales	9,950	,002	1,581	101	,117	,2264	,14320	-,058	,51048
	varianzas distintas			1,606	82,24	,112	,2264	,14099	-,054	,50687
TEN	varianzas iguales	13,5	,000	1,880	101	,063	,3283	,17459	-,018	,67464
	varianzas distintas			1,904	89,04	,060	,3283	,17244	-,014	,67094
TIP	varianzas iguales	9,850	,002	-7,56	101	,000	-1,9091	,25245	-2,41	-1,41
	varianzas distintas			-7,65	91,04	**,000**	-1,9091	,24961	-2,40	-1,41
TIN	varianzas iguales	6,230	,014	-1,54	101	,128	-,4838	,31507	-1,11	,14125
	varianzas distintas			-1,55	98,48	,125	-,4838	,31306	-1,10	,13745
TSS	varianzas iguales	2,187	,142	-2,67	101	**,009**	-,1654	,06184	-,288	-,043
	varianzas distintas			-2,64	84,12	,010	-,1654	,06257	-,290	-,041
TCA	varianzas iguales	19,1	,000	-1,12	101	,265	-,0907	,08086	-,251	,06973
	varianzas distintas			-1,11	91,83	,269	-,0907	,08148	-,252	,07115

Valores Sociométricos**: TSP:** Estatus Positivo**, TSN:** Estatus Negativo**, TEP:** Expansividad Positiva**, TEN:** Expansividad Negativa**, TIP:** Impresión Positiva, **TIN:** Impresión Negativa.

Indices Sociométricos Individuales**: TSS:** Estatus sociométrico **y TCA:** Conexión Afectiva.

Tabla 16. Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo 2

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TPOP	1,00	50	,0492	,06184	,00875
	2,00	53	,1272	,08186	,01124
TEXPP	1,00	50	,1296	,02941	,00416
	2,00	53	,1125	,03642	,00500
TAPP	1,00	50	,8192	,33187	,04693
	2,00	53	,6328	,32579	,04475
TRPP	1,00	50	,2662	,30910	,04371
	2,00	53	,7296	,33976	,04667
TANT	1,00	50	,1022	,15630	,02210
	2,00	53	,0755	,08545	,01174
TESXPN	1,00	50	,1172	,02603	,00368
	2,00	53	,1004	,04332	,00595
TAPN	1,00	50	,5246	,47554	,06725
	2,00	53	,3908	,44708	,06141
TRPN	1,00	50	,3664	,41679	,05894
	2,00	53	,4243	,46043	,06325

Indices Sociométricos Individuales: TPOP: **Popularidad,** TEXPP: **Expansividad Positiva,** TAPP: **Atención y Percepción Positiva,** TRPP: **Realismo Perceptivo Positivo,** TANT: **Antipatía,** TEXPN: **Expansividad Negativa,** TAPN: **Atención y Percepción Negativa,** TRPN: **Realismo Perceptivo Negativo.**

A las variables de los índices sociométricos individuales del Sociograma en Situaciones de Trabajo 2 les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 17 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* TPOP t_{101} = - 6,43, p = ,000
* TEXPP t_{101} = 2,619, p = ,010
* TAPP t_{101} = 2,875, p = ,005
* TRPP t_{101} = -7,23, p = ,000
* TESXPN t_{101} = 2,404, p = ,018

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* TANT t_{101} = 1,068, p = ,289
* TAPN t_{101} = 1,472, p = ,144
* TRPN t_{101} = - ,668, p = ,506

La comparación estadística (Tabla 17) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Sociograma en Situaciones de Trabajo 2**, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refieren a aspectos relacionados con la **Popularidad** (TPOP) siendo mayor la media de la muestra de los alumnos oyentes que la de los sordos, **Expansividad Positiva** (TEXPP) siendo mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes, **Atención y Percepción Positiva** (TAPP) siendo mayor la media de los alumnos sordos, **Realismo Perceptivo Positivo** (TRPP) siendo mayor la media de los alumnos oyentes, **Expansividad Negativa** (TESXPN) siendo mayor la media de los alumnos sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos **Antipatía** (TANT), **Atención y Percepción Negativa** (TAPN), y **Realismo Perceptivo Negativo** (TRPN) las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 17. Prueba T para la Igualdad de Medias del Sociograma en Situaciones de Trabajo2

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
TPOP	varianzas iguales	2,623	,108	-5,43	101	,000	-,0780	,01436	-,106	-,049
	varianzas distintas			-5,47	96,473	,000	-,0780	,01424	-,106	-,050
TEXPP	varianzas iguales	2,858	,094	2,619	101	,010	,0171	,00655	,00416	,0301
	varianzas distintas			2,635	98,693	,010	,0171	,00651	,00424	,0301
TAPP	varianzas iguales	,106	,745	2,875	101	,005	,1864	,06481	,05780	,3149
	varianzas distintas			2,874	100,4	,005	,1864	,06485	,05772	,3150
TRPP	varianzas iguales	,304	,583	-7,23	101	,000	-,4634	,06412	-,591	-,336
	varianzas distintas			-7,25	100,9	,000	-,4634	,06394	-,590	-,337
TANT	varianzas iguales	4,161	,044	1,085	101	,280	,0267	,02463	-,022	,0756
	varianzas distintas			1,068	74,917	,289	,0267	,02503	-,023	,0766
TESXPN	varianzas iguales	14,1	,000	2,371	101	,020	,0168	,00709	,00275	,0309
	varianzas distintas			2,404	86,048	,018	,0168	,00700	,00291	,0307
TAPN	varianzas iguales	2,759	,100	1,472	101	,144	,1338	,09091	-,046	,3142
	varianzas distintas			1,470	99,558	,145	,1338	,09107	-,047	,3145
TRPN	varianzas iguales	3,794	,054	-,668	101	,506	-,0579	,08671	-,230	,1141
	varianzas distintas			-,670	100,8	,504	-,0579	,08645	-,229	,1136

Indices Sociométricos Individuales: TPOP: Popularidad, TEXPP: Expansividad Positiva, TAPP: Atención y Percepción Positiva, TRPP: Realismo Perceptivo Positivo, TANT: Antipatía, TEXPN: Expansividad Negativa, TAPN: Atención y Percepción Negativa, TRPN: Realismo Perceptivo Negativo.

3.2. Sociograma en Relaciones de Amistad.

Este sociograma pretende medir la cantidad y calidad de las relaciones de amistad entre los alumnos sordos y oyentes a través de los valores e índices sociométricos.

Para una buena comprensión de los datos hemos dividido las tablas estadísticas en dos para permitir una mejor visualización, así en la Tabla 18 mostramos los estadísticos del primer grupo de variables, y en la 20 los correspondientes al segundo grupo.

Tabla 18. Medias Sociograma en Relaciones de Amistad 1

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
DSP	1,00	50	,4400	,64397	,09107
	2,00	53	2,7170	1,76915	,24301
DSN	1,00	50	2,4400	2,97033	,42007
	2,00	53	1,5094	1,42266	,19542
DEP	1,00	50	1,8000	1,35526	,19166
	2,00	53	2,9245	1,03495	,14216
DEN	1,00	50	1,9800	1,23701	,17494
	2,00	53	2,0566	1,11657	,15337
DPP	1,00	50	1,1800	1,17265	,16584
	2,00	53	2,3208	1,25228	,17201
DPN	1,00	50	1,0000	1,10657	,15649
	2,00	53	1,3774	1,30423	,17915
DIP	1,00	50	,6600	,93917	,13282
	2,00	53	1,9434	1,04541	,14360
DIN	1,00	50	1,2600	1,92524	,27227
	2,00	53	1,0943	1,00507	,13806
DSS	1,00	50	-,1116	,23108	,03268
	2,00	53	,1072	,21241	,02918

Valores Sociométricos: **DSP:** Estatus Positivo, **DSN:** Estatus Negativo, **DEP:** Expansividad Positiva, **DEN:** Expansividad Negativa, **DPP:** Percepciones Positivas, **DPN:** Percepciones Negativas, **DIP:** Impresión Positiva, **DIN:** Impresión Negativa. Indices Sociométricos Individuales**: DSS: Es**tatus Sociométrico.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que hemos determinado para valorar el **Sociograma en Relaciones de Amistad 1** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que hemos determinado para valorar el **Sociograma en Relaciones de Amistad 1** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

A las variables de los valores e índices sociométricos individuales de la prueba del **Sociograma en Relaciones de Amistad 1** les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 19 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* DSP $t_{101} = -8{,}77$, $p = {,}000$
* DSN $t_{101} = 2{,}009$, $p = {,}048$
* DEP $t_{101} = -4{,}71$, $p = {,}000$
* DPP $t_{101} = -4{,}77$, $p = {,}000$
* DIP $t_{101} = -6{,}54$, $p = {,}000$
* DSS $t_{101} = -5{,}01$, $p = {,}000$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* DEN $t_{101} = -{,}330$, $p = {,}742$
* DPN $t_{101} = -1{,}59$, $p = {,}116$
* DIN $t_{101} = {,}543$, $p = {,}589$

La comparación estadística (Tabla 19) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Sociograma en Relaciones de Amistad 1**, las variables que presentan diferencias

de los alumnos oyentes que la de los sordos**,** y en la variable **Estatus Negativo** (DSN) en la que es mayor la media de los alumnos sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a los aspectos **Expansividad Negativa** (DEN), **Percepción Negativa** (DPN), **Impresión Negativa** (DIN), las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 19.- Prueba T para la Igualdad de Medias del Sociograma en Relaciones de Amistad 1

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
DSP	varianzas iguales	43,9	,000	-8,58	101	,000	-2,2770	,26543	-2,80	-1,75
	varianzas distintas			-8,77	66,25	,000	-2,2770	,25952	-2,80	-1,76
DSN	varianzas iguales	15,0	,000	2,046	101	,043	,9306	,45483	,02830	1,833
	varianzas distintas			2,009	69,44	,048	,9306	,46330	,00642	1,855
DEP	varianzas iguales	33,7	,000	-4,75	101	,000	-1,1245	,23679	-1,59	-,655
	varianzas distintas			-4,71	91,62	,000	-1,1245	,23863	-1,60	-,651
DEN	varianzas iguales	1,996	,161	-,330	101	,742	-,0766	,23196	-,537	,3835
	varianzas distintas			-,329	98,46	,743	-,0766	,23265	-,538	,3851
DPP	varianzas iguales	,143	,706	-4,77	101	,000	-1,1408	,23940	-1,62	-,666
	varianzas distintas			-4,77	101,0	,000	-1,1408	,23894	-1,61	-,667
DPN	varianzas iguales	10,4	,002	-1,58	101	,118	-,3774	,23902	-,852	,0968
	varianzas distintas			-1,59	99,90	,116	-,3774	,23787	-,849	,0946
DIP	varianzas iguales	,065	,800	-6,54	101	,000	-1,2834	,19622	-1,67	-,894
	varianzas distintas			-6,56	100,8	,000	-1,2834	,19561	-1,67	-,895
DIN	varianzas iguales	11,2	,001	,552	101	,582	,1657	,30018	-,430	,7611
	varianzas distintas			,543	72,90	,589	,1657	,30527	-,443	,7741
DSS	varianzas iguales	1,454	,231	-5,01	101	,000	-,2188	,04370	-,305	-,132
	varianzas distintas			-4,99	98,99	,000	-,2188	,04381	-,306	-,132

Valores Sociométricos: DSP: E**status Positivo**, DSN: **Estatus Negativo**, DEP: **Expansividad Positiva**, DEN: E**xpansividad Negativa**, DPP: **Percepciones Positivas**, DPN: **Percepciones Negativas**, DIP: **Impresión Positiva**, DIN: **Impresión Negativa. Indices Sociométricos Individuales**: DSS: E**status Sociométrico**.

Tabla 20. Medias del Sociograma en Relaciones de Amistad 2

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
DCA	1,00	50	,2800	,45356	,06414
	2,00	53	,5332	,33789	,04641
DPOP	1,00	50	,0112	,01814	,00257
	2,00	53	,1119	,07476	,01027
DEXPP	1,00	50	,0870	,06440	,00911
	2,00	53	,1211	,04948	,00680
DAPP	1,00	50	1,0000	,00000	,00000
	2,00	53	,5125	,37157	,05104
DRPP	1,00	50	,5698	,47041	,06653
	2,00	53	,6106	,36559	,05022
DANT	1,00	50	,0886	,10973	,01552
	2,00	53	,0639	,06087	,00836
DEXPN	1,00	50	,0798	,05239	,00741
	2,00	53	,0842	,04757	,00653
DAPN	1,00	50	,5080	,46967	,06642
	2,00	53	,2925	,45132	,06199
DRPN	1,00	50	,5696	,45583	,06446
	2,00	53	,4340	,49066	,06740

Indices Sociométricos Individuales: DCA: C**onexión Afectiva)**, DPOP: **Popularidad**, DEXPP: **Expansividad Positiva**, DAPP: **Atención y Percepción Positiva**, DRPP: **Realismo Perceptivo Positivo**, DANT: **Antipatía,** DEXPN: **Expansividad Negativa,** DAPN: **Atención y Percepción Negativa,** DRPN: **Realismo Perceptivo Negativo**.

A las variables correspondientes a los índices sociométricos individuales de la prueba **Sociograma en Relaciones de Amistad 2** les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 21 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

Tabla 21. Prueba T de Igualdad de las Medias de Sociograma Amistad 2

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
DCA	varianzas iguales	11,4	,001	-3,23	101	,002	-,2532	,07851	-,409	-,097
	varianzas distintas			-3,20	90,39	,002	-,2532	,07917	-,410	-,096
DPOP	varianzas iguales	65,3	,000	-9,27	101	,000	-,1007	,01086	-,122	-,079
	varianzas distintas			-9,51	58,45	,000	-,1007	,01058	-,122	-,080
DEXPP	varianzas iguales	17,5	,000	-3,03	101	,003	-,0341	,01128	-,057	-,012
	varianzas distintas			-3,00	91,91	,003	-,0341	,01136	-,057	-,012
DAPP	varianzas iguales	120	,000	9,276	101	,000	,4875	,05256	,38328	,5918
	varianzas distintas			9,552	52,00	,000	,4875	,05104	,38513	,5900
DRPP	varianzas iguales	18,1	,000	-,493	101	,623	-,0408	,08275	-,205	,1234
	varianzas distintas			-,489	92,46	,626	-,0408	,08335	-,206	,1248
DANT	varianzas iguales	18,7	,000	1,424	101	,158	,0247	,01735	-,010	,0591
	varianzas distintas			1,402	75,58	,165	,0247	,01763	-,010	,0598
DEXPN	varianzas iguales	2,272	,135	-,442	101	,660	-,0044	,00985	-,024	,0152
	varianzas distintas			-,440	98,64	,661	-,0044	,00988	-,024	,0153
DAPN	varianzas iguales	2,660	,106	2,375	101	,019	,2155	,09075	,03552	,3956
	varianzas distintas			2,372	100,0	,020	,2155	,09086	,03529	,3958
DRPN	varianzas iguales	3,466	,066	1,451	101	,150	,1356	,09346	-,050	,3210
	varianzas distintas			1,454	101,0	,149	,1356	,09326	-,049	,3206

Indices Sociométricos Individuales: DCA: **Conexión Afectiva**, DPOP: **Popularidad**, DEXPP: **Expansividad Positiva**, DAPP: **Atención y Percepción Positiva**, DRPP: **Realismo Perceptivo Positivo**, DANT: **Antipatía**, DEXPN: **Expansividad Negativa**, DAPN: **Atención y Percepción Negativa**, DRPN: **Realismo Perceptivo Negativo**.

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* DCA $t_{101} = -3{,}20$, $p = ,002$
* DPOP $t_{101} = -9{,}51$, $p = ,000$
* DEXPP $t_{101} = -3{,}00$, $p = ,003$
* DAPP $t_{101} = 9{,}552$, $p = ,000$
* DAPN $t_{101} = 2{,}375$, $p = ,019$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* DRPP $t_{101} = -,489$, $p = ,626$
* DANT $t_{101} = 1{,}402$, $p = ,165$
* DEXPN $t_{101} = -,442$, $p = ,660$
* DRPN $t_{101} = 1{,}451$, $p = ,150$

La comparación estadística (Tabla 21) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Sociograma en Relaciones de Amistad 2** sobre los índices sociométricos individuales, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refieren a aspectos relacionados con **Conexión Afectiva** (DCA), **Popularidad** (DPOP), **Expansividad Positiva** (DEXPP), siendo mayor en estas variables la media de la muestra de los alumnos oyentes que la de los sordos, y en las variables **Atención y Percepción Positiva** (DAPP), **Atención y Percepción Negativa** (DAPN) mayor la media de los alumnos sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos como **Realismo Perceptivo** (DRPP), **Antipatía** (DANT), **Expansividad Negativa** (DEXPN), y **Realismo Perceptivo Negativo** (DRPN) los resultados no son significativamente distintos en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

3.3. Competencia Social a través del CEICA.

A todas las variables de la prueba CEICA1 les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%. En la tabla 22 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las distintas variables.

Tabla 22. Medias del CEICA1 Resolución de un Conflicto sobre "Cooperación académica".

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CEICA1.1	1,00	50	1,8200	,71969	,10178
	2,00	53	2,0189	,49964	,06863
CEICA1.2	1,00	50	,7200	,45356	,06414
	2,00	53	,8113	,39500	,05426
CEICA1.3	1,00	50	,3200	,47121	,06664
	2,00	53	,3962	,49379	,06783
CEICA1.4	1,00	50	,5800	,49857	,07051
	2,00	53	,8113	,39500	,05426
CEICA1.5	1,00	50	1,6200	,90102	,12742
	2,00	53	2,0189	,69311	,09521
CEICA1.6	1,00	50	1,7000	,73540	,10400
	2,00	53	2,0377	,64933	,08919
CEICA1.7	1,00	50	2,1800	1,10083	,15568
	2,00	53	3,0755	,87374	,12002
CEICA1.8	1,00	50	7,3200	2,87452	,40652
	2,00	53	9,2453	2,06533	,28370

CEICA1.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA1.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA1.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA1.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA1.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA1.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA1.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias** CEICA1.8: **y Puntuación Global**.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que se han determinado para valorar la **Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre "Cooperación académica" (CEICA1),** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

En la Tabla 23 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* CEICA1.4. $t_{101} = -2,60$, $p = .011$
* CEICA1.5. $t_{101} = -2,51$, $p = .014$
* CEICA1.6. $t_{101} = -2,47$, $p = .015$
* CEICA1.7. $t_{101} = -4,59$, $p = .000$
* CEICA1.8. $t_{101} = -3,88$, $p = .000$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* CEICA1.1. $t_{101} = -1,62$, $p = .109$
* CEICA1.2. $t_{101} = -1,09$, $p = .278$
* CEICA1.3. $t_{101} = -,802$, $p = .425$

La comparación estadística (Tabla 23) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **CEICA1** para medir la Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre "Cooperación académica", las variables que se refieren a aspectos relacionados con la **Definición no Hostil del Problema** (CEICA1.4)**, la Puntuación Global de la Definición del Problema** (CEICA1.5)**, la Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos** (CEICA1.6)**, las Consecuencias Sociales de dichas Estrategias** (CEICA1.7) **y la Puntuación Global** (CEICA1.8), presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor, en todas estas variables, la media de los oyentes.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos **de la Orientación Práctica del Problema** (CEICA1.1)**, la Consideración del Carácter Social del Problema** (CEICA1.2) **y la Búsqueda**

de Información (CEICA1.3) sobre la Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre "cooperación académica**"** las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 23. Prueba T para la Igualdad de las Medias del CEICA1.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inferior	Superior
CEICA1.1	varianzas iguales	16,4	,000	-1,64	101	,105	-,1989	,12150	-,43989	,04216
	varianzas distintas			-1,62	86,783	,109	-,1989	,12276	-,44287	,04513
CEICA1.2	varianzas iguales	4,801	,031	-1,09	101	,278	-,0913	,08367	-,25731	,07467
	varianzas distintas			-1,09	97,277	,280	-,0913	,08401	-,25806	,07542
CEICA1.3	varianzas iguales	2,486	,118	-,801	101	,425	-,0762	,09522	-,26511	,11266
	varianzas distintas			-,802	101,0	,425	-,0762	,09509	-,26485	,11240
CEICA1.4	varianzas iguales	24,6	,000	-2,62	101	,010	-,2313	,08837	-,40663	-,05602
	varianzas distintas			-2,60	93,364	**,011**	-,2313	,08897	-,40798	-,05466
CEICA1.5	varianzas iguales	10,5	,002	-2,53	101	,013	-,3989	,15787	-,71203	-,08570
	varianzas distintas			-2,51	91,971	**,014**	-,3989	,15906	-,71478	-,08295
CEICA1.6	varianzas iguales	9,904	,002	-2,47	101	,015	-,3377	,13651	-,60854	-,06693
	varianzas distintas			-2,47	97,755	**,015**	-,3377	,13701	-,60963	-,06584
CEICA1.7	varianzas iguales	2,033	,157	-4,59	101	**,000**	-,8955	,19526	-1,283	-,50812
	varianzas distintas			-4,56	93,448	,000	-,8955	,19657	-1,286	-,50514
CEICA1.8	varianzas iguales	6,584	,012	-3,92	101	,000	-1,9253	,49109	-2,899	-,95109
	varianzas distintas			-3,88	88,557	**,000**	-1,9253	,49572	-2,910	-,94023

CEICA1.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA1.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA1.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA1.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA1.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA1.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA1.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA1.8: **Puntuación Global**.

A todas las variables de la prueba CEICA2 les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%. En la tabla 24 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las distintas variables.

Tabla 24. Medias del CEICA2 Resolución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás".

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CEICA2.1	1,00	50	1,8400	,50950	,07205
	2,00	53	2,0377	,47887	,06578
CEICA2.2	1,00	50	,7600	,43142	,06101
	2,00	53	,8491	,36142	,04964
CEICA2.3	1,00	50	,1000	,30305	,04286
	2,00	53	,3208	,47123	,06473
CEICA2.4	1,00	50	,8400	,37033	,05237
	2,00	53	,6981	,46347	,06366
CEICA2.5	1,00	50	1,7000	,70711	,10000
	2,00	53	1,8679	,68043	,09346
CEICA2.6	1,00	50	1,7800	,67883	,09600
	2,00	53	2,1698	,61193	,08405
CEICA2.7	1,00	50	2,2000	,75593	,10690
	2,00	53	2,9245	,97762	,13429
CEICA2.8	1,00	50	7,5200	2,13082	,30134
	2,00	53	9,0000	2,11224	,29014

CEICA2.1: Orientación Práctica del Problema, CEICA2.2 Consideración del Carácter Social del Problema, CEICA2.3: Búsqueda de Información del Problema, CEICA2.4: Definición no Hostil del Problema, CEICA2.5: Puntuación Global de la Definición del Problema, CEICA2.6: Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos, CEICA2.7: Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y CEICA2.8: Puntuación Global.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que hemos determinado para valorar la **Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás"**, utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

En la Tabla 25 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* CEICA2.1. $t_{101} = -2,03$, $p = .045$
* CEICA2.3. $t_{101} = -2,84$, $p = .006$
* CEICA2.6. $t_{101} = -3,06$, $p = .003$
* CEICA2.7. $t_{101} = -4,19$, $p = .000$
* CEICA2.8. $t_{101} = -3,54$, $p = .001$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (superiores a 0, 05):

* CEICA2.2. $t_{101} = -1,13$, $p = .260$
* CEICA2.4. $t_{101} = -1,721$, $p = .088$
* CEICA2.5. $t_{101} = -1,23$, $p = .222$

La comparación estadística (Tabla 25) nos muestra que las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **CEICA 2** que mide la **Competencia Social en la Solución de un Conflicto** sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás", las variables que se refieren a aspectos relacionados con **la Orientación Práctica del Problema** (CEICA2.1)**, la Búsqueda de la Información** (CEICA2.3)**, la Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por el Alumno** (CEICA2.6)**, las Consecuencias Sociales de dichas Estrategias** (CEICA2.7) **y la Puntuación Global** (CEICA2.8) presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor la media en todas estas variables en los alumnos oyentes que en la de los sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos como **la Consideración del Carácter Social del Problema** (CEICA2.2)**, la Definición no Hostil del Problema** (CEICA2.4) **y la Puntuación**

Global de la Definición del Problema (CEICA2.5), las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 25. Prueba T para la Igualdad de Medias del CEICA2

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Infer.	Sup.
CEICA2.1	varianzas iguales	2,406	,124	-2,03	101	**,045**	-,1977	,09739	-,391	-,005
	varianzas distintas			-2,03	99,55	,045	-,1977	,09756	-,391	-,004
CEICA2.2	varianzas iguales	5,294	,023	-1,14	101	,258	-,0891	,07825	-,244	,0662
	varianzas distintas			-1,13	95,79	,260	-,0891	,07866	-,245	,0671
CEICA2.3	varianzas iguales	38,9	,000	-2,81	101	,006	-,2208	,07858	-,377	-,065
	varianzas distintas			-2,84	89,36	**,006**	-,2208	,07763	-,375	-,067
CEICA2.4	varianzas iguales	12,5	,001	1,710	101	,090	,1419	,08297	-,023	,3065
	varianzas distintas			1,721	98,38	,088	,1419	,08244	-,022	,3055
CEICA2.5	varianzas iguales	,019	,891	-1,23	101	,222	-,1679	,13672	-,439	,1033
	varianzas distintas			-1,23	100,1	,223	-,1679	,13688	-,439	,1036
CEICA2.6	varianzas iguales	1,498	,224	-3,06	101	**,003**	-,3898	,12721	-,642	-,137
	varianzas distintas			-3,05	98,42	,003	-,3898	,12760	-,643	-,137
CEICA2.7	varianzas iguales	2,170	,144	-4,19	101	**,000**	-,7245	,17292	-1,07	-,382
	varianzas distintas			-4,22	97,32	,000	-,7245	,17164	-1,07	-,384
CEICA2.8	varianzas iguales	,001	,980	-3,54	101	**,001**	-1,4800	,41821	-2,31	-,650
	varianzas distintas			-3,54	100,5	,001	-1,4800	,41832	-2,31	-,650

CEICA2.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA2.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA2.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA2.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA2.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA2.6 **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA2.7 **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA2.8: **Puntuación Global**.

A todas las variables de la prueba CEICA3 les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%. En la tabla 26 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las distintas variables.

Tabla 26. Medias del CEICA3 Resolución de un Conflicto sobre "la Utilización de los propios materiales".

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CEICA3.1	1,00	50	1,9400	,61974	,08764
	2,00	53	2,2075	,63119	,08670
CEICA3.2	1,00	50	,4000	,49487	,06999
	2,00	53	,7547	,43437	,05967
CEICA3.3	1,00	50	,3400	,47852	,06767
	2,00	53	,3019	,46347	,06366
CEICA3.4	1,00	50	,4200	,49857	,07051
	2,00	53	,4906	,50469	,06933
CEICA3.5	1,00	50	1,1600	,86567	,12242
	2,00	53	1,5472	,84503	,11607
CEICA3.6	1,00	50	1,8600	,57179	,08086
	2,00	53	2,2642	,59326	,08149
CEICA3.7	1,00	50	2,5200	1,03490	,14636
	2,00	53	2,7736	1,04957	,14417
CEICA3.8	1,00	50	7,4800	2,50909	,35484
	2,00	53	8,7925	2,58961	,35571

CEICA3.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA3.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA3.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA3.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA3.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA3.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA3.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA3.8: **Puntuación Global**.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que hemos determinado para valorar la **Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre "la Utilización de los propios materiales"**, utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes**.**

En la Tabla 27 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias en la Competencia Social para la Solución de un Conflicto sobre la "Utilización de los propios materiales"; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* CEICA3.1. $t_{101} = -2,17$, $p = .032$
* CEICA3.2. $t_{101} = -3,86$, $p = .000$
* CEICA3.5. $t_{101} = -2,30$, $p = .024$
* CEICA3.6. $t_{101} = -3,52$, $p = .001$
* CEICA3.8 $t_{101} = -2,61$, $p = .010$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (superiores a 0, 05):

* CEICA3.3. $t_{101} = - .411$, $p = .682$
* CEICA3.4. $t_{101} = - .713$, $p = .477$
* CEICA3.7. $t_{101} = - 1,23$, $p = .220$

La comparación estadística (Tabla 27) nos muestra que de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **CEICA3 sobre la Competencia Social en la Solución de un Conflicto** sobre la "Utilización de los propios materiales", las variables que se refieren a aspectos relacionados con **la Orientación Práctica del Problema** (CEICA3.1)**, la Consideración del Carácter Social del Problema**

(CEICA3.2)**, la Puntuación Global de la Definición del Problema** (CEICA3.5)**, la Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos** (CEICA3.6) **y la Puntuación Global** (CEICA3.8) sobre la **Competencia Social en la Solución de un Conflicto** sobre la "Utilización de los propios materiales", presentan diferencias significativas en las medias entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor en la muestra la media de los alumnos oyentes que la de los sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos como la **Búsqueda de Información sobre el Problema** (CEICA3.3)**, la Definición no Hostil del Problema** (CEICA3.4) **y las Consecuencias Sociales de dichas Estrategias** (CEICA3.7), las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 27. Prueba T para la Igualdad de las Medias para el CEICA3

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
CEICA3.1	varianzas iguales	1,350	,248	-2,17	101	**,032**	-,2675	,12335	-,512	-,023
	varianzas distintas			-2,17	100,8	,032	-,2675	,12328	-,512	-,023
CEICA3.2	varianzas iguales	10,3	,002	-3,87	101	,000	-,3547	,09162	-,536	-,173
	varianzas distintas			-3,86	97,553	**,000**	-,3547	,09197	-,537	-,172
CEICA3.3	varianzas iguales	,667	,416	,411	101	,682	,0381	,09282	-,146	,22225
	varianzas distintas			,410	100,2	,683	,0381	,09291	-,146	,22244
CEICA3.4	varianzas iguales	1,308	,255	-,713	101	,477	-,0706	,09892	-,267	,12566
	varianzas distintas			-,714	100,8	,477	-,0706	,09888	-,267	,12559
CEICA3.5	varianzas iguales	,797	,374	-2,30	101	**,024**	-,3872	,16858	-,722	-,053
	varianzas distintas			-2,29	100,3	,024	-,3872	,16870	-,722	-,052
CEICA3.6	varianzas iguales	1,567	,214	-3,52	101	**,001**	-,4042	,11493	-,632	-,176
	varianzas distintas			-3,52	101,0	,001	-,4042	,11480	-,632	-,176
CEICA3.7	varianzas iguales	,164	,687	-1,23	101	,220	-,2536	,20552	-,661	,15412
	varianzas distintas			-1,23	100,8	,220	-,2536	,20544	-,661	,15396
CEICA3.8	varianzas iguales	,257	,613	-2,61	101	**,010**	-1,3125	,50290	-2,31	-,315
	varianzas distintas			-2,61	100,9	,010	-1,3125	,50243	-2,31	-,316

CEICA3.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA3.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA3.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA3.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA3.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA3.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA3.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA3.8: **Puntuación Global**.

Tabla 28. Medias del CEICA4 Resolución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio".

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CEICA4.1	1,00	50	1,8600	,60643	,08576
	2,00	53	2,3962	,53131	,07298
CEICA4.2	1,00	50	,5600	,50143	,07091
	2,00	53	,8491	,36142	,04964
CEICA4.3	1,00	50	,2200	,41845	,05918
	2,00	53	,2830	,45478	,06247
CEICA4.4	1,00	50	,5800	,49857	,07051
	2,00	53	,7170	,45478	,06247
CEICA4.5	1,00	50	1,3600	,92051	,13018
	2,00	53	1,8491	,81798	,11236
CEICA4.6	1,00	50	1,8200	,52255	,07390
	2,00	53	2,3774	,56249	,07726
CEICA4.7	1,00	50	2,4400	1,12776	,15949
	2,00	53	3,2642	1,38884	,19077
CEICA4.8	1,00	50	7,4800	2,59702	,36727
	2,00	53	9,8868	2,78499	,38255

CEICA4.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA4.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA4.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA4.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA4.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA4.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA4.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA4.8: **Puntuación Global**.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que hemos determinado para valorar la **Competencia Social en la Resolución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio",** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes, y se obtuvieron los siguientes resultados que muestran la diferencia entre los dos grupos (Tabla 29).

A todas las variables de la prueba CEICA4 les aplicamos el estudio estadístico de significatividad de las diferencias para ver si éstas lo son realmente, con un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 29 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias en la **Competencia Social para la Solución de un Conflicto sobre la "Organización del ocio**"; se han subrayado los que

corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* CEICA4.1. $t_{101} = -4,78$, $p = .000$
* CEICA4.2. $t_{101} = -3,34$, $p = .001$
* CEICA4.5. $t_{101} = -2,85$, $p = .005$
* CEICA4.6. $t_{101} = -5,21$, $p = .000$
* CEICA4.7. $t_{101} = -3,31$, $p = .001$
* CEICA4.8. $t_{101} = -4,53$, $p = .000$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (superiores a 0, 05):

* CEICA4.3. $t_{101} = -,731$, $p = .467$
* CEICA4.4. $t_{101} = -1,45$, $p = .149$

La comparación estadística (Tabla 29) nos muestra que las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **CEICA4**, las variables que se refieren a aspectos relacionados con **la Orientación Práctica del Problema** (CEICA4.1)**, la Consideración del Carácter Social del Problema** (CEICA4.2)**, la Puntuación Global de la Definición del Problema** (CEICA4.5)**, la Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos** (CEICA4.6)**, las Consecuencias Sociales de dichas Estrategias** (CEICA5.7) **y la Puntuación Global** (CEICA4.8) presentan diferencias significativas en las medias entre el grupo de oyentes y el de hipoacúsicos-sordos, siendo en todas estas variables mayor la media en la muestra de los alumnos oyentes que en la de los sordos.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos como **la Búsqueda de Información en la Definición del Problema** (CEICA4.3) **y la Definición no Hostil del Problema** (CEICA4.4), las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %

Tabla 29. Prueba T de igualdad de las Medias del CEICA4.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la difer.	Infer.	Sup.
CEICA4.1	varianzas iguales	,809	,371	-4,78	101	,000	-,5362	,11218	-,7588	-,31370
	varianzas distintas			-4,76	97,49	,000	-,5362	,11261	-,7597	-,31274
CEICA4.2	varianzas iguales	41,7	,000	-3,37	101	,001	-,2891	,08576	-,4592	-,11893
	varianzas distintas			-3,34	88,72	,001	-,2891	,08656	-,4611	-,11705
CEICA4.3	varianzas iguales	2,162	,145	-,731	101	,467	-,0630	,08626	-,2341	,10810
	varianzas distintas			-,732	100,9	,466	-,0630	,08605	-,2337	,10768
CEICA4.4	varianzas iguales	7,360	,008	-1,46	101	,148	-,1370	,09395	-,3233	,04938
	varianzas distintas			-1,45	98,77	,149	-,1370	,09420	-,3239	,04994
CEICA4.5	varianzas iguales	2,823	,096	-2,85	101	,005	-,4891	,17137	-,8290	-,14911
	varianzas distintas			-2,84	97,97	,005	-,4891	,17196	-,8303	-,14780
CEICA4.6	varianzas iguales	4,985	,028	-5,20	101	,000	-,5574	,10715	-,7699	-,34481
	varianzas distintas			-5,21	101,0	,000	-,5574	,10692	-,7695	-,34527
CEICA4.7	varianzas iguales	11,5	,001	-3,29	101	,001	-,8242	,25016	-1,320	-,32789
	varianzas distintas			-3,31	98,85	,001	-,8242	,24866	-1,318	-,33075
CEICA4.8	varianzas iguales	2,609	,109	-4,53	101	,000	-2,4068	,53140	-3,461	-1,353
	varianzas distintas			-4,54	101,0	,000	-2,4068	,53031	-3,459	-1,355

CEICA4.1: **Orientación Práctica del Problema**, CEICA4.2: **Consideración del Carácter Social del Problema,** CEICA4.3: **Búsqueda de Información del Problema**, CEICA4.4: **Definición no Hostil del Problema,** CEICA4.5: **Puntuación Global de la Definición del Problema,** CEICA4.6: **Anticipación de las Consecuencias Sociales Propuestas por los Alumnos,** CEICA4.7: **Consecuencias Sociales de dichas Estrategias y** CEICA4.8: **Puntuación Global**.

4. Actitudes hacia la Discapacidad y la Integración.

4.1. Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial.

En esta escala la variable estudiada es la actitud hacia los sordos o hipoacúsicos. En la tabla 30 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a la variable en estudio.

Tabla 30. Media de la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ACTITUD	1,00	50	110,8200	17,56236	2,48369
	2,00	53	97,2264	12,68045	1,74179

ACTITUD: Actitud hacia las Personas con Discapacidad Sensorial

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en la variable que se ha determinado para valorar las **Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial**, utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes.

En la Tabla 31 se ofrece el índice de significatividad de las diferencias; se ha subrayado el índice correspondiente a la variable cuya diferencia es significativa y no puede, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

Encontramos diferencias significativas en la variable estudiada:

* ACTITUD $t_{101} = 4{,}481$, $p = .000$

Tabla 31. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la difer.	Inferior	Superior
ACTITUD	varianzas iguales	7,019	,009	4,523	101	,000	13,5936	3,006	7,63124	19,55593
	varianzas disintas			4,481	88,808	**,000**	13,5936	3,034	7,56576	19,62141

ACTITUD: Actitud hacia las Personas con Discapacidad Sensorial

La comparación estadística (Tabla 31) nos muestra que, de la puntuación tomada respecto de la prueba Escala Específica de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad Sensorial (APD-DS), la variable, que se refiere a aspectos relacionados con la actitud hacia las personas con discapacidad sensorial presenta diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo la media de los sordos superior a la de los oyentes. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

4.2. Actitudes hacia la Discapacidad e Integración.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las variables que se han determinado para valorar las Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración, medidas a través de la Entrevista Semiestructurada (EADI), utilizamos la prueba

T de diferencia de medias para muestras independientes. En la tabla 32 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las variables en estudio.

Tabla 32. Medias de la Entrevista Semiestructurada EADI

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EADI1	1,00	50	2,5600	,90711	,12829
	2,00	53	3,0000	1,03775	,14255
EADI2	1,00	50	3,1600	,95533	,13510
	2,00	53	3,8113	,98169	,13485
EADI3	1,00	50	2,8400	1,11319	,15743
	2,00	53	3,1132	1,08593	,14916
EADI4	1,00	50	3,3200	,95704	,13535
	2,00	53	2,8868	,93357	,12824
EADI5	1,00	50	3,4600	,95212	,13465
	2,00	53	3,7736	1,26554	,17384
EADI6	1,00	50	3,2400	,87037	,12309
	2,00	53	2,7547	,95888	,13171
EADI7	1,00	50	4,0400	,94675	,13389
	2,00	53	3,4906	1,15397	,15851
EADI8	1,00	50	3,4200	,81039	,11461
	2,00	53	2,9434	1,09921	,15099

EADI1: **Concepto de Discapacidad**, EADI2: **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo**, EADI3: **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Afectivo o Evaluativo**, EADI4: **Actitud y Percepción de los Compañeros**, EADI5: **Actitud hacia la Integración**, EADI6: **Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo**, EADI7: **Percepción de la Actitud del Profesor hacia la Integración**, y EADI8: **Percepción de la Actitud de los Padres hacia la Integración**.

En la Tabla 33 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias para valorar las **Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración**, se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* EADI1 $t_{101} = -2,29$, $p = .024$
* EADI2 $t_{101} = -3,41$, $p = .001$
* EADI4 $t_{101} = 2,325$, $p = .022$
* EADI6 $t_{101} = 2,684$, $p = .008$
* EADI7 $t_{101} = 2,648$, $p = .009$
* EADI8 $t_{101} = 2,514$, $p = .014$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* EADI3 $t_{101} = 1,26$, $p = .210$
* EADI5 $t_{101} = -1,43$, $p = .157$

La comparación estadística (Tabla 33) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Entrevista Semiestructurada (EADI)**, **Actitudes hacia la Discapacidad y hacia la Integración**, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refieren a aspectos relacionados con **Concepto de Discapacidad** (EADI1), **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo** (EADI2)**,** siendo mayor la media en los alumnos oyentes en estas dos variables; mientras que se presentan diferencias significativas en las variables: **Actitud y Percepción de los Compañeros** (EADI4), **Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo** (EADI6)**, Percepción de los Alumnos sobre la Actitud del Profesor hacia la Integración** (EADI7)**, Percepción de los Alumnos sobre la Actitud de los Padres hacia la Integración** (EADI8)**,** siendo en todas estas variables, mayor la media de los alumnos sordos que la de los oyentes. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

En las variables que se refieren a aspectos relacionados con: **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Afectivo o Evaluativo** (EADI3)**, y Actitud hacia la Integración** (EADI5)**,** las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 33. Prueba T para la Igualdad de Medias del EADI

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bit.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
EADI1	varianzas iguales	1,175	,281	-2,29	101	**,024**	-,4400	,19253	-,822	-,058
	varianzas distintas			-2,29	100,4	,024	-,4400	,19177	-,820	-,060
EADI2	varianzas iguales	,021	,886	-3,41	101	**,001**	-,6513	,19104	-1,03	-,272
	varianzas distintas			-3,41	100,9	,001	-,6513	,19088	-1,03	-,273
EADI3	varianzas iguales	,661	,418	-1,26	101	,210	-,2732	,21671	-,703	,1567
	varianzas distintas			-1,26	100,3	,211	-,2732	,21687	-,703	,1570
EADI4	varianzas iguales	,042	,839	2,325	101	**,022**	,4332	,18631	,0636	,8028
	varianzas distintas			2,323	100,3	,022	,4332	,18645	,0633	,8031
EADI5	varianzas iguales	5,719	,019	-1,41	101	,160	-,3136	,22168	-,753	,1262
	varianzas distintas			-1,43	96,32	,157	-,3136	,21989	-,750	,1229
EADI6	varianzas iguales	,905	,344	2,684	101	**,008**	,4853	,18079	,1266	,8439
	varianzas distintas			2,692	100,9	,008	,4853	,18028	,1277	,8429
EADI7	varianzas iguales	4,345	,040	2,633	101	,010	,5494	,20869	,1355	,9634
	varianzas distintas			2,648	99,12	**,009**	,5494	,20749	,1377	,9611
EADI8	varianzas iguales	4,932	,029	2,493	101	,014	,4766	,19121	,0973	,8559
	varianzas distintas			2,514	95,53	**,014**	,4766	,18956	,1003	,8529

EADI1: **Concepto de Discapacidad**, EADI2: **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo**, EADI3: **Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Afectivo o Evaluativo**, EADI4: **Actitud y Percepción de los Compañeros**, EADI5: **Actitud hacia la Integración**,

EADI6: **Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo**, EADI7: **Percepción de la Actitud del Profesor hacia la Integración**, y EADI8: **Percepción de la Actitud de los Padres hacia la Integración**.

5. Soledad-Aislamiento.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las variables que se han determinado para valorar **la Soledad y el aislamiento** utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes. En la tabla 34 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las variables en estudio.

Tabla 34. Medias de la Escala Soledad UCLA Revisada

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
AISLATOT	1,00	50	40,4800	10,82371	1,53070
	2,00	53	34,1132	9,78747	1,34441
SITUAR1	1,00	50	6,2600	2,08796	,29528
	2,00	53	7,0377	1,59280	,21879
SITUAR2	1,00	50	5,8200	2,65491	,37546
	2,00	53	6,8113	2,17553	,29883
SITUAR3	1,00	50	6,4000	1,66599	,23561
	2,00	53	7,5094	1,39536	,19167

AISLATOT: Soledad General, SITUAR1: **Cantidad de Contacto** mantenido tanto en el medio familiar como de amistad, SITUAR2: S**entimiento de Soledad respecto de esas relaciones** y SITUAR3 **Satisfacción** en esas Relaciones.

En la Tabla 35 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias para valorar la **Soledad-Aislamiento**, se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* AISLATOT $t_{101} = 3{,}134$, $p = .002$

* SITUAR1 $t_{101} = -2{,}116$, $p = .037$

* SITUAR2 $t_{101} = -2{,}066,\ p = .042$

* SITUAR3 $t_{101} = -3{,}653,\ p = .000$

La comparación estadística (Tabla 35) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Escala de Soledad UCLA Revisada**, la variable presenta diferencia significativa entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refiere a aspectos relacionados con **Soledad en General** (AISLATOT), siendo mayor la media de los alumnos sordos que en la de los oyentes**;** con las variables **Cantidad de Contacto** (SITUAR1) mantenido tanto en el medio familiar como de amistad; **Sentimiento de Soledad** respecto de esas relaciones familiares o de amigos (SITUAR2); y con la **Satisfacción** en esas relaciones (SITUAR3), también se presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes siendo mayor la media, en estas tres últimas variables, en los alumnos oyentes. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 35. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala Soledad UCLA Revisada

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. dif.	Inferior	Superior
AISLATOT	varianzas iguales	1,287	,259	3,134	101	**,002**	6,3668	2,031	2,33729	10,39630
	varianzas distintas			3,125	98,515	,002	6,3668	2,037	2,32415	10,40944
SITUAR1	varianzas iguales	7,442	,008	-2,133	101	,035	-,7777	,36466	-1,501	-,05435
	varianzas distintas			-2,116	91,565	**,037**	-,7777	,36751	-1,508	-,04779
SITUAR2	varianzas iguales	4,990	,028	-2,078	101	,040	-,9913	,47710	-1,938	-,04488
	varianzas distintas			-2,066	94,870	**,042**	-,9913	,47987	-1,944	-,03865
SITUAR3	varianzas iguales	6,646	,011	-3,672	101	,000	-1,109	,30216	-1,709	-,51003
	varianzas distintas			-3,653	95,785	**,000**	-1,109	,30372	-1,712	-,50654

AISLATOT: Soledad General, SITUAR1: **Cantidad de Contacto** mantenido tanto en el medio familiar como de amistad, SITUAR2: S**entimiento de Soledad respecto de esas relaciones** y SITUAR3: **Satisfacción** en esas Relaciones.

6. Afrontamiento.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que se han determinado para valorar el **Afrontamiento para Adolescentes** (en sus 18 variables) utilizamos la prueba T de diferencias de medias para muestras independientes.

Para una buena comprensión de los datos hemos dividido las tablas estadísticas en dos para permitir una mejor visualización. Así en las tablas 36 y 38 mostramos los estadísticos de grupo para cada una de las variables en estudio.

Tabla 36. Medias de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes 1

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ACSAS	1,00	50	16,2800	3,38086	,47813
	2,00	53	15,1321	5,05370	,69418
ACSRP	1,00	50	14,7800	4,18593	,59198
	2,00	53	16,9245	4,08962	,56175
ACSES	1,00	50	16,8800	3,77229	,53348
	2,00	53	18,2830	3,35913	,46141
ACSPR	1,00	50	14,2200	3,37633	,47748
	2,00	53	17,8302	4,39290	,60341
ACSAI	1,00	50	16,2200	3,12521	,44197
	2,00	53	17,3962	3,79443	,52120
ACSPE	1,00	50	15,5000	2,33212	,32981
	2,00	53	17,2830	3,42714	,47075
ACSHI	1,00	50	13,6200	3,53923	,50052
	2,00	53	14,7358	3,96208	,54423
ACSNA	1,00	50	11,0200	2,46187	,34816
	2,00	53	10,4906	2,72892	,37485
ACSRT	1,00	50	9,1400	1,76138	,24910
	2,00	53	8,9623	2,29516	,31527

Escala de Afrontamiento para Adolescentes: ACSAS: **Buscar Apoyo Social,** ACSRP: **Concentrarse en Resolver el Problema,** ACSES: **Esforzarse y Tener Éxito,** ACSPR: **Preocuparse,** ACSAI: **Invertir en Amigos Íntimos,** ACSPE: **Buscar Pertenencia,** ACSHI: **Hacerse Ilusiones,** ACSNA: **La Estrategia de Falta de Afrontamiento,** ACSRT: **Reducción de la Tensión.**

En la Tabla 37 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a las variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* ACSRP $t_{101} = -2,63$, $p = .010$
* ACSES $t_{101} = -2,00$, $p = .049$
* ACSPR $t_{101} = -4,69$, $p = .000$
* ACSPE $t_{101} = -3,10$, $p = .003$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0, 05):

* ACSAS $t_{101} = 1,362$, $p = .177$
* ACSAI $t_{101} = -1,71$, $p = .090$
* ACSHI $t_{101} = -1,50$, $p = .136$
* ACSNA $t_{101} = 1,032$, $p = .305$
* ACSRT $t_{101} = ,442$, $p = .659$

La comparación estadística (Tabla 37) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Escala de Afrontamiento para Adolescentes**, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refieren a aspectos relacionados con **Concentrarse en Resolver el Problema** (ACSRP)**, Esforzarse y Tener Éxito** (ACSES)**, Preocuparse** (ACSPR)**, y Buscar Pertenencia** (ACSPE) siendo mayor la media en los alumnos oyentes en todas estas variables.

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos relacionados con: Buscar Apoyo Social (ACSAS), Invertir en Amigos Íntimos (ACSAI), Hacerse Ilusiones (ACSHI), La Estrategia de Falta de

Afrontamiento (ACSNA), y Reducción de la Tensión (ACSRT), las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 37. Prueba T para la Igualdad de Medias de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes 1

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
ACSAS	varianzas iguales	6,602	,012	1,347	101	,181	1,1479	,85242	-,5430	2,8389
	varianzas distintas			1,362	91,25	,177	1,1479	,84291	-,5263	2,8222
ACSRP	varianzas iguales	,182	,671	-2,63	101	,010	-2,1445	,81553	-3,762	-,52673
	varianzas distintas			-2,63	100,3	,010	-2,1445	,81609	-3,764	-,52549
ACSES	varianzas iguales	,011	,916	-2,00	101	,049	-1,4030	,70295	-2,797	-,00856
	varianzas distintas			-1,99	98,04	,049	-1,4030	,70534	-2,803	-,00330
ACSPR	varianzas iguales	10,1	,002	-4,66	101	,000	-3,6102	,77532	-5,148	-2,072
	varianzas distintas			-4,69	97,11	,000	-3,6102	,76948	-5,137	-2,083
ACSAI	varianzas iguales	2,493	,117	-1,71	101	,090	-1,1762	,68723	-2,540	,18706
	varianzas distintas			-1,72	99,22	,088	-1,1762	,68337	-2,532	,17969
ACSPE	varianzas iguales	7,802	,006	-3,07	101	,003	-1,7830	,58103	-2,936	-,63041
	varianzas distintas			-3,10	92,04	,003	-1,7830	,57479	-2,925	-,64144
ACSHI	varianzas iguales	,679	,412	-1,50	101	,136	-1,1158	,74185	-2,587	,35578
	varianzas distintas			-1,51	100,7	,134	-1,1158	,73940	-2,583	,35097
ACSNA	varianzas iguales	2,438	,122	1,032	101	,305	,5294	,51314	-,4885	1,5474
	varianzas distintas			1,035	100,8	,303	,5294	,51159	-,4855	1,5443
ACSRT	varianzas iguales	4,167	,044	,439	101	,662	,1777	,40487	-,6254	,98088
	varianzas distintas			,442	97,05	,659	,1777	,40180	-,6197	,97519

Escala de Afrontamiento para Adolescentes: ACSAS: Buscar Apoyo Social, ACSRP: Concentrarse en Resolver el Problema, ACSES: Esforzarse y Tener Éxito, ACSPR: Preocuparse, ACSAI: Invertir en Amigos Íntimos, ACSPE: Buscar Pertenencia, ACSHI: Hacerse Ilusiones, ACSNA: La Estrategia de Falta de Afrontamiento, ACSRT: Reducción de la Tensión.

Tabla 38. Medias de la Escala Afrontamiento para Adolescentes 2

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ACSSO	1,00	50	9,5200	4,29637	,60760
	2,00	53	7,3585	2,95540	,40596
ACSIP	1,00	50	8,4000	2,16654	,30639
	2,00	53	8,8679	3,75212	,51539
ACSCU	1,00	50	8,5400	2,22426	,31456
	2,00	53	9,9057	3,21812	,44204
ACSRE	1,00	50	9,8600	2,90678	,41108
	2,00	53	10,0566	3,55947	,48893
ACSAE	1,00	50	9,2200	2,15037	,30411
	2,00	53	8,5472	2,68590	,36894
ACSPO	1,00	50	13,7800	2,67483	,37828
	2,00	53	13,5094	3,41165	,46863
ACSAP	1,00	50	13,8400	4,73959	,67028
	2,00	53	10,6415	4,37253	,60061
ACSDR	1,00	50	9,7600	3,29848	,46648
	2,00	53	10,6604	2,89524	,39769
ACSFI	1,00	50	10,1000	4,11195	,58152
	2,00	53	9,7925	3,00230	,41240

Escala de Afrontamiento para Adolescentes: ACSSO: Acción Social, ACSIP: Ignorar el Problema, ACSCU: Autoinculparse, ACSRE: Reservarlo para Sí, ACSAE: Buscar Apoyo Espiritual, ACSPO: Fijarse en lo Positivo, ACSAP: Buscar Ayuda Profesional, ACSDR: Buscar Diversiones Relajantes, ACSFI: Distracción Física.

En la Tabla 39 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* ACSSO $t_{101} = 2,958$, $p = .004$
* ACSCU $t_{101} = -2,52$, $p = .014$
* ACSAP $t_{101} = 3,562$, $p = .001$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las medias de los grupos en las siguientes variables (índices superiores a 0,05):

* ACSIP $t_{101} = -,780$, $p = .437$
* ACSRE $t_{101} = -,306$, $p = .760$
* ACSAE $t_{101} = 1,398$, $p = .165$
* ACSPO $t_{101} = ,446$, $p = .656$
* ACSDR $t_{101} = -1,47$, $p = .143$
* ACSFI $t_{101} = ,431$, $p = .667$

La comparación estadística (Tabla 39) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba **Escala de Afrontamiento para Adolescentes**, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, se refieren a aspectos relacionados con **Acción Social** (ACSSO) **y Buscar Ayuda Profesional** (ACSAP), siendo mayor la media de los sordos**;** mientras que la diferencia significativa en la variable **Autoinculparse** (ACSCU) es mayor en los oyentes**.**

Sin embargo, en las variables que se refieren a aspectos relacionados con: **Ignorar el Problema** (ACSIP)**, Reservarlo para Sí** (ACSRE)**, Buscar Apoyo Espiritual** (ACSAE)**, Fijarse en lo Positivo** (ACSPO)**, Buscar Diversiones Relajantes** (ACSDR)**, y Distracción Física** (ACSFI) las medias no son significativamente distintas en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

Tabla 39. Prueba T para la Igualdad de las Medias de la Escala Afrontamiento para Adolescentes 2

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	Inf.	Sup.
ACSSO	varianzas iguales	12,6	,001	2,989	101	,004	2,1615	,72309	,72710	3,596
	varianzas distintas			2,958	86,31	,004	2,1615	,73074	,70893	3,614
ACSIP	varianzas iguales	13,8	,000	-,769	101	,444	-,4679	,60847	-1,67	,7391
	varianzas distintas			-,780	84,10	,437	-,4679	,59959	-1,66	,7244
ACSCU	varianzas iguales	9,918	,002	-2,49	101	,014	-1,3657	,54821	-2,45	-,278
	varianzas distintas			-2,52	92,76	,014	-1,3657	,54254	-2,44	-,288
ACSRE	varianzas iguales	3,885	,051	-,306	101	,760	-,1966	,64255	-1,47	1,078
	varianzas distintas			-,308	99,00	,759	-,1966	,63878	-1,46	1,071
ACSAE	varianzas iguales	,918	,340	1,398	101	,165	,6728	,48120	-,282	1,627
	varianzas distintas			1,407	98,44	,163	,6728	,47812	-,276	1,622
ACSPO	varianzas iguales	2,190	,142	,446	101	,656	,2706	,60649	-,933	1,474
	varianzas distintas			,449	97,78	,654	,2706	,60225	-,925	1,466
ACSAP	varianzas iguales	1,622	,206	3,562	101	,001	3,1985	,89788	1,417	4,980
	varianzas distintas			3,554	99,08	,001	3,1985	,90001	1,413	4,984
ACSDR	varianzas iguales	1,962	,164	-1,47	101	,143	-,9004	,61066	-2,11	,3110
	varianzas distintas			-1,47	97,55	,145	-,9004	,61299	-2,12	,3162
ACSFI	varianzas iguales	7,409	,008	,435	101	,664	,3075	,70655	-1,09	1,709
	varianzas distintas			,431	89,38	,667	,3075	,71291	-1,11	1,724

Variables del Afrontamiento del Estrés: ACSRT **Reducción de la Tensión,** ACSSO **Acción Social,** ACSIP **Ignorar el Problema,** ACSCU **Autoinculparse,** ACSRE **Reservarlo Para Sí,** ACSAE **Buscar Apoyo Espiritual,** ACSPO **Fijarse en lo Positivo,** ACSAP **Buscar Ayuda Profesional,** ACSDR **Buscar Diversiones Relajantes,** ACSFI **Distracción Física.**

7. Miedos escolares.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que se han determinado para valorar el **Miedo Escolar** (en sus 4 variables) utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes. En la tabla 40 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las variables en estudio.

Tabla 40. Medias del Inventario de Miedos Escolares

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IMEF1	1,00	50	5,2600	5,77754	,81707
	2,00	53	6,0377	6,36687	,87456
IMEF2	1,00	50	9,2200	5,00730	,70814
	2,00	53	6,0189	4,35223	,59783
IMEF3	1,00	50	17,6800	7,73922	1,09449
	2,00	53	14,3019	8,42748	1,15760
IMEF4	1,00	50	10,8400	6,60043	,93344
	2,00	53	8,2453	6,62427	,90991

IMEF1: Miedo al Malestar Físico, IMEF2: Miedo a la Evaluación Social, IMEF3: Miedo al Fracaso y Castigo Escolar, y IMEF4: Miedo a la Agresividad-Victimización.

En la Tabla 41 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

* IMEF2 $t_{101} = 3{,}468$, $p = .001$
* IMEF3 $t_{101} = 2{,}115$, $p = .037$
* IMEF4 $t_{101} = 1{,}990$, $p = .049$

Por el contrario, no encontramos diferencias significativas entre las media del grupo en la siguiente variable (índices superiores a 0, 05):

* IMEF1 $t_{101} = -,648$, $p = .518$

La comparación estadística (Tabla 41) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba *Inventario de Miedos Escolares*, las variables que se refieren a aspectos relacionados con **Miedo a la Evaluación Social** (IMEF2), **Miedo al Fracaso y Castigo Escolar** (IMEF3), **Miedo a la Agresividad-Victimización** (IMEF4), presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor la media de los sordos.

Tabla 41. Prueba T para la Igualdad de las Medias del Inventario de Miedos Escolares

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat.)	Difer. de media	Error típ. de la difer.	Inferior	Superior
IMEF1	varianzas iguales	,510	,477	-,648	101	,518	-,78	1,200	-3,159	1,603
	varianzas distintas			-,650	101	,517	-,78	1,197	-3,152	1,597
IMEF2	varianzas iguales	1,27	,263	3,468	101	**,001**	3,20	,92296	1,370	5,032
	varianzas distintas			3,454	97,2	,001	3,20	,92675	1,362	5,040
IMEF3	varianzas iguales	,879	,351	2,115	101	**,037**	3,38	1,597	,20993	6,546
	varianzas distintas			2,120	101	,036	3,38	1,593	,21781	6,538
IMEF4	varianzas iguales	,065	,799	1,990	101	**,049**	2,59	1,304	,00854	5,181
	varianzas distintas			1,990	101	,049	2,59	1,304	,00872	5,181

IMEF1: **Miedo al Malestar Físico**, IMEF2: **Miedo a la Evaluación Social**, IMEF3: **Miedo al Fracaso y Castigo Escolar**, y IMEF4: **Miedo a la Agresividad-Victimización.**

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Sin embargo, en la variable que se refiere al aspecto relacionado con Miedo al Malestar Físico (IMEF1) la media no es significativamente distinta en ambos grupos. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

8. Locus de control.

Para ver si existen diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el de oyentes en las diferentes variables que se han determinado para valorar el Locus de Control, medido a través del *Cuestionario LUCAM* (en sus 3 variables) utilizamos la prueba T de diferencia de medias para muestras independientes. En la tabla 42 mostramos los estadísticos de grupo correspondientes a las variables en estudio.

Tabla 42. Medias del Cuestionario LUCAM

Estadísticos de grupo

	SORDO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
LUCAM1	1,00	50	25,1600	6,70473	,94819
	2,00	53	22,6038	5,46084	,75010
LUCAM2	1,00	50	23,9000	6,25724	,88491
	2,00	53	20,1321	3,87813	,53270
LUCAM3	1,00	50	7,5400	2,18725	,30932
	2,00	53	9,1887	2,96814	,40771

LUCAM1: Fatum Negativo de Control Externo, LUCAM2: Exculpación de Fracaso, y LUCAM3: Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales.

En la Tabla 43 se ofrecen los índices de significatividad de las diferencias; se han subrayado los que corresponden a variables cuyas diferencias son significativas y no pueden, por tanto, atribuirse al azar (índices de significatividad inferiores al 0,05).

De forma detallada encontramos diferencias significativas en las variables siguientes:

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

LUCAM1 $t_{101} = 2,127$ p = ,036

LUCAM2 $t_{101} = 3,648$ p = ,000

LUCAM3 $t_{101} = -3,22$ p = ,002

Tabla 43. Prueba T para la Igualdad de las Medias del Cuestionario LUCAM

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilat)	Dif. de medias	Error típ. dif.	Infer.	Sup.
LUCAM1	varianzas iguales	2,521	,115	2,127	101	,036	2,5562	1,202	,17210	4,940
	varianzas distintas			2,114	94,61	,037	2,5562	1,209	,15589	4,957
LUCAM2	varianzas iguales	13,0	,000	3,696	101	,000	3,7679	1,019	1,7456	5,790
	varianzas distintas			3,648	80,93	,000	3,7679	1,033	1,7128	5,823
LUCAM3	varianzas iguales	2,197	,141	-3,19	101	,002	-1,6487	,51624	-2,673	-,625
	varianzas distintas			-3,22	95,51	,002	-1,6487	,51177	-2,665	-,633

LUCAM1: **Fatum Negativo de Control Externo**, LUCAM2: **Exculpación de Fracaso**, y LUCAM3: **Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales**.

La comparación estadística (Tabla 43) nos muestra que, de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba *Cuestionario LUCAM*, las tres variables presentan diferencias significativas en las medias entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, y se refieren a aspectos relacionados con **Fatum Negativo de Control Externo,** (LUCAM1) y **Exculpación de Fracaso,** (LUCAM2) en las que es mayor la media de la muestra de los sordos, y **Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales**, (LUCAM3) donde es mayor la media de los oyentes. Todo ello a un nivel de confianza del 95 %.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

1. Autoconcepto.

El esfuerzo y la tensión que siente el adolescente "normal" en su proceso de desarrollo se complican en el sordo por su falta de audición. El adolescente sordo se ha caracterizado típicamente por la soledad experiencial y esto influirá en el desarrollo de su autoconcepto.

Según Erikson, los niños sordos tienen un retraso cuando llegan a la adolescencia debido a su dependencia de los demás (falta de autonomía), falta de iniciativa, responsabilidad y competencia.

Levine (1981) describió que el entorno de los discapacitados auditivos podía conducir a una formación defectuosa del autoconcepto, a la falta de integración social y a una falta de desarrollo cognitivo y académico. Esto coincide con los resultados de nuestra investigación en la que hemos visto que las puntuaciones medias en autoconcepto son significativamente mayores en los oyentes que en los sordos en casi todas variables. Parece ser que el hecho de no poder utilizar la lengua hablada de los oyentes afecta de forma negativa al aprendizaje de las relaciones personales.

Coincidimos en nuestra tesis con Mead (1934) quien afirmó que la adquisición del lenguaje es esencial para el desarrollo del autoconcepto, y los problemas que tienen los sordos en el proceso de adquisición del lenguaje influirán en su autoconcepto porque sus compañeros oyentes tienen una cantidad y calidad de información de la que ellos carecen.

En este sentido, Levine (1960) y Myklebust (1960) sugieren que las limitaciones lingüísticas de los niños sordos podrían ser un problema para su interacción social y la construcción de su identidad. Mykeblust (1960) argumentaba que la sordera limitaba la interacción y el feedback lingüístico respecto del entorno social, afectando el desarrollo del autoconcepto.

El lenguaje es esencial en el desarrollo del autoconcepto, permitiendo que cada uno atribuya significado a las experiencias sociales. El lenguaje es parte del proceso de interacción social y comunicación.

Cates (1991) declara que las dificultades en el desarrollo de la personalidad de los sordos podrían venir de las experiencias negativas que tenían con los otros significativos.

Muchas investigaciones en autoconcepto y sordera asumen que el fracaso del yo está en compararse con otros. El que se percibe a sí mismo como teniendo una falta en comparación con otros tiene un autoconcepto pobre.

Garrison y Tesch (1978) en una revisión literaria del autoconcepto entre sordos y oyentes encontraron un autoconcepto más pobre en los sordos.

Todos estos autores coinciden con nosotros en que el autoconcepto de los sordos es inferior al de los oyentes. Así hemos comprobado que en las variables sobre Autoconcepto como el estatus intelectual y escolar, los atributos y apariencia física, la popularidad, la felicidad y satisfacción en la vida, y la puntuación total en autoconcepto las medias son significativamente mayores en los oyentes que en los sordos.

También coincidimos con Stinson (1984), quien encontró que los individuos sordos tenían una autoestima más baja que sus compañeros oyentes y se percibían a sí mismos con poco control personal sobre los acontencimientos. Igualmente coincidimos con McFern (1973) y Seamann (1974) en que el autoconcepto de los sordos es menor que el de los oyentes.

En cambio, no coincidimos con Randall (1969) quien encontró que los estudiantes oyentes comparados con los sordos que iban a escuelas residenciales tenían un autoconcepto más bajo. Tampoco coincidimos con Karper y Martinek (1982) y Harvey y Greenway (1984) puesto que estos investigadores encontraron que los niños con handicaps tienen niveles más altos de autoconcepto que los que no tenían handicaps.

Una parte importante del autoconcepto es su referencia a un buen rendimiento escolar y una buena motivación en este campo. Shavelson, Hubner y Stanton (1976), hablan de una serie de componentes esenciales para definir el autoconcepto entre la que destacamos que el autoconcepto es jerárquico, con las percepciones de conducta en la base que mueve las inferencias sobre áreas académicas.

En este sentido, el autoconcepto ha sido definido por Marsh y Shalvelson (1985) como "... las percepciones que una persona tiene de sí mismo. Estas percepciones están influidas especialmente por las evaluaciones reforzadas por los otros significativos, padres y profesores (lo que Piers llama status intelectual y escolar).

Staines (1958) a partir de su minuciosa observación e investigación sobre la práctica de clase, concluyó que el autoconcepto no solo está presente en toda situación de aprendizaje, sino que es también resultado principal de ésta, de ahí las consecuencias que podemos sacar para la educación porque nuestros resultados nos dicen que lo que los alumnos sordos esperan respecto de la escuela y de sus expectativas con referencia a las situaciones académicas es mucho menor que en los alumnos oyentes. Así en la variable que se refiere a la expectativa respecto a los resultados académicos encontramos diferencia significativa entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo la media de la muestra de los alumnos oyentes superior a la de los sordos.

Brookover, Thomas y Patterson (1964), Brookover (1965) y Shavelson y cols. (1976), Hansford y Hattie, (1982) y Byrne (1984) pensaban que "el autoconcepto, bien como resultado en sí mismo o bien como constructo mediador que ayuda a explicar los resultados del logro académico, es una variable crítica en educación, en investigación y evaluación educativa". Así comprobamos nosotros que a un autoconcepto pobre en los chicos sordos va acompañado de una pobre autoexpectativa académica.

Parish y Copeland (1978) y Parish, Dych y Kappers (1979) relataron que los profesores demostraban actitudes más negativas hacia grupos de niños excepcionales (niños con discapacidades físicas adquiridas) que hacia los niños normales, lo cual influiría en su baja autoexpectativa académica

como nosotros hemos comprobado. Parece ser que si los profesores tienen una buena formación los resultados académicos en los alumnos discapacitados son mucho mejores (Kirk, 1964).

Los niños sordos se aproximan a la adolescencia con retraso por las crisis previas, por ejemplo, con respecto a la autonomía, iniciativa, responsabilidad y competencia (Schlesinger, 1978). Se cree que la deprivación del lenguaje puede afectar adversamente el aprendizaje académico. Y esta es la causa fundamental para un buen desarrollo de la autoexpectativa académica.

Los problemas en el desarrollo del lenguaje asociado con la discapacidad auditiva tendrán un impacto en el desarrollo de la autoexpectativa académica.

Según Afzali (1995) el acuerdo entre los educadores sobre los programas de integración mejora el éxito académico de los chicos sordos e hipoacúsicos,

2. Competencia social.

Si algunos alumnos al llegar a la escuela no están capacitados para relacionarse adecuadamente con sus compañeros, como puede ocurrir entre los chicos/as sordos por las graves limitaciones en el lenguaje, la deficiencia va en aumento obstaculizando las condiciones mínimas para un desarrollo normal.

Las relaciones entre compañeros representan el contexto principal en el que se desarrolla la competencia social y se ensayan las habilidades necesarias para una adecuada adaptación en la vida adulta. Cuando un niño es rechazado por sus compañeros la interacción con ellos suele quedar deteriorada y no cumple la función socializadora (Díaz-Aguado, 1990). Por ello, los niños sin amigos tienen menos oportunidades para desarrollar su competencia social; de ahí la gran relevancia que tiene lograr amigos entre sus compañeros.

Uno de los procedimientos más utilizados para estudiar la competencia social consiste en analizar las conductas que diferencian a los niños con niveles extremos de aceptación y rechazo, evaluando dichos niveles a través de técnicas sociométricas. La revisión de las numerosas investigaciones realizadas (Master y Furman, 1981; Puttallaz y Gottman, 1981; Asarnow, 1983; Puttallaz, 1983; Dodge, 1983; Quay y Jarret, 1984; French, 1988; Ladd, Price y Hart, 1988; Puttallaz y Wasserman, 1989; Dodge, Coie, Pettit y Price, 1990) permiten agrupar las deficiencias conductuales que están debajo del rechazo de los compañeros en: a) conductas problemáticas en relación a la tarea escolar y al profesor, que reflejan la inadaptación al contexto social en el que se produce el rechazo; b) la incapacidad para establecer relaciones simétricas de colaboración; c) la falta de habilidad para expresar aceptación o la tendencia a expresar rechazo; y d) una necesidad excesiva de llamar la atención sobre uno mismo, que suele producirse como consecuencia de la incapacidad para adaptarse a las situaciones grupales.

Comprobamos en nuestros resultados a través del Sociograma sobre Situaciones de Trabajo que en las puntuaciones en sus relaciones con los compañeros de clase, los alumnos sordos tienen puntuaciones medias significativamente menores que los oyentes en valores sociométricos como Estatus Positivo (TSP) y en Impresión Positiva (TIP); y en los índices sociométricos individuales comprobamos lo mismo respecto a Estatus Sociométrico (TSS), Popularidad (TPOP) y Realismo Perceptivo Positivo (TRPP), lo cual coincide con las hipótesis establecidas donde decíamos que se esperaban diferencias significativas en las medias siendo mayor la de los oyentes en los valores positivos y mayor en los sordos para los valores negativos. Sin embargo los resultados no coincide con nuestra hipótesis en las variables Expansividad Positiva (TEXPP) y Atención y Percepción Positiva (TAPP) donde los sordos obtienen una media significativamente superior a la de los oyentes.

Las categorías más frecuentes entre los niños rechazados, reflejan que el rechazo se produce como consecuencia de la inadaptación al aula; mientras que las categorías más frecuentes entre los niños aceptados, reflejan que la aceptación está relacionada con las cualidades como amigo y la capacidad para ayudar a los otros niños.

Sin embargo, comprobamos en nuestros resultados a través del Sociograma sobre Relaciones de Amistad, como se decía en la hipótesis, diferencias significativas en las medias en cuanto a valores

sociométricos positivos entre sordos y oyentes en Estatus Positivo (DSP), Expansividad Positiva (DEP), Percepción Positiva (DPP), Impresión Positiva (DIP), siendo mayor la media de los oyentes que la de los sordos, mientras que se observan diferencias significativas, en valores sociométricos negativos, en Estatus Negativo (DSN) siendo mayor la media de los sordos respecto de los oyentes.

Igualmente, respecto a los índices sociométricos individuales, en el Sociograma Amistad, comprobamos que se verifican diferencias significativas en las medias del Estatus Sociométrico (DSS), Conexión Afectiva (DCA), Popularidad (DPOP), Expansividad Positiva (DEXPP) siendo mayor la media de los oyentes respecto a los sordos. También comprobamos que en la media del Atención y Percepción Negativa (DAPN) la media de los sordos es mayor que la de los oyentes, tal y como esperábamos en nuestra hipótesis.

En cambio, no se verifica la hipótesis en la variable positiva Atención y Percepción Positiva (DAPP) puesto que hay diferencias significativas en la media entre sordos y oyentes, siendo la de los sordos mayor que la de los oyentes.

Todo ello coincide con la revisión literaria realizada por nosotros. Asi, las investigaciones realizadas por Levine y Wagner (1956), y Myklebust (1960), donde se habla de la menor adaptación social de los sordos, y de sus menores habilidades sociales respecto a los oyentes por la imposibilidad de acceder al lenguaje.

La conducta de los sordos e hipoacúsicos y su interpretación de los acontecimientos sociales está limitada por su menor socialización a través del lenguaje. Parece razonable que los chicos/as sordos presenten una limitada comprensión de las causas y significado de los acontecimientos. La falta de lenguaje verbal sigue teniendo consecuencias en sus valoraciones con el entorno exterior.

Las interacciones que se producen entre los chicos oyentes son más complejas y sofisticadas que las que se producen entre los sordos. Los chicos sordos, además, tienen menos conductas sociales con sus compañeros que los oyentes.

El principal riesgo de la sordera es el aislamiento debido a la escasa frecuencia con que se emiten conductas sociales y la ausencia de respuestas que provocan.

Comprobamos en nuestro estudio lo mismo que Craig (1965); Garrison y Tesch (1978); Safarty y Katz (1978); y Farrugia y Austin (1980), quienes afirman el chico sordo es menos preciso que el oyente en su percepción de sí mismo.

Afzali (1995) nos aclara cuáles pueden ser las condiciones en las que los chicos hipoacúsicos pueden mejorar en su ajuste social, indicando que depende del apoyo social, de que los programas de integración estén desarrollados plenamente en la escuela, se den los recursos adecuados para ello, y que los padres apoyen estos programas de integración.

En este sentido, Antia, Stinson y Gaustad (2002) concluyeron que la integración de los alumnos sordos e hipoacúsicos es posible si los programas se centran en la comunicación. Para facilitarla, los programas de integración deben cuidar y dirigir las actitudes de los profesores, las actividades del profesorado, sus roles y relaciones, el conocimiento de los estudiantes y del currículo, las actividades extracurriculares y el apoyo de los padres.

Los compañeros enseñan un principio social importante que difícilmente puede enseñar la familia: la estrecha reciprocidad que caracteriza a la mayoría de las relaciones sociales, la necesidad de dar para poder recibir. Este tipo de estrategias más complejas las hemos estudiado a través del Cuestionario CEICA que mide estrategias como cooperación, intercambio y colaboración. Como dijo Piaget (1932), la igualdad favorece la reciprocidad y la cooperación. Para que la interacción con los compañeros se desenvuelva normalmente y permita desarrollar la competencia social, es necesario que el sujeto haya desarrollado con anterioridad la seguridad que proporciona una correcta relación con adultos (Lieberman, 1977; Leach, 1981; Puttallaz, 1983; Lafreniere y Sroufe, 1985; Díaz-Aguado, 1986; Park y Waters, 1989). Por ello, son fundamentales en los chicos sordos las relaciones con sus padres, que acepten la deficiencia y no rechacen los problemas que trae consigo, sino que los afronten.

En la competencia social medida al través de la resolución de los cuatro conflictos que plantea el CEICA (CEICA1 = resolución de un conflicto sobre "Cooperación académica", CEICA2 = **r**esolución de un conflicto sobre "Un pequeño accidente que provoca la risa de los compañeros", CEICA3 = resolución de un conflicto sobre "Utilización de los propios materiales", y CEICA4 = resolución de un conflicto sobre "Organización del ocio", hemos encontrado diferencias significativas en la Anticipación de las consecuencias sociales propuestas por los alumnos y en la puntuación global en las cuatro situaciones; en la Orientación práctica del problema, Puntuación Global de la Definición del problema, y Consecuencias sociales en tres de las situaciones; en la Consideración del carácter social del problema en dos de las situaciones; y, en la Búsqueda de información acerca del problema, y en la Definición no hostil en una situación.

Por lo tanto, comprobamos que los alumnos oyentes emplean más estrategias que los sordos para resolver los conflictos, y que emplean las más adecuadas y complejas para la solución de dichos conflictos. Lo cual nos hace verificar la hipótesis original.

Coincidimos con lo que dicen otros investigadores (Craig, 1965; Garrison y Tesch, 1978; Safarty y Katz, 1978; Farrugia y Austin, 1980) puesto que encontraron que los estudiantes sordos que estaban integrados en escuelas públicas demostraron niveles más bajos en sociabilidad, emocionabilidad y conductas maduras que los estudiantes oyentes.

En este sentido, Reich y cols. (1977) propusieron que aunque la integración era beneficiosa para el desarrollo académico, el desarrollo emocional y social de los niños sordos podía estar influido negativamente por el aumento del tiempo de integración en clase con los niños oyentes.

Así, Farrugia y Austin (1980) informaron que los estudiantes sordos de escuelas públicas recibían puntuaciones más bajas de los profesores en ajuste social y emocional.

Levine y Wagner, 1956; Myklebust (1960) presentaron a los sordos como personas "rígidas en las relaciones sociales" o "con poca adaptación social".

Nuestra investigación está en la línea de la de Kopans (2001) quien afirma en su trabajo que los estudiantes sordos tenían destrezas sociales más débiles que los estudiantes oyentes. Las habilidades de comunicación de los estudiantes sordos tuvieron correlaciones significativas con las percepciones que sus profesores tenían sobre las habilidades sociales de dichos alumnos.

Según Satapathy y Singhal (2001) la buena adaptación de conducta, la falta de estrés y los buenos resultados académicos, suelen ser los mejores contribuidores del ajuste socio-emocional.

Coincidimos Afzali (1995), que indica que el acuerdo entre los educadores de los programas de integración mejora el ajuste social. Los efectos positivos dependen de las condiciones educacionales en las que estos programas se ofrecen. Lo cual puede indicar que en nuestros centros educativos no hay aún un buen acuerdo entre la administración, los equipos directivos de los centros y sus profesores sobre la integración y como hacerla más efectiva.

No comprobamos lo que dicen Cambra Vergés y Silvestre Benach (1994) sobre que los adolescentes sordos reelaboran bien la información recibida, estando bien preparados para actuar como comunicadores. Aunque matizan en su investigación que entre los 12 y 19 años no se apreciaron diferencias motivadas por la edad en la competencia comunicativa pero sí en la comprensión oral y recepción de información con influencia del grado de pérdida auditiva en todos los casos.

Conviene tener en cuenta que la interacción con los compañeros representa un contexto intermedio entre la comunicación con los adultos y la comunicación con uno mismo gracias al cual se adquiere la capacidad de autorregulación de la conducta (Forman y Cazden, 1984). Un compañero proporciona una oportunidad de comunicación mucho más próxima al lenguaje interno que la que proporciona un adulto. La importancia que los compañeros tienen (especialmente en la adolescencia) en la comprensión de los procesos psicológicos pone de manifiesto que hablar con un compañero es como hablar con uno mismo. Por eso, el hecho de hablar con los compañeros tiene más eficacia que hablar con adultos para estimular el desarrollo cognitivo tanto en la comprensión del mundo social (Blatt y Kohlberg, 1975) como en la comprensión del mundo físico (Doise y Mugny, 1983).

Los compañeros activan el proceso de adopción de perspectivas, como consecuencia del cual se construye tanto el conocimiento de uno mismo como el de los demás (Kohlberg, 1969; Selman, 1980), y desempeñan un papel prioritario en la formación de la propia identidad de la que dispone el sujeto para poder compararse y evaluar así con precisión la propia eficacia (Bandura, 1981).

3. Actitudes.

Las actitudes mostradas por los adolescentes hacia sus iguales son determinantes para el desarrollo de su autoestima y las relaciones sociales futuras. Así, pues, podemos decir que las actitudes de los adolescentes hacia los chicos/as discapacitados auditivos tienen la misma importancia porque se trata de un grupo muy influyente en el desarrollo social. No sólo resulta crucial en edades tempranas, sino que el peso del grupo de iguales aumenta en función de la edad. Sabemos la importancia que tiene para cualquier adolescente y hemos de reflexionar en la dificultad que supone para un adolescente discapacitado ser consciente de sus deficiencias.

Sentadas estas bases nos parecía importante el estudio de las actitudes y la aceptación de los alumnos sordos por parte de los oyentes y viceversa, puesto que podíamos apreciar la calidad de sus relaciones sociales así como el desarrollo de su autoestima.

Encontramos los mismos resultados en nuestra tesis en cuanto a actitudes hacia los deficientes auditivos que Arias, 1992; Gottlieb, Corman y Curci, 1986 quienes investigaron las actitudes de rechazo o indiferencia en los chicos/as normales hacia sus iguales con deficiencias.

Según las investigaciones de Newberry y Parish (1987) el contacto frecuente con chicos/as con problemas sensoriales (sordos o ciegos) aumentaría las actitudes positivas hacia estas deficiencias. Nosotros comprobamos que no se ha producido este cambio en la integración en las aulas de los chicos/as sordos porque las variables que se refieren a aspectos relacionados con la actitud hacia las personas con discapacidad sensorial presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos y el grupo de oyentes.

No coincide nuestra investigación en actitudes hacia los sordos con las de Sussman, 1973; Ashley, 1985; Evans y Falk, 1986 cuyos estudios suponen actitudes negativas de los sordos hacia sí mismos.

Coincidimos, en cambio, con Linville, 1982; Linville, Salovey y Fischer, 1986; y Schmelkin, 1989, en que los sordos al tener experiencias sobre sus propias limitaciones tienen una actitud más positiva hacia los sordos que los oyentes. En las áreas de la vida donde la gente tienen mayores experiencias o familiaridad, desarrollan estructuras más complejas y también una percepción más compleja del grupo de discapacitados lo que ayudaría a moderar los juicios evaluativos.

Podrían hacernos entender los resultados de nuestra investigación, el trabajo de Poulos (1970) quien encontró que el aumento de contacto con personas sordas iría asociado con actitudes favorables hacia ellos siempre que se diera con ciertas condiciones como tener libertad en la relación, sacar beneficios de este contacto o divertirse.

No coincidimos con Schroedel y Schiff (1972) quienes han encontrado que las actitudes hacia los sordos son más negativas en los sordos que en los oyentes y que los sordos perciben más las actitudes negativas de los oyentes.

Nuestra investigación también podría entenderse gracias al estudio de Heider y Heider (1941) quienes sugirieron que los chicos/as sordos debían educarse como los oyentes y enseñarles aspectos específicos de su desarrollo que les dieran una preparación social añadida. Pero, esto produjo una actitud negativa de los chicos/as sordos que se inhibieron de su relación con los oyentes, e hizo decrecer su autoestima porque recordaban las actitudes negativas de los oyentes.

Emerton y Rothman, (1978); y Higginbotham y Baker, (1981), comprobaron que las reacciones negativas de contacto vienen del intento fallido en la comunicación, cuyos esfuerzos inhiben los éxitos de contacto en el futuro. Esto se debe a que los sordos no entienden el lenguaje verbal del oyente y éstos no entienden el lenguaje no-verbal de los sordos (Vandell y George, 1981).

Para Vandell y George (1981) no parece estar justificada la integración total en aulas normales de alumnos sordos. Parece que las lagunas en el entendimiento con el lenguaje son una barrera real para relacionarse sordos y oyentes. Por lo que vemos la necesidad de crear actividades estructuradas para fomentar estas actitudes positivas.

Respecto de la Entrevista Semiestructurada (EADI), que mide las actitudes hacia la discapacidad y hacia la integración, las variables que presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes son por una parte, las relacionadas con el Concepto de Discapacidad (EADI1), y Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo (EADI2), en donde la media de los alumnos oyentes es superior; y por otra las relacionados con la Actitud y Percepción de los Compañeros (EADI4), Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo (EADI6), Percepción de los Alumnos sobre la Actitud del Profesor hacia la Integración (EADI7), y Percepción de los Alumnos sobre la Actitud de los Padres hacia la Integración (EADI8) en donde la media de los alumnos sordos es superior a la de los oyentes.

Según Gottlieb, Corman y Curci (1986) hay factores como la intensidad y duración del contacto con los discapacitados que resultan fundamentales para predecir el desarrollo de actitudes favorables o desfavorables: cuanto más continuado sea este contacto mayor probabilidad habrá de resultados positivos. Esto podría explicar los resultados encontrados en nuestra investigación sobre el Concepto de discapacidad (EADI1) en donde esta variable presenta diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes, siendo mayor la media en los alumnos oyentes.

No coincidimos con Coyner (1993), en el trabajo realizado en la Universidad de Arizona uno de cuyos temas trata sobre las relaciones del éxito académico en relación a la percepción de la aceptación social en adolescentes oyentes, hipoacúsicos y sordos, los resultados indicaron que las percepciones de la aceptación social de los estudiantes sordos e hipoacúsicos no fueron significativos respecto de sus iguales oyentes, porque en nuestra investigación encontramos diferencias significativas en las medias entre sordos y oyentes, en cuanto a la Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo (EADI2), siendo mayor la media en los alumnos oyentes, mientras que, igualmente, encontramos diferencias significativas en las medias entre sordos y oyentes,

en la Actitud y Percepción de los Compañeros (EADI4), siendo en este caso, mayor la media en los alumnos sordos.

Estamos de acuerdo con Kauffman, Lloyd y McGee (1989) quienes concluyen en sus investigaciones que aquellos profesores que se sientan responsables de la conducta de sus estudiantes y que creen poseer las habilidades para modificar estas características conductuales, presentan unas expectativas más altas hacia los alumnos. Rizzo y Wright (1988) determinaron que la percepción de la competencia es el factor clave que condiciona unas actitudes positivas.

No coincide nuestra investigación con Wetter (1972) quien concluye que los padres de estos niños presentan actitudes de sobreindulgencia y de rechazo mayores que las existentes en los padres de un grupo de oyentes, sino más bien al contrario dejan que sus hijos arriesguen su futuro en una educación integrada con niños oyentes. Y tampoco estamos de acuerdo con los de Toledo (1988) y Zulueta (1991), en el sentido de que nuestros alumnos perciben que sus padres aceptan como algo muy positivo que sus hijos sordos estén integrados en clases normales. Por lo tanto, no niegan la discapacidad de sus hijos.

4. Soledad-Aislamiento.

Para Barret (1986) el adolescente sordo se ha caracterizado por la soledad experiencial.

Diver (1990) expone que la "desviación de la norma en las relaciones de los adolescentes con el grupo de pares, puede conducir al aislamiento y tener severas consecuencias para el individuo".

Según Erikson (1963), los niños sordos se aproximan a la adolescencia con retraso en autonomía, iniciativa, responsabilidad y competencia (Schlesinger, 1978). La deprivación del lenguaje puede afectar el aprendizaje académico, la conceptualización y las relaciones interpersonales.

Así, en nuestro estudio, comprobamos lo expuesto anteriormente, que hay diferencias significativas en la Escala de Soledad UCLA Revisada, siendo en la variable Soledad donde la puntuación

media es mayor en los sordos que en los oyentes. En cambio, encontramos diferencias significativas a favor de los oyentes en relaciones reales, sentimiento subjetivo y satisfacción en esas relaciones.

La propuesta de Jersild (1951) es que la meta de la educación debería ayudar a la persona en su crecimiento. Para este autor, el aprendizaje de algo tan vital como sus relaciones con los demás y consigo mismo, sería la parte más importante del programa educativo. Por lo que la educación debería facilitar a la persona darse cuenta de sus capacidades y habilidades, el controlar sus emociones, apreciar sus puntos débiles y fuertes y ayudarle a establecer metas realistas. Parece que esto no es lo que se produce en nuestras aulas al obtener puntuaciones significativamente altas en la variable soledad en los alumnos sordos respecto a los oyentes. Por lo que la educación aún no facilita a la persona darse cuenta de sus capacidades y habilidades y el aprendizaje de sus relaciones con los demás y consigo mismo.

Según Erikson (1956) el lograr una identidad y una capacidad de intimar son las mayores tareas de los adolescentes. La formación de la identidad implica la identificación con grupos tanto como con los individuos, incluyendo padres, familia extensa, clase social, grupo racial, religión, escuela y país. La adolescencia es generalmente un tiempo de inseguridad, emociones volátiles, cambios físicos rápidos, e identidad cambiante, y se ha considerado un periodo durante el que la experiencia individual entra en conflicto con la identidad y la confusión (Erikson, 1963). Esta crisis podría intensificarse en el adolescente sordo a causa de su estatus minoritario, limitaciones de la sordera y la ausencia de experiencia (Barret, 1986). Lo cual explicaría en parte los resultados obtenidos por nosotros en la variable soledad.

Asímismo, Schlesinger y Meadow (1972) describían la sordera y la adolescencia como un efecto de la interacción de las fuerzas psicológicas y fisiológicas. Indicaron: “Que los estudiantes sordos que no habían internalizado los controles de conducta o no internalizaban las motivaciones por el ejercicio de sus habilidades tendían a tener un período traumático en la joven adultez. En esta recolocación traumática, se refugiaban en sí mismos”.

5. Afrontamiento.

Nuestros resultados nos dicen que de las diferentes puntuaciones tomadas respecto de la prueba *Escala de Afrontamiento para Adolescentes,* las variables que se refieren a aspectos relacionados con Concentrarse en Resolver el Problema (RP), Esforzarse y Tener Éxito (ES), Preocuparse (PR), Buscar Pertenencia (PE), Acción Social (SO), Autoinculparse (CU), y Buscar Ayuda Profesional (AP), presentan diferencias significativas entre el grupo de hipoacúsicos-sordos y el grupo de oyentes.

Sin embargo, las variables que se refieren a aspectos relacionados con: Buscar Apoyo Social (AS), Invertir en Amigos Íntimos (AI), Hacerse Ilusiones (HI), La Estrategia de Falta de Afrontamiento (NA), Reducción de la Tensión (RT), Ignorar el Problema (IP), Reservarlo Para Sí (RE), Buscar Apoyo Espiritual (AE), Fijarse en lo Positivo (PO), Buscar Diversiones Relajantes (DR), y Distracción Física (FI) los resultados no son significativamente distintos en ambos grupos.

Comprobamos con Lee y Chan (1993) que la variable del test ACS, RPS (Concentrarse en Resolver un Problema) es utilizada por los alumnos oyentes de forma significativamente mayor que la de los sordos.

Parsons, Frydenberg y Poole (1996) encontraron que el Trabajo y Éxito, La Solución de Problemas y la Ayuda Social son tres de las estrategias de afrontamiento muy utilizadas por los adolescentes para solucionar problemas. De la misma forma, encontramos que dos de estas estrategias (Trabajo y Éxito y Solución de Problemas) se utilizan significativamente más por los oyentes que por los sordos en nuestra investigación, pero no la Búsqueda de Apoyo social.

Según la investigación de DeMello e Imms (1999) los alumnos que utilizan en alto grado la Resolución de Problemas como estilo de afrontamiento, mostraban actitudes más positivas hacia la escuela y tenían percepciones positivas de su realización, coincidiendo con nuestros resultados en los sordos.

Es posible deducir de aquí, que como hemos visto en otros apartados de esta tesis, los alumnos sordos dediquen más esfuerzo al éxito académico y a su futuro profesional que a las relaciones sociales, como hacen los oyentes.

6. Miedos escolares.

Los resultados de nuestra investigación nos dicen que encontramos diferencias significativas en el Inventario de los Miedos Escolares entre sordos y oyentes, no siendo significativa la media de los oyentes en la variable Miedo al Malestar Físico, y siendo mayor la media en los sordos en las variables: Evaluación Social, Fracaso y Castigo Escolar y Miedo a la Agresividad-Victimización.

No coincidimos con King, Mulhall y Gullone (1989) en que los oyentes sean más miedosos al fracaso y la crítica y los sordos hacia lo desconocido, heridas y pequeños animales.

Coincidimos con Ollendick, Yang, King, Dong et al. (1996) en que las culturas que favorecen la inhibición, complicidad y obediencia sirven para aumentar los niveles de miedo. Esto explicaría que los sordos al pertenecer a una cultura minoritaria que favorece la inhibición, obediencia y complicidad sus niveles de miedo sean mayores al de los oyentes.

7. Locus de control.

Los individuos desarrollan maneras habituales de ofrecer explicaciones causales para los acontecimientos buenos y malos llamados “estilos explicativos” (Peterson y Seligman, 1984; Peterson, et al., 1992; Turk y Bry, 1992). Una persona con un estilo explicativo pesimista atribuye los malos acontecimientos a causas internas, estables y globales, mientras que una persona con un estilo explicativo optimista atribuye los malos acontecimientos a causas externas, inestables y específicas.

Así encontramos en el Cuestionario Locus de Control, que las variables: Fatum Negativo de Control Externo y Exculpación del Fracaso presentan diferencias significativas en las medias siendo

mayor en los sordos. Y en la variable Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales presentaban diferencias significativas en las medias siendo mayor la de los oyentes, lo cual confirma los hallazgos de investigadores anteriores.

Coincidimos con Kappy (1996) quien investigó las diferentes variables de atribuciones interna-externa entre tres grupos de estudiantes (adolescentes oyentes, adolescentes sordos que usaban la Lengua de Signos y la oral y adolescentes sordos que utilizaban la lengua oral). Los estudiantes sordos que usan comunicación bimodal (Lengua de Signos y oral) eran más externos en las atribuciones negativas, mientras que los estudiantes oyentes las tenían más internas. En las atribuciones positivas, los estudiantes sordos que usan la comunicación oral eran más internos, mientras que los sordos que usan la comunicación bimodal eran más externos.

Fitz (1970) encontró que los sujetos con alta autoestima tienden a internalizar el éxito, pero no internalizan el fracaso.

Es importante, por tanto, que los sordos aprendan a ser realistas y atribuyan tanto éxitos como fracasos a causas internas cuando corresponde (Snyder, Stephan y Rosenfield, 1978; Arkin y Maruyama, 1979; McFarland y Ross, 1982; Whitley y Frieze, 1985).

Los resultados de McCrone (1979) pueden que expliquen nuestra investigación. Así, este autor encontró que más de la mitad de los niños sordos estaban sobreprotegidos por sus padres, lo cual hacia que desarrollasen un locus de control interno que podría conducir al bajo rendimiento y al miedo constante al fracaso. El fracaso repetido después de un considerable esfuerzo de parte de los niños sordos puede conducir a la frustración y a una actitud derrotista. Lo cual explica que la causa de repetidos fracasos se atribuya a causas internas y estables. Esta condición se ha conocido por conducir a la depresión, carencia de motivación y pobres rendimientos en tareas futuras (Abramson, et al., 1978), lo cual explicaría parte de los bajos resultados obtenidos por los sordos en su rendimiento escolar.

Coincidimos con los trabajos de MacDonald (1972) que dice que los chicos sordos o discapacitados tienen un locus de control más externo que sus compañeros oyentes.

También Lefcourt (1966) demostró que los grupos minoritarios tienen un locus de control más externo porque creen que los resultados son controlados por fuerzas externas.

Land y Vineberg, 1965; Eggland, 1973; Snyder, 1982, encontraron que los niños discapacitados tienen locus de control más externos que los niños normales, y que el aprendizaje escolar les hacia acercarse a un modelo de atribución interna para explicar el éxito.

MacDonald (1973) explica porqué los sordos tienen una orientación de control externa, debido a sus condiciones de vida: discriminación social, incapacidad prolongada y sobreprotección paterna.

También, Bodner y Johns (1977) explican que la sobreprotección paterna tiende a desarrollar un locus de control externo, confiando la responsabilidad de su conducta en otros. Esta dependencia hace que los niños atribuyan sus fracasos a fuerzas fuera de su control.

Coinciden con nuestros resultados, los estudios de Blanton y Nunnally, 1964; Koelle y Convey, 1982; Dowaliby, Burke y McKee, 1983 quienes encontraron que los estudiantes discapacitados auditivos tenían puntuaciones más altas en atribución externa que sus compañeros oyentes, lo cual hacia que los estudiantes sordos atribuyesen a “otro poder” de fuerzas externas (como los profesores, estudiantes o dificultad en los exámenes) los fracasos.

En cambio, no coincidíamos con Nielsen (1969) en que los chicos sordos integrados tengan un locus de control más interno que sus compañeros oyentes.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación ha consistido en detectar las diferencias entre el grupo de alumnos sordos integrados en aulas ordinarias y el grupo alumnos oyentes integrados con sordos dentro de las aulas ordinarias en autoconcepto, autoeficacia percibida en situaciones académicas, competencia social, actitudes, soledad-aislamiento, afrontamiento, miedos escolares y locus de control.

A continuación pasamos a exponer las conclusiones que podemos extraer, y que son las siguientes:

1. Sobre AUTOCONCEPTO.

Los resultados conseguidos en nuestra investigación confirman las hipótesis en las variables que se refieren al Estatus Intelectual y Escolar (F2PH), Atributos y Apariencia Física (F3PH), Popularidad (F5PH), Felicidad y Satisfacción en la vida (F6PH), Autoconcepto Total (PHTOTAL), y Autoeficacia Percibida en Situaciones Académicas, presentando por tanto el grupo de oyentes mayores niveles de autoconcepto en estas variables que el grupo de alumnos sordos.

La deprivación del lenguaje puede afectar el desarrollo del autoconcepto. El lenguaje es esencial para el desarrollo del autoconcepto, permitiendo que atribuya significado a las experiencias sociales. El lenguaje es parte del proceso de la interacción social y de la construcción del concepto estudiado.

Casi toda la revisión bibliográfica llevada a cabo en nuestro estudio confirma que los oyentes tienen un autoconcepto más alto que el de los sordos.

Aspectos como el conocimiento de la Lengua de Signos, un buen entramado de relaciones sociales, sean familiares o de amistad, el reconocimiento por parte de los padres y de los sujetos sordos de su discapacidad auditiva hace que mejore su autoconcepto.

2. Sobre COMPETENCIA SOCIAL.

2.1. Medida a través del Sociograma

2.1.1. En Situaciones de Trabajo.

Nuestros resultados confirman que el grupo de oyentes puntúa más alto que el de sordos en:

Estatus positivo (TSP), Impresión positiva (TIP), Estatus sociométrico (TSS), Popularidad (TPOP), y Realismo perceptivo positivo (TRPP).

2.1.2. En Relaciones de Amistad.

Se confirman las hipótesis en las variables:

Estatus positivo (DSP), Expansividad positiva (DEP), Percepción positiva (DPP), Impresión positiva (DIP), Estatus Sociométrico (DSS), Conexión Afectiva (DCA), Popularidad (DPOP) y Expansividad Positiva (DEXPP) siendo mayor las medias en estas variables en los oyentes que en los sordos. Y, en Estatus Negativo (DSN) donde los alumnos sordos obtienen mayores puntuaciones.

2.2. Evaluada a través de la Entrevista sobre Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEICA).

Se corroboran las hipótesis en las siguientes variables:

Resolución de un Conflicto sobre "Cooperación académica" (CEICA1), puntuando más alto los alumnos oyentes que los sordos en Definición no hostil del problema, Puntuación Global de la Definición del problema, Anticipación de las consecuencias sociales, Consecuencias sociales de las estrategias, y en la Puntuación global.

Resolución de un Conflicto sobre “Un pequeño accidente que provoca la risa de los demás” (CEICA2), puntuando más alto los alumnos oyentes que los sordos en Orientación práctica del problema, Búsqueda de información del problema, Anticipación de las consecuencias sociales, Consecuencias sociales de las estrategias, y en la Puntuación global.

Resolución de un Conflicto sobre “Utilización de los propios materiales” (CEICA3), puntuando más alto los alumnos oyentes que los sordos en Orientación práctica del problema, Consideración del carácter social del problema, Puntuación Global de la Definición del problema, Anticipación de las consecuencias sociales, y en la Puntuación global.

Resolución de un Conflicto sobre “Organización del ocio” (CEICA4), puntuando más alto los alumnos oyentes que los sordos en Orientación práctica del problema, Consideración del carácter social del problema, Puntuación Global de la Definición del problema, Anticipación de las consecuencias sociales, Consecuencias sociales de las estrategias, y en la Puntuación global.

La imposibilidad de acceder al lenguaje implica una menor habilidad para extraer significado de las experiencias sociales diarias. Los chicos/as sordos reciben explicaciones muy limitadas acerca de los sentimientos, roles, razones para las acciones y consecuencias de la conducta.

Su conducta e interpretación de los acontecimientos sociales estaría limitada por su menor socialización a través del lenguaje. Por lo tanto, parece razonable que los chicos/as y adolescentes sordos presenten una pobre autoestima, problemas de conducta, así como una limitada comprensión de las causas y de los significados de muchos acontecimientos. La falta de lenguaje tiene consecuencias tanto en el medio interno del chico/a (autoconcepto, habilidades de mediación verbal...) como en sus relaciones con el entorno exterior (interacciones con sus familiares, profesores y compañeros).

Además también se ha comprobado que hay una relación en toda la población de chicos/as y adolescentes entre el menor conocimiento y desarrollo social y la ausencia de independencia y autorresponsabilidad.

También la actitud de los padres hacia la discapacidad auditiva de sus hijos es importante. La sobreprotección de los padres no les permite autonomía, la exploración de experiencias nuevas y la responsabilidad que limitaría su capacidad de relación social.

Para alcanzar una buena competencia social en los alumnos sordos es importante las condiciones educativas en que se lleve a cabo la integración.

Los problemas más significativos de los niños con discapacidad en las relaciones que establecen con otros niños consisten en su dificultad para adaptarse a las exigencias específicas de cada situación y se producen fundamentalmente en situaciones ambiguas o poco estructuradas y/o respecto a las demandas más sutiles.

Es, por tanto, necesario garantizar su interacción educativa, sobre todo con sus compañeros, a través de actividades altamente estructuradas cuyas exigencias queden muy explícitas, interacción que se pretende proporcionar a través del aprendizaje cooperativo.

Los alumnos sordos integrados conocen estrategias de interacción significativameì uimos, que en todas las variables del Sociograma y del CEICA los alumnos oyentes tienen más estrategias para la resolución de conflictos que sus compañeros sordos, lo cual nos lleva a plantear la necesidad de incluir en los programas educativos para tutores la enseñanza de habilidades de interacción social como puede ser los de Howes (1987), Kelly (1987), Milchenson y otros (1987), Caballo (1987, 1991), Monjas Casares, (1986, 1990, 1992, 2002), los programas de Verdugo y otros (1992), Álvarez y otros (1990), Goldstein y otros (1989).

Según Afzali (1995) el impacto de la integración es más favorable si los chicos sordos e hipoacúsicos reciben apoyo social y educativo en la escuela, si los profesores se preparan con programas especiales y los padres colaboran con ellos.

También, según Stinson y Gaustad (2002) para facilitar la integración social de los alumnos sordos en aulas con oyentes se debe cuidar y dirigir las actitudes de los profesores, las actividades, roles

y relaciones del profesorado, el conocimiento de los estudiantes, su currículo, las barreras estructurales, las actividades extracurriculares, las relaciones comunitarias y el apoyo de los padres.

Los sordos se preocupan fundamentalmente por su inserción escolar y laboral que se traduce por una actitud competitiva con el mundo oyente. Los sordos necesitan reivindicar el derecho a utilizar la Lengua de Signos como vía de comunicación normalizada.

Por fin, concluimos, que el aprendizaje cooperativo ha demostrado ser muy eficaz al desarrollar la responsabilidad social y la capacidad de cooperación. El aprendizaje cooperativo es bueno también para motivar el aprendizaje y la actitud hacia la escuela.

3. Sobre ACTITUDES.

3.1. Evaluadas a través de la Actitud hacia Personas con Discapacidad Sensorial.

Se ha confirmado la hipótesis en la única variable "Actitud hacia las personas con discapacidad sensorial" indicando por tanto que la actitud de los sordos hacia la discapacidad sensorial es mejor que la de los oyentes.

3.2. Evaluadas a través de la Entrevista Semiestructurada (EADI).

Se corroboran las hipótesis en las siguientes variables:

Concepto de Discapacidad (EADI1), confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Percepción de Diferencias y Semejanzas entre Personas con Discapacidad y sin ella: Aspecto Cognitivo (EADI2), confirmando también que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Actitud hacia el Aprendizaje Cooperativo (EADI6), confirmando que los alumnos sordos puntúan más alto que los oyentes.

Percepción de los Alumnos sobre la Actitud del Profesor hacia la Integración (EADI7), confirmando que los alumnos sordos puntúan más alto que los oyentes.

Percepción de los Alumnos sobre la Actitud de los Padres hacia la Integración (EADI8), confirmando que los alumnos sordos puntúan más alto que los oyentes.

Sin embargo en la Actitud y Percepción de los compañeros (EADI4) se cumple la hipótesis contraria siendo los alumnos sordos los que puntúan más alto.

5. Sobre SOLEDAD AISLAMIENTO.

Se corroboran las hipótesis en las cuatro variables**:**

Soledad (AISLATOT), confirmando que los alumnos sordos puntúan más alto que los oyentes.

Cantidad de Contacto (SITUAR1) mantenido tanto en el medio familiar como de amistades confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Percepción del Sentimiento de Soledad (SITUAR2) respecto de los familiares o de amistad confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Percepción de Satisfacción (SITUAR3) respecto de las relaciones familiares o de amigos confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

6. Sobre AFRONTAMIENTO.

Se corroboran las hipótesis en las variables:

Concentrarse en Resolver el Problema (ACSRP) confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Esforzarse y Tener Éxito (ACSES) confirmando que los alumnos oyentes puntúan más alto que los sordos.

Buscar Ayuda Profesional (ACSAP) confirmando que los alumnos sordos puntúan más alto que los oyentes.

Sin embargo se confirman las hipótesis contrarias en las variables: Preocuparse (ACSPR), Buscar Pertenencia (ACSPE), y Autoinculparse (ACSCU), siendo en todas estas variables mayor las medias de los alumnos oyentes que la de los sordos; y en Acción Social (ACSSO) donde las puntuaciones de los sordos han sido superiores.

Por lo que concluimos, también, la necesidad de incluir programas de afrontamiento del estrés en la enseñanza como técnicas de intervención psicológica para adolescentes, por ejemplo de Morganett (1995).

7. Sobre MIEDOS ESCOLARES.

Se confirman las hipótesis en las variables:

Miedo a la Evaluación Social (IMEF2), presentando los alumnos sordos un mayor volumen en los miedos relacionados con esta variable.

Miedo al Fracaso y Castigo Escolar (IMEF3), presentando los alumnos sordos un mayor volumen en los miedos relacionados con esta variable.

Miedo a la Agresividad-Victimización (IMEF4), presentando los alumnos sordos un mayor volumen en los miedos relacionados con esta variable.

8. Sobre LOCUS DE CONTROL.

Se corroboran las tres hipótesis planteadas:

Fatum Negativo de Control Externo (LUCAM1), confirmando que puntúan más alto los alumnos sordos que los oyentes en esta variable.

Exculpación de Fracaso (LUCAM2), confirmando también que puntúan más alto los alumnos sordos que los oyentes en esta variable.

Autorresponsabilidad en Éxitos Personales y Laborales (LUCAM3), confirmando que puntúan más alto los alumnos oyentes que los sordos en esta variable.

Concluimos con Dowaliby, Burke y McKee (1983) que los estudiantes sordos tienden a atribuir sus resultados académicos negativos a causas externas como las dificultades en los exámenes, la forma de explicar los profesores o la influencia de otros compañeros.

También para Kappy (1996) los estudiantes sordos que usan la comunicación bimodal (que emplean Lengua de Signos y oral) eran más externos en la explicación de los acontecimientos negativos y los oyentes hacían, en cambio, atribuciones internas para estos mismos acontecimientos.

MacDonald (1973) sugiere que las condiciones de vida del sujeto sordo (como la discriminación social, la incapacidad prolongada y la sobreprotección de los padres) pueden llevarle a un locus de

control externo

Una de las causas por las que el sujeto sordo atribuye los fracasos a causas externas es por la sobreprotección familiar (Bodner y Johns, 1977).

El hecho de que los sordos utilicen el estilo de atribución externo para los fracasos parece un buen mecanismo de defensa, puesto que según McCrone (1979) si utilizarán el estilo de atribución interno para los fracasos podría llevar a los sujetos que tienen problemas en el aprendizaje al desinterés por el estudio, carencia de motivación, pobres rendimientos futuros en el aprendizaje, e, incluso, a la depresión.

La Teoría Reformulada de Aprendizaje-Ayuda (Abramson, y otros, 1978) propone un conjunto de predicciones sobre el desarrollo de la conducta y emociones de los niños. Según esta teoría, hay un grupo identificable de niños que tienen un riesgo especial a los déficits conductuales y emocionales. Los niños que poseen un estilo atribucional interno, estable y global pueden ser, cuando se encuentran con malos acontecimientos, especialmente vulnerables a: a) dar respuestas más bajas en iniciativas, b) tener déficits cognitivos, c) estar tristes, d) tener una autoestima más baja y e) tener una asertividad muy baja.

9. Reflexiones finales.

Nuestras conclusiones abren nuevos planteamientos de investigación, ya que a partir de este estudio se puede profundizar en algunos ámbitos, por ejemplo, en el tratamiento de todas estas variables estudiadas y que en el caso de los alumnos sordos y muchos oyentes no utilizan, a través de los programas indicados.

Ojalá este estudio sirva para orientar sobre algunas direcciones a seguir en el progresivo conocimiento de estos procesos y en las posibles indicaciones que deben guiar los momentos dedicados a la enseñanza y al aprendizaje de las habilidades sociales, actitudes, miedos, afrontamiento... en el ámbito escolar.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

BIBLIOGRAFÍA

Aboud, F.E. y Skerry, S. (1984). The development of ethnics attitudes. Journal of Cross-Cultural Psychology, 15, 3-34.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helpleeness in human: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74

Abramson, M (1980). Implications of mainsteaming: A challenge for special education. In J. Dunn y D. A. Sabatino (Eds.), Review of Special Education. New York: Grune and Stratton.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review, 96 (2), 358-372.

Ad Hoc Committee to define Deaf and Hard of Hearing. (1975). American Annals of the Deaf. 120, 509-512.

Adam, B.D. (1978). Interiorization and "self-esteem". Social Psychology Quaterly, 41, 47-53.

AERA, APA, NCME (1985). Standard for educational and psycological testing. Washington, DC. APA.

Afzali, E. (1995). Educational conditions related to succesfull full inclusion programs involving deaf/hard of hearing children. American Annals of the Deaf. 1995 Dec, Vol 140(5): 396-401.

Alexander, R. (1980). Moral education to reduce racial and ethnic prejudice. En R.L. Mosher (Ed.). Education Moral. Praeger.

Alia, T. (1990). Integración del alumno con necesidades educativas especiales en aulas ordinarias: variables psicosociales. Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral.

Allen, T.E., White, C.S. y Karchmer, M.A. (1983). Issues in the development of a special edition for hearing-impaired students of the seventh edition of the Stanford Achievement Test. American Annals of the Deaf, 128, 34-39.

Alloy, L.B., Peterson, C. Abramson, L.Y. y Seligman, M.E.P. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 681-687.

Allport, G.W. (1954). The nature of prejudice. Cambridge, Mass: Addison-Wesley.

Alonso, P. y otros. (1995). Las Necesidades Educativas Especiales del niño con Deficiencia Auditiva. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Desarrollo Curricular.

Altman, B.M. (1981). Studies of Attitudes toward the Handicapped: The need for a New Direction. Social Problems, 28, 321-337.

Altshuler, K. Z. (1974). The social and psychological development of the deaf child: Problems, their treatment, and prevention. American Annals of the Deaf, 119, 365-376.

Alvarez, A., Alavarez-Mosterín, M.A., Cañas, A., Jiménez, S., Ramírez, S., y Petit, M.J. (1990). Desarrollo de Habilidades Sociales en niños de 3-6 años (Guía práctica para padres y profesores). Madrid: Visor.

Ames, R. (1975). A methodology of inquiry for self-concept. Educational Theory, 25, 314-322.

Ames, C. y Ames, R. (1981). Competitive versus individualistic goal structures: The salience of past performance information for causal attributions and affect. Journal of Educational Psychology, 73, 411-418.

Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relation. Psychological Bulletin, 71, 319-342.

Ammaniti, M., Ercolani, A.P. y Tambelli, R. (1989). Loneliness in the female adolescent. Journal of Youth and Adolescence, 18(4), 321-329.

Antia, S. y Kreimeyer, K. (1988). The development and generalization of social interaction skills in preschool hearing-impaired children. Volta Review. 90(4), 219-231.

Antia, S. y Kreimeyer, K. (1988). Maintenance of positive peer interaction in preschool hearing impaired children. Volta Review. 90(7), 325-337.

Antia, S. y Kreimeyer, K. (1996). Social interaction and acceptance of deaf or hard-of-hearing children and their peers: A comparasion of social-skills and familiarity-based interventions. Volta review, 98(4), 157-180.

Antia, S. D., Stinson, M.S. y Gaustad, M.G. (2002). Developing membership in the education of deaf and hard-of-hearing students in inclusive settings. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7(3), 214-229.

Antonak, R.F. y Livneh, H. (1988). The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales (pp.153-156). Springfield. IL: C: C: Thomas.

Anvar, B., Mencher, G.T. y Keet, S.J. (1984). Earing loss and congenital rubeolla in Atlantic Canada. Ear and Earing, 5, 346-348.

Apolloni, T. y Cooke, S.A. (1977). Establishing a normal peer as a behavioral model dor developmentally delayed children. Perceptual and Motor Skills, 44, 231-241.

Argyle, M. y Kendom, A. (1967). "The experimental analysis of social performance". En L. Berkowitz (Ed.).Advances in experimental social psychology, vol. 3. Nueva York. Academic Press: 55-98.

Argyle, M. (1983). The psychology of interpersonal behavior,4ª edición, Armonsworth. Penguin Books (Psicología del comportamiento interpersonal, de la 2ª edicación inglesa -1972-. Alianza. Madrid, 1978).

Arias, B. (1992). Evaluation of the Effectiveness of Intervention Programmes for Improving The Sociometric Status of Students with Special Educational Needs Integrated into Ordinary Schools, Ponencia presentada al European Seminar about School Orientation, Guidance, And School Evaluation. Hadsten, Dinamarca.

Arkin, R.M. y Maruyama, G.M. (1979). Attibution, affect, and college exam performance. Journal of Educational Psychology, 71(1), 85-93.

Armsden y Greenberg (1987) Inventario de las relaciones de los padres.

Arruga Valeri, A (1983). Introducción al Test Sociométrico. Barcelona: Herder.

Asarnow, J. (1983). Overstatements of self-evaluation by students with psychoeducational problems. Journal of Learning Disorders, 19, 464-567.

Asher, S. y Wheeler, V. (1985). Children´s loneliness: a comparison of rejected and neglected peer status. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 500-505.

Ashley, P.K. (1988). Deafness in the family. IN H. Orlans (Ed.) Adjustement to adult hearing loss (pp. 71-84). San Diego: College-Hill Press.

Austin, D.R. (1985). Attitudes toward old age: A hierarchal study. The Gerontologist, 25, 431-434.

Austin, G.F. (1975). Knowledge of selected concepts obtained by an adolescent deaf population. American Annals of the Deaf. 120, 360-370.

Báguena, M.J. y Villarroya, E. (1993). Una variación transcultural del cuestionario del lugar de control para adultos multifactorial (LUCAM). Psicologemas, 7(13), 111-131.

Báguena, M.J. y Chisbert, M.J. (1998). El género como modulador de la evolución psicológica de los miedos. Análisis y Modificación de Conducta, 24(95), 333-445.

Bacher, H. (1965). The effects of special class placement on the self-concept, social adjustement, and reading growth of slow learners. Dissertation Abstracts International, 25(6), 70-71.

Baldwin, J. M. (1987). The self concius person. In gordon, C. y Gergen, K.J. (de.), The self insocial interaction, Vol. I. New York: Wiley, 1968.

Ballard, M. Corman, L., Gottlieb, J. y Kauffman, M.J. (1977). Improving the social status of mainstreamed retarded children. Journal of Educational Psychology, 69, 605-611.

Bandura, A. (1965). Influence of models´reinforcement contin-gencies on the acquisition of imitate responses. Journal of personality and social psycology, vol. 1, 589-595.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. Am. Psychology, 33(4), 344-358.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.

Bandura, A. (1981). Self-referent throught: A developmental analysis of self-efficacy. En J.H. Flavell y L.D. Ross (Eds.). Cognitive social development: Forntiers and possible futures. Cambridge: University Press.

Bandura, A. y Schunk, D.H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrisic interest through proximal self-motivation. Journal Personality Social and Psychology, 41, 586-598.

Bandura, A. (1982). The self and mechanisms of agency. En J. Suls (Ed.). Social psychological perspectives on the self. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Bandura, A. (1986). Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

Bankart, C.P. y Vincent, M.A. (1988). Beyond individualism and isolation: A study of communion in adolescent males. Journal of Social Psychology, 128(5), 675-683.

Bank-Mikkelsen, N. (1979). La normalización como objetivo de la vida diaria. Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO, 15, 31-39.

Baraja, A. (1993). El proceso de adaptación escolar en contextos interétnicos. Un modelo de intervención para reducir el prejuicio. Madrid: Universidad Complutense.

Barker, R.G., Wright, B.A., Meyerson, L. y Gonick, M.R. (1953). Adjustament to physical handicap and illnes: A survey of the social psychology of physique and disability. Social Science Research Council Bulletin, 55, 29-200.

Barlow, D.H., Abel, G.G., Blanchard, E.B., Bristow, A.R. y Young, L.D. (1977). A heteroso-cial skills behavior checklist for males. Behavior Therapy, 8, 229-239.

Barret, M.E. (1986). Self-imagine and social adjustement change in deaf adolescents participating in a social living class. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama y Sociometry, 39(1), 3-11.

Barrón López de Roda, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En Alvaro, J.L., Torregrosa, J.R. y Garrido, A. (Comps.). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI.

Bastin, G. (1965). Los Tests Sociométricos. Buenos Aires: Kapelusz.

Bat-Chava, Y. y Deignan, E. (2001). Peer ralationships of children with cochlear implants. Journal of deaf Studies and Deaf Education, 6(3), 186-199.

Bat-Chava, Y. y Martin, D. (2002). Sibling relationships for deaf children: The impact of child and family characteristics. American Psychological Assn/Educational Publishing Foundation, 47(1), 73-91.

Beaty, L. (1991). The effects of visual impairment on adolescent´self-concept. Journal of Visual Impairment and Blindness, 85, 129-130.

Beck, A.T. (1961). An inventory for measurement of depression. Arch. Gen. Psychiatry, 561-571.

Becker, G. (1981). Coping with stigma: Lifelong adaptation of deaf people. Social Science and Medicine, 15, 21-24.

Becker, R.E. y Heimberg, R.G. (1983). "Self-report assessment of assertive behavior: A critical analysis". Behavior Modification, 7, 451-487.

Becker, R.E. y Heimberg, R.G. (1993)."Evaluación de las habilidades sociales". En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds). Manual práctico de evaluación de conducta. (pp. 397-429). Bilbao: DDB.

Bellack, A.S. (1983). "Recurrent problems in the behavioral assessment of social kills". Behaviour Research and Therapy,21, 101-107.

Bender, R.E. (1960). The Conquest of Deafness (2nd Ed.). Cleveland, OH: Western Reserve University Press.

Benderly, B.L. (1980). Dancing without music: Deafness in America. Garden City, NY: Achor Press/Doubleday.

Bentler, P.M. (1972). Review of the Pier-Harris Cildren´s Self-Concept Scale (The Way I Feel About Myself). The Seventh Mental Measurements Yearbook. (Vol.1). New Jersey: The Gryphyn Press.

Berndt, T. y Perry, T. (1986). Children´s perceptions of friendships as supportive relationships, Developmental Psychology, 22, 640-648.

Best, G. (1967). The minority status of the physically disabled. Cerebral Palsy Journal, 28(3), 3-4, 8.

Birch, J.W. (1967). Mainstreamed education for hearing imapired pupils: Issues and interviews. American Annals of the Deaf, 121, 69-71.

Blanco, A. (1982). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández Ballesteros y Carrobles, J.A.I. (Eds.). Evaluación Conductual. Pirámide: Madrid.

Blanton, R.L., y Nunnally, J.C. (1964). Evaluational language processes in the deaf. Psychological Reports, 15, 891-894.

Blatt, M. y Kohlberg, L. (1975). The effects os classroom moral discussion on the development of moral judgment. Journal of Moral Education, 2, 129-161.

Blood, G.W., Blood, I.M. y Danhauer, J.L. (1977). The hearing aid “effect”. Hearing Instruments, 28, 12.

Blood, B.W., Blood, I.M. y Danhauer, J.L. (1978). Listeners´ impressions of normal hearing and hearing-impaired children. Journal of Communications Disorders, 11, 510-518.

Blood, I.M. y Blood, G.W. (1983). School-age children´s reactions to deaf and hearing-impaired children. Perceptual and Motor Skills, 57, 373-374.

Blurton-Jones, N. (1967). An ethological study of some aspects of social behavior of children in nursery school. En Morrid, D. (Ed.). Primate ethology. Weidenfeld and Nicolson.

Bodner, B.A., y Johns, J. (1977). Personality and hearing impairment: A study in locus of control. Volta review, 79, 362-372.

Bordley, J., y Alford, B. (1970). The pathology of rubeolla deafness. International Audiology, 9, 58-67.

Bourgoundien, M. (1987). Children´s reponses to retarded peers as a function of social behaviors, labeling and age. Exceptional Children, 53(5), 432-439.

Bowe, F. (1978). Handiccapping America: Barriers to Disabled People. New York: Harper and Row.

Bowlby, J. (1980). La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1990.

Brackett, D. y Henniges, M. (1976). Communicative interaction of preschool hearing impaired children in an integrated setting. Volta Review, 78(6), 276-285.

Bradley, G.W. (1978). Sefl-serving biases in the attibution process: A reexamination of the fact or fiction question. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 56-71.

Braginsky, D.D., y Braginsky, D.M. (1971). Hansels and Gretels: Studies of children in institution for mentally retarded. New York:Holt, Rinehart y Winston.

Braithwaite, D. O. (Ed) y Thompson, T.L. (Ed). (2000). Handbook of communication and people with disabilities: Research and application. LEA´s communication series. (Pp. 353-368). McIntosh, A. (2000). When the deaf and the hearing interact: Communication features, relationships, and disability issues. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Brasel, K. E. y Quigley, S.P. (1977). Influence of certain language and communication environments in early childhood on the development of language in deaf individuals. Journal of Speech and Hearing Research, 20(1), 95-107.

Brennan, T. (1982). Loneliness and adolescence. In L. Peplau y D. Perlman (Eds.). Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley y Sons.

Brewin, C.R. y Furham, A. (1986). Attributional versus preattributional variables in self-esteem and depression: A comparison and test of learned helplessness theory. Journal of Personality and Social Psychology, 50(5), 1013-1020.

Brickman, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? Journal of Personality and Social Psychology, 35, 917-927.

Brigham, J.C. (1974). Views of Black and White children concerning the distribution of personality characteristics. Journal of Personality, 42(1), 144-158.

Brill, R. (1975). Mainstreaming: Format or quality. American Annalas of the Deaf,120, 377-381.

Brill, R.G., MacNeill, B. y Newman, L.R. (1986). Framework for appropiate programs for deaf children: Conference of educational administrators serving the deaf. American Annals ef the Deaf, 131(2), 65-77.

Brinker, R. (1985). Interactions between severely mentally retarded students and other students in integrated and segregated public school settings. American Association on Mental Deficiency, 89(6), 587-594.

Brockner, J. (1979). The effects of self-esteem, success-failure, and self-conciousness on task performance. Journal Personality Social Psychology, 37(10), 1732-1741.

Brookover, W.B. y Thomas, S. (1964). Self-concept of ability and school achievement. Sociology of Education, 37, 271-278.

Brooks, D.N. (1977). Auditory screening: Time for reappriasal. Public Health, 91, 282-288.

Brooks, H.C. y Ellis, G.J. (1982). Self-esteem of hearing-impaired adolescents: Effects of labelling. Youth and Society, 14(1), 50-80.

Broverman, I.K., Vogel, S.R., Broverman, D.M., Clarkson, F.E. y Rosenkrantz, P.S. (1972). Sex stereotypes: A current appraisal. Journal of Social Issues, 28, 59-79.

Brown, R.T. (1980). Locus of control and its relationship to intelligence and achievement. Psychological Reports, 46, 1249-1250.

Brown, J.D. (1986). Evaluations of self and others: Self-enhancement biases in social judgments. Social Cognition, 4, 353-376.

Bruininks, V.L. (1978). Actual and perceived peer status of learning-disabled students in mainstream programs. The Journal of Special Education, 12(1), 51-58.

Brunschwig, L. (1936). A study of Some Personality Aspects of Deaf Children. New York: Columbia University Press.

Bryan, T.H. (1974). Peer popularity of learning disabled children. Journal of Learning Disabilities, 7(10), 621-625.

Bryan, T.H., Wheeler, R., Felcan, J. y Henek, T. (1976). "Come dummy". An observational study of children´s communication. Journal of Learning Disabilities, 9(10), 661-669.

Bryan, T.H., y Bryan, J. (1977). The social-emotional side of learning disabilities. Behavior Disorders, 2, 141-145.

Bryan, T.H. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. Journal of Learning Disabilities, 11, 58-66.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Buchholz, E.S. y Catton, R. (1999). Adolescents´perceptions of aloneness and loneliness. Adolescence, 34(133), 203-213.

Budoff, M. y Gottlieb, J. (1976). Special-class EMR children mainstreamed: A study of an aptitude (learning potential) treatment interaction. American Journal of Mental Deficiency, 81, 1-11.

Burden, P.R., y Parish, T.S. (1983). Exceptional and normal children´s descriptions of themselves. Education, 104, 204-205.

Burnham, J.J. (1996). Validation of the Fear Survey for Children and Adolescents II. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies, 56(9-A), 3454.

Buscaglia, L. (1975). The Disabled and Their Parents: A Counseling Challenge. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, Inc.

Caballo, V.E. (1983). Asertividad: Definiciones y dimensiones. Estudios de Psicología, 13, 52-62.

Caballo, V.E. (1986). "Evaluación de las habilidades sociales". En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.). Evaluación conductual: metodología y aplicaciones, 3ª de. (pp. 553-595). Madrid: Pirámide.

Caballo, V.E. (1987). Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. (Microficha).

Caballo, V.E. (1987). Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia: Promolibro.

Caballo, V.E. y Buela, G. (1988). "Factor analyzing the College Self-Expression Scale with a Spanish population". Psychological Reports, 63, 503-507.

Caballo, V.E. y Buela, G. (1988). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. Perceptual and Motor Skills, 67, 591-602.

Caballo, V.E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E. (1991). "El entrenamiento en habilidades sociales". En V.E. Caballo (Dir.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. Psicología Conductual,21, 221-231.

Caballo, V.E. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. Psicología Conductual, 1, 73-99.

Caballo, V.E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E. (Dir.) (1997). Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los transtornos psicológicos, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E. (Dir.) (en prensa). Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los transtornos psicológicos, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V.E., Andres, V. y Bas, F. (1997). "Fobia social". En V.E. Caballo (Dir.). Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los transtornos psicológicos, vol. 1. Madrid: Siglo XXI.

Calhoun, G. y Elliot, R.N. (1977). Self concept and academic achievement of educable retarded and emotionally disturbed pupils. Exceptional Children, 43, 379-380.

Calvete, E. (1989). Factores Disposicionales del Afrontamiento al Strés Diario: Patrón de Conducta Tipo A y Locus de Control. Revista Vasca de Psicología, 2(1), 5-17.

Carlson, H.M. y Baxter, L.A. (1984). Androgyny, depression, and self-esteem in Irish homosexuals and heterosexual males and females. Sex Roles, 10(5-6), 457-467.

Carmines, G. y Zeller, R.A. (1979). Reliability and validity assessment. Sage University Papers, 17.

Carr, D.E. (2001). Stress and coping in adolescents girls: Exploring relationships among daily hassles locus of control, and coping style in girls 15-17 years old. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciencies and Engineering, 62(4B).

Carrobles, J.A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro.

Carroll, A. (1967). The effects of segregated and partially integrated school programs on self-concept and academic achievement of educable mental retardates. Exceptional Children, 34, 93-99.

Carroll, C.F., y Repucci, N.D. (1978). Meanings that professionals attach to labels of children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 372-374.

Casanova Rodríguez, M.A. (1981). La sociometría: sus aplicaciones educativas. Madrid: Anaya.

Cartwright, D. (1950). Emotional dimensions of group life. In M.L. Raymert (Ed.). Feelings and Emotions (pp. 439-447). New York: McGraw-Hill.

Cartwright, C.A., y Cartwright, G.P. (1974). Developing observational skills. New York: McGraw-Hill.

Cattell, R.D. (1966). Handbook of Multivariate Experimental Psychology. Chicago: Rand McNally.

Cates, J.A. (1991). Self-concept in hearing and prelingual, profoundly deaf students: A comparison of teachers´ perceptions. American Annals of the Deaf, 136(4), 354-359.

Centers, L. y Centers, R. (1963). Peer group attitudes towards the amputee child. Journal of Social Psychology, 61, 127-132.

Channouf, A. (1991). Reconocimento de las Explicaciones Causales Internas y Externas. Anuario de Psicología, 3(50), 9-18.

Chapman, J. (1988). Learning disabled children´s self-concepts. Review of Educational Research, 58(3), 347-371.

Chen, T.Y. y Tang, C.S. (1997). Stress Appraisal and Social Support of Chinese Mothers of Adult Children with Mental Retardation. American Journal on Mental Retardation, 5, 473-482.

Chess, S. y Fernández, P. (1981). Do deaf children have a typical persolity? In S. Chess y A. Thomas (Eds.). Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development (pp. 295-305). New York: Brunner/Mazel.

Chiu, L.H. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. Journal of Counseling and Development, 66(6), 298-301.

Cholden, L.M. (1972). A psychyatrist works with blindness. New York.

Chovan, W.L., Roberts, K. (1993). Deaf students´ self-appraisals, achievement outcomes, and teachers´ inferences about social-emotional adjustment in academic setting. Percept Mot Skill, 77(3,1), 1021-1022.

Christopolos, F. y Renz, P. (1969). A critical evaluation of special education programs. Journal of Special Education, 3, 371-379.

Cidad, E. (1987). Modificación de Conducta en el Aula e Integración Escolar. Madrid: UNED.

Clark,A, Clemes, H. y Bean, R. (1993) Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes. Madrid: Debate.

Clark, G.M. (1975). Mainstreaming for the secondary educable mentally retarded: Is it defensible? Focus on Exceptional Children, 7(2), 2-5.

Clifford, E. y Cliford, M. (1986). Social and psychological problems associated with clefts: Motivations for cleft palate treatment. International Dental Journal, 36, 115-119.

Coburn, J.M. (1972). Attitude changes in vocational rehabilitation counselors related to the psyquically disabled during instruction preparation. Dissertation Abstracts International, 33, 4084.

Cohen, J., y Struening, E.L. (1963). Opinions about mental illness: Mental hospitaloccupational profiles and profile clusters. Psychological reports, 12, 111-124.

Cohen, J. (1973). Sensación y percepción auditiva y de los sentidos menores. Mexico: Trillas

Cohen, O.P. y Long, G. (1991). Editor´s Introduction: An overview of adolescence. Volta Review, 93(5), 1-5.

Coleman, J.M. (1983). Handicapped labels and instructional segregation: Influences on children´s self-concepts versus the perceptions of others. Learning Disabilities Quarterly,6(4), 3-11.

Coleman, J.M. (1983). Self-concept and midly handicapped: The role of social comparisons. The Journal of Special Education, 17(1), 37-45.

Collins, J.K. (1991). Research into adolescence: A forgotten era. Australian Psychologist, 26(1), 1-9.

Compas, B.E., Malcarne, V.L., y Fondacaro, K.M. (1988). Coping with streesful events in older children and young adolescents. Jounral of Consulting and Clinical Psychology, 56, 405-411.

Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación española de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, 12, 217-236.

Connell, J. y Illardi, B. (1987). Self-system concomitants of discrepancies between children´s and teahers´s evaluations of academic competence. Cild Development, 58, 1297-1307.

Conrad, R. (1979). The Deaf School Child**.** London: Harper.

Convey y Koelle (1981). Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris revisado para sordos.

Cook-Clampert, D. (1981). The development of self-concept in blind children. Visual Impairment and Blindness, 6, 233-238.

Cooley, C.H. (1902). The social self: On the meaning of I. In Gordon C. y Gergen K.J. (de.): The self in social interaction. Vol I. pp. 87-91. New York: Wiley (1968).

Cooley, C.H. (1956). Human Nature and the Social Order. New York: Free Press.

Cooney, M. y Mullen, T. (1985). Student attitudes toward disabled peers (Tech. Rep. Nº 143), San Bernardino: California State University.

Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W.H. Freeman.

Cosden, M. (1984). Piers-Harris Children´s Self-concept Scale, In Keyser, D.J. y Sweetland, R.C. (Ed.), Test Critiques. (Vol. 1). Kansas City, MO: Test Corporation of America.

Cowen, E., Pederson, A., Babigian, H., Izzo, L. y Trost, M. (1973). Long Term follow-up of early detected vulnerable children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 438-446.

Coyner, L.S. (1993). Comparison of the relationship of academic succes to self-concept, social acceptance and perceived social acceptance for hearing, hard of hearing and deaf adolescents in a mainsteam setting. The University of Arizona. Tesis Doctoral.

Craig, H.B. (1965). A sociometric investigation of the self-concept of the deaf child. American Annals of the Deaf, 110, 456-478.

Craig, W. N. y Salem, J.M. (1975). Partial integration of deaf with hearing students: Residential school perspectives. American Annals of the Deaf, 120, 28-36.

Craig, W. N. y Craig, H. B. (1975). Directory of services for the deaf. American Annals of the Deaf, 120(2), 175.

Craig, W. N. y Craig, H. B. (1980). Directory of services for the deaf. American Annals of the Deaf, 125(2), 179.

Crandall, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. En J.P. Robinson y P.R. Shaver (Eds.). Measures of social psychological attitudes. Michigan: Institute for Social Research.

Crocker, J., Alloy, L.B. y Kayne, N.T. (1988). Atributtional style, depression, and perceptions of consensus for events. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 840-846.

Crocker, J. y Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological Review, 96, 608-630.

Crocker, J., Voelkl, K., Testa, M. y Major, B. (1991). Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. Journal of Personality and Social Psychology, 60(2), 218-228.

Crocker, J., Cornwell, B. y Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. Journal of Personality and Social Psychology, 64(1), 60-70.

Cronbach, L.J. (1970). Essential of Psychological testing. New York: MacMillan.

Dale, M. (1984). Individualized Integration: Studies of Deaf and Partially Hearing Children and Students in Ordinary Schools and Colleges. Silver Sping, MD: Charles C. Thomas.

Damon, W. y Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. Child Development, 53(4), 841-864.

Danhauer, J.L., Blood, G.W., Blood, I.M. y Gomez, N. (1980). Professional and lay observers´ impressions of preschoolers wearing hearing aids. Journal of Speech and Hearing Disorders, 45, 415-422.

Darling, R.B. y Darling, J. (1982). Children Who Are Different – Meeting the Challenges of Birth Defects in Society. St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company.

Davidson, A.R. y Jacckard, J.J. (1979). Variable´s that moderate the attitude-behavior relation: Results of a longitudinal survey. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1364-1376.

Davis, F. (1961). Deviance disavowal: The management of strained interaction by visibly handicapped. Social Problems, 9, 120-132.

Davis, W.E. (1986). Resource Guide to Special Education, (2nd. Ed). Newton, MA: Allyn and Bacon, Inc.

Dean, M. y Nettles, J. (1987). Reverse Mainstreaming: A successfull model for interaction. Volta Review, 89, 27-34.

Deaux, K.K. y Major, B. (1987). Putting gender into context: An integrative model of gender-related behavior. Psychological Review, 94, 369-389.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

DeMello, L. R. e Imms, T. (1999). Self-esteem, locus of control and coping styles and their relationship to school attitudes of adolescents. Psychological Studies, 44(1-2), 24-34.

De La Puente, M.L., Labrador, F.J. y García Vera, M.P. (1993). "La autoobservación conductual" en F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muños (Eds.). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp.115-150). Madrid: Pirámide.

Devoney, C., Guralnick, M.J. y Rubin, H. (1974). Integrating handicapped and nonhandicappead preschool children: Effects on social play. Chilhood Education, 50, 360-364.

Díaz-Aguado, M.J. (1982). La relación entre el tipo de educación escolar y el nivel de razonamiento moral. Madrid: Universidad Complutense.

Díaz-Aguado, M.J. (1983). Las expectativas en la interacción profesor alumno. Revista Española de Pedagogía, 162.

Díaz-Aguado, M.J. (1986). El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social. Madrid: CIDE.

Díaz-Aguado, M.J. (1986). Conocimiento social. En J. Mayor (Dir.). Sociología y Psicología Social de la Educación. Madrid: Anaya.

Díaz-Aguado, M.J. (1988). La interacción entre compañeros: Un modelo de intervención psicoeducativa. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa.

Díaz-Aguado, M.J. (1990). Programa para el desarrollo de la competencia social en sujetos con inadaptación socio-emocional. En J. M. Román y D. García Villamisar (Eds.) Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar. Valencia: Promolibro.

Díaz-Aguado, M.J. (1990). El desarrollo moral. En J. Madriga, y P. Lacasa (Dirs.) Psicología Educativa. Madrid: UNED.

Díaz-Aguado, M.J. (1992). Programas para desarrollar la competencia social en la infancia y la adolescencia. Master en programas de intervención psicológica en contextos educativos. Madrid: Universidad Complutense.

Díaz-Aguado, M.J., Mtnez Arias, y Royo Garcia, (1992). Educación y desarrollo de la tolerancia. Volúmenes (1-4). Madrid: MEC.

Díaz-Aguado, M.J. (1995). Todos iguales, todos diferentes: Niños con necesidades especiales. Tomo I. Madrid: ONCE.

Díaz-Aguado, M.J. (1995). Todos iguales, todos diferentes: Programas para favorecer la integración escolar: Manual de intervención . Tomo II. Madrid: ONCE.

Díaz-Aguado, M.J. (1995). Todos iguales, todos diferentes: Programas para favorecer la integración escolar de niños ciegos: Investigación. Tomo III . Madrid: ONCE.

Díaz-Aguado, M.J. (1995). Todos iguales, todos diferentes: Instrumentos para evaluar la integración. Tomo IV. Madrid: ONCE.

Díaz-Aguado, M.J. (1995). Todos iguales, todos diferentes: Niños con dificultades para ver. Tomo V. Madrid: ONCE.

Dibner, S.S. (1973). Semi-integrated camping for the physical handicapped child. Rehabilitative Psychology, 20(2), 35-48.

DiFrancesca, S. (1972). Academic achievement test results of a national testing program for hearing impaired students. U.S.: Spring 1971 (Series D. Nº. 9), Washington, D.C.

Dion, K.L. (1986). Responses to perceived discrimination and relative deprivation. In J.M. Olson, C.P. Herman y M.P. Zanna (Eds.), Relative Deprivation and Social Domparison: The Ontario Symposium Vol. 4, (pp. 159-179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dise-Lewis, J.E. (1988). The Life Events and Coping Inventory: An Assessment of stress in children. Psychosomatic Medicin, 50(5), 484-499.

Diver, A.C. (1990). Adolescence. In R. Murray Thomas (Ed.), The Encyclopedia of Human Development and Education. Theory, Research, and Studies. (pp. 188-193). London: Pergamon Press.

Dodge, K. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. Child development, 54, 1386-1389.

Dodge, K., Coie, J., Pettit, G. y Price, J. (1990). Peer status and aggression in boys´s groups: Developmental and contextual analysis. Child Development, 61, 620-635.

DOGV Orden del 11-X-94 publicada el 18-I-95.

Doise, W. y Mugny, G (1983). La construcción social de la inteligencia. México: Trillas.

Dollard, J. y Miller, N.E. (1977). Personalidad y psicoterapia. Bilbao: DBB (publicado originalmen-te en inglés en 1950, por McGraw-Hill Co., Nueva York).

Donaldson, J. (1987). Cambio de actitudes hacia las personas retrasadas. Siglo Cero, 112, 38-39.

Dong, Q., Yang, B. y Ollendick, T.H. (1994). Fears in Chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 351-363.

Dorrance, P.K. (1986). Mainstreaming from a residential setting. American Annals of the Deaf, 131(1), 48-50.

Dowaliby, F.J., Burke, N.E. y McKee, B.C. (1983). A comparison of hearing impaired and normally hearing students on locus of control, people orientation, and study habits and attitudes. American Annals of the Deaf, 128, 53-59.

Doyen, R.H. (1976). Perceiving the mentally ill: A test of a Inferential path model. University of Massachussetts.

Doyle, K., y Beaudet, J. (1988). Developmental patterns in the flexibility of children´s ethnic attitudes. Journal of Cross-cultural Psychology, 19(1), 3-18.

Dunn, L.M. (1968). Special education for the mildly retarded –Is much of it justifiable? Exceptional Children, 35, 5-22.

Echeburúa, E. (1993). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid: Pirámide.

Edgerton, R.G. (1967). The Cloak of Competence: Stigma in the Lives of the Mentally Retarded. Berkeley, CA: University of California Press.

Eggland, E.T. (1973). Locus of control and children with cerebral paralisy. Nursing Research, 22(4), 329-333.

Elkonin, D. (1980). Psicología del juego. Madrid: Pablo del Río.

Elser, R. (1959). The social position of hearing handicapped children in the regular grades. Exceptional Children, 25, 305-309.

Emerton, R.G. y Rothman, G. (1978). Attitudes towards deafness: Hearing students at a hearing and deaf college. American Annals of the Deaf, 123, 588-593.

Epstein, J.H. (1985). Review of Pier-Harris Children´s Self-concept Scale (The way I feel about myself). In J.V. Mitchell, Jr. (Ed.), The Ninth Mental Measurements Yearbook (pp. 1167-1169). Lincoln, NE: The University of Nebraska Press.

Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 56, 94-142.

Erikson, E. (1963). Childhood and Society. New York: W.W. Noton.

Erikson, E. (1968). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

Erol, N. y Sahin, N. (1995). Fears of children and the cultural context: The Turkish norms. European Child and Adolescent Psychiatry, 4(2), 85-93.

Esposito, B. y Koorland, M. (1989). Play behavior of hearing impaired children: Integrated and segregated settings. Exceptional Children, 55(5), 412-419.

Escudero Muñoz, J.M. (1984). La renovación pedagógica: Algunos modelos teóricos y el papel del profesor. Madrid: Escuela Española.

Evans, A.D. y Falk, W.W. (1986). Learning to be deaf. New York, NY: Mouton de Gruyter.

Evans, J.H. (1976). Changing attitudes toward disabled: An experimental study. En Rehabilitation Counseling Bulletin, 19, 572-579.

Faunce, D., y Beegle, J.A. (1948). Cleavages in a reatively hamogeneous group of rural youth: An experiment in the use of sociometry in attaining and measuring integration. Sociometry II. Pp. 207-216.

Fausti, S.A. (1987). Pure tone audiology and high frecuencies. Audiology in Practice, 4, 4-6.

Farrel, A.D., Rabinowitz, J.A., Wallander, J.L. y Curran, J.P. (1985). "An evaluation of two formats for the intermediate-level assessment of social skills". Behavioral Assessment, 7, 155-171.

Farrugia, D. y Austin, G.F. (1980). A study of social-emotional adjustment patterns of hearing-impaired students in different educational settings. American Annals of the Deaf, 125(4), 535-541.

Fazio, R.H., Effrein, E.A. y Falender, V.J. (1981). Self-perceptions following social interactions. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 232-242.

Felsen, R.B. y Zielinski, M.A. (1989). Children´s self-esteem and parental support. Journal of Marriage and Family, 51, 727-735.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. Human Relations, 7, 117-140.

Findley, M. y Cooper, H. (1983). Locus de control and academic achievement: A literature review. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 419-427.

Fine, M.J. y Caldwell, T.E. (1967). Self-evaluation of school-related behavior of educable mentally retarded children: A preliminary report. Exceptional Children, 33, 324.

Fitch, G. (1970). Self-esteem, success, and choice effects on casuality. Journal of Personality and Social Psychology, 16(2), 311-315.

Fitchen, C.S. (1988). Students with physical disability in Costa Rica and their determinants: A pilot study. Tesis Doctoral no publicada. Michigan State University.

Fleming, E.P. (1979). Acceptance of Self and Others: A study of Students ´Attitudes Towards Physically Disabled Persons. Philadelphia: The Medical College of Pennsylvania.

Font Guiteras, A. (1989). Locus de Control en Situaciones de Indefensión Producida por Amenaza Real. Psicologemas, 3(6), 225-244.

Fontenot, J. (1992). An investigation of the attitudes of TMI students toward school in three different educational environments. Unpublished Doctoral Dissertation. Detroit, MI: Wayne State University.

Force, D.G., Jr. (1956). Social status of physically handicapped children. Exceptional Children, 23, 104-107.

Forlin, C. (1996). Inclusion: Is It Stressful for Teachers? Journal of Intellectual and Developmental Disability, 3, 199-217.

Forlin, C. et al. (1996). Inclusive Practices: How Accepting Are Teachers. InternationalJournal of Disability, Development and Education, 2, 119-133.

Forman, E. y Cazden, C. (1984). Perspectivas vygotskianas en la educación: el valor cognitivo de la interacción entre iguales. Infancia y Aprendizaje, 27-28, 139-157.

Fortes Del Valle, M.C., Ferrer Manchon, A. y Gil Llario, M.D. (1996). Bases psicológicas de la Educación Especial. Promolibro.

Foster, S. (1987). The impact and outcome of mainstreamed and residential school programs. Paper presented at the National Technical Institute for the Deaf, Rochester Institute of Tchnology, and the U.S. Office of Education.

Foster, S. (1988). Life in the mainstream: Deaf college freshman and their experiences in the mainstreamed high school. Journal of Rehabilitation of the Deaf, 22(2), 27-35.

French, D. (1988). Heterogenity of peer relected boys: Aggresive and nonagressive subgroups. Child Development, 59, 976-985.

Furstenberg, K., y Doyal, G. (1994). Las relaciones entre el funcionamiento de la conducta emocional y carácter´siticas personales en la ejecución de los resultados en estudiantes sordos. American Annals of the Deaf, 139(4), 410-414.

Frable, D.E.S., Blackstone, T. y Scherbaum, C. (1990). Marginal and mindful: Deviants in social interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 140-149.

Franklin, M.R., Duley, S.M., Rousseau, E.W. y Sabers, D.L. (1981). Construct validation of the Piers-Harris children´s self-concept scale. Educational and Psychological Measurement, 41, 439-443.

Freeman, R. F., Malkin, S.F. y Hastings, J.O. (1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: A comparative study. American Annals of the Deaf, 120, 391-405.

Frieze, I.H. y Weiner, B. (1971). Cue utilization and attributional judgments for success and failure. Journal of Personality, 39, 591-605.

Frydenberg, E. (1989). Concerns of youth and how they cope: An study of Austalian adolescents. Unpublished doctoral dissertation, La Trobe University, Melbourne.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1990). How adolescents cope with different concerns: The development of the Adolescent Coping Checklist (ACC). Psychological Test Bulletin, 3(2), 63-73.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. Journal of Adolescence,14, 119-133.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1991). Australian adolescent coping styles. Australian Educational Researcher, 18(2), 65-82.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1992, July). Coping with concerns: Does separation do they cope? Paper presented at the 25th International Congress of Psychology, Brussels.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1992, July). Social issues. Do young people care? How do they cope? Paper presented at the 25th International Congress of Psychology, Brussels.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1996). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. Journal of Adolescence.

Frydenberg, E. y Lewis, R (1996). A replication study of the structure of the adolescent coping scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. European Journal of Psychological Assessment, 12(3), 224-235.

Fuentes Arias, J. De la, y Fuentes Arias, M. De la (1993). Relaciones entre variables de personalidad, procedencia social y sexo: Habilidades de interacción, autoestima y locus de control. Revista de educación de la Universidad de Granada,31(7), 157-172.

Fullan, M. (1986). El desarrollo y la gestión del cambio. Ponencia presentada al I Simposium sobre Innovación Educativa. Murcia.

Furman, W., Rahe, D.F. y Hartup, W.W. (1979). Rehabilitation of socially withdrawn preschool children through mixed-age and same-age socialization. Child Development, 50(4), 915-922.

Furnham, A. y Lane, S. (1984). Actual and perceived attitudes towards deafness. Psychological Medicine, 14, 417-423.

Furnham, A., y Pendred, J. (1983). Attitudes towards the mentally and physically disabled. British Journal of Medical Psychology, 56(2), 179-187.

Furstenberg, K., y Dorjal, G. (1994). The relationship between emotional-behavior functioning and personal characteristics on performance outcomes of hearing impaired estudents. American Annuals of de Deaf, 134(4), 410-414.

Furth, H.G. (1966). Thinking without Language: Psychological Implications of Deafness. New York: Free Press. [Trad. cast. (1981). Pensamiento sin lenguaje. Implicaciones psicológicas de la sordera. Madrid: Maranova]

Furth, H.G. (1973). Deafness and Learning. Belmont, CA: Wadesworth Publishing Co.

Furth, H.G. y Yuonis, J. (1979): Thinking in deaf adolescents: language and formal operations. Journal of comunication disorders, 2, 195-202 .

Gaertner, S.L. y Dovidio, J.F. (1977). The subtlety of White racism, arousal, and helping behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 691-707.

Gampel, D., Gottlieb, J. y Harrison, R. (1974). Comparison of the classroom behavior of special class EMR, integrated EMR, low IQ and non retarded children. American Journal of Mental Deficiency, 79(1), 16-21.

Garcia Sáiz, M. y Gil, F. (1995). Conceptos, supuestos y modelos explicativo de las habilidades sociales" En F. Gil, J.M. León, L. Jarana (Eds). (1992). Habilidades sociales y salud (pp. 47-58). Madrid: Pirámide. 1ª edic.

Gardner H. (1993). Múltiple intelligence: The theory in practice. New York: Basic Books.

Gargiulo, R. M., y Yonker, R.J. (1983). Assesing teachers´attitudes toward the handicapped: A methedological investigation. Psychology in the Schools, 20, 229-233.

Garrison, W.M. y Tesch, S. (1978). Self-concept and deafness: A review of research literature. Volta Review, 80, 457-466.

Garrison, W.M., DeCaro, P., Tesch, S. y Emerton, R.G. (1978). Deafness and Self-disclosure: Some Problems in Interpreting Self-concept Measures. Report No. NTID-PS-24. Rochester, NY: National Technical Institute. ERIC Document Reproduction. Service No. ED 209-897.

Garrison, W.M., Tesch, S. y DeCaro, P. (1978). An assessment of self-concept levels among postsecondary deaf adolescent. American Annals of the Deaf, 123(8), 968-975.

Garver, A. y Schmelkin, L.P. (1989). A multidimensional scaling study of administrators´ and teachers´ perceptions of disabilities. Journal of Special Education, 22, 463-478.

Gearheart, B.R. (1980). Special Education for the ´80s. St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.

Gecas, V. y Schwalbe, M.L. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. Social Psychology Quarterly, 46, 77-88.

Geenberg , M.T. y Kusché, C.A. (1987). Cognitive, personal, and social development of deaf children and adolescents. En M.C. Wang, M.C. Reynolds y H.J. Walberg (Eds.). Handbook of special education: Research and practice, Vol. 3. Low incidence conditions. New York: Academic Press.

Gershen, J., Langer, T., y Orsec, L. (1974). Child behavior and life events: Undesirable change or change per se? In B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events: Their nature and effects (pp. 159-170). New York: John Wiley and Sons.

Gilbert, D.G. y Connolly, J.J. (1995). Personalidad, habilidades sociales y psicopatología: un enfoque diferencial. Barcelona: Omega.

Goethals, G.R., Darley, J.M. y Kriss, M. (1978). The impact of opinion agreement as a function of the grounds for agreement. Representative Research in Social Psychology, 9(1), 30-42.

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Goldin, C. (1990). Stigma, biomedical efficacy, and institutional control. Social Science Medicine, 30(8), 895-900.

Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. (1989). Habilidades Sociales y Autoconctrol en la Adolescencia. Barcelona: Martínez Roca.

González Alvarez, J. (1990). La Sociometría por Ordenador. Generalitat Valenciana.

González, E., González, M.T. y Escudero Muñoz, J.M. (1987). Innovación educativa: teorías y procesos del desarrollo humano. Barcelona: Humanitas.

González, E. (Coord.) (1995). Intervención Psicoeducativa. Madrid: CCS.

Goodman, H., Gottlieb, J. y Harrison, R. (1972). Social acceptance of EMRs integrated into a nongraded elementary school. American Journal of Mental Deficiency, 76, 412-417.

Goodman, L. (1973). The sexual rights of the retarded: A dilema for parents. The family Coordinator, 9,43-45.

Gorewitz, R.E. (1981). The effects of handicapped appearence on cooperation. Tesis Doctoral no publicada. Teachers´College. Columbia University.

Goossens, L. y Beyers, W. (2002). Comparing measures of childhood loneliness: Internal consistency and confirmatory factor analysis. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31(2), 252-262.

Gottfried, A.W. (1985). Measures of socioeconomic status in child development research: Data and recommendations. Merrill-Palmer Quarterly, 31(1), 85-92.

Gottlieb, J. y Budoff, M. (1973). Social acceptability of retarded children in nongraded schools differing in architecture. American Journal of Mental Deficiency, 78, 15-19.

Gottlieb, J. y Cohen, L. y Goldstein, L. (1974). Social contact and personal adjustement as variables relating to attitudes towrd EMR children. Training School Bulletin, 71, 9-16.

Gottlieb, J. (1974). Public, peer, and professional attitudes toward mentally retarded persons. Studies in Learning Potential, 4(78), 20-39.

Gottlieb, J. (1976). Attitudes toward the Mentally Retarded. American Journal of Mental Deficiency, 80, 376-380.

Gottlieb, J. y Gottlieb, B.W. (1977). Sterotypic attitudes and behavioral intentions towrd handicapped children. American Journal of Mental Deficiency, 82, 65-71.

Gottlieb, B., Semmel, M. y Veldman, D. (1978). Correlates of social status among mainstreamed mantally retarded children. Journal of educational Psychology, 70, 396-405.

Gottlieb, J. (1980). Improving attitudes towards retarded children by group discussion. Exceptional Children, 47, 106-111.

Gottlieb, B. y Leyser, Y. (1981). Facilitating the social mainstreaming of retarded children. Exceptional Education Qarterly, 1, 57-59.

Gottlieb, J., Corman, L. y Curci, R. (1986). Attitudes toward mentally Retarded Children, en R.L. Jones (comp.), Attitudes and Attitude Change in Special Education:Theory and Practice, 2ª ed., Reston, Virginia, The ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children, The Council for Exceptional Children, 1986, 143-156.

Gottwald, H. (1970). Public awareness about mental retardation. Arlington, Virginia: Council for Exceptional Children Research Monograph.

Goulder, T.J. y Trybus, R.J. (1977). The Classroom Behavior of Emotionally Disturbed Hearing Impaired Children. Washington, DC: Office of Demographic Studies, Gallaudet College.

Gove, W.R., Ortega, S.T. y Style, C.B. (1989). The maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: An empirical evaluation. American Journal of Sociology, 94(5), 1117-1145.

Graziano, A.M., DeGeovanni, I.S. y García, K.A. (1979). Behavioral treatment of children's fears: a review. Psychological Bulletin, 86, 804-830.

Grand, S.A., Bernier, J.E. y Strohmer, D.C. (1982). Attitudes towrd disabled persons as a function of social context and specific disability. Rehabilitation Psychology, 27, 165-174.

Green, S.L. (1978). The self-concept of deaf adolescents in state residential and public day school programs. Unpublished Doctoral Dissertation.

Greenberg, M.T. y Calderón, R. (1984). Early intervention: Outcomes and issues. Topics in Early Childhood Special Hall, 3, 1-9.

Greenberg, H. y Kusche, C. (1989). Cognitive, personal, and social development of deaf children and adolescents. In M. Wang, M. Reynolds, and H. Walberg (Eds.), Handbook of Special Education: Research and Practice. New York: Pergamon Press.

Greenburg, M.T. (1980). Social interaction between deaf preschoolers and their mothers: The effects of communication competence. Developmental Psychology, 16, 465-474.

Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. American Psychology, 35, 603-618.

Gresham, F.M. (1982). A mode for the behavioral assessment of behavior disorders in child: Measurement considerations and practical applications. Journal of School Psychology, 20, 131-141.

Gresham, F. (1987). Los errores de la corriente de integración. Revista de Educación, Número extraordinario, 173-192.

Gronlund, N.E. (1976). Measurement and evaluation in teaching. New York: Macmillan.

Gruen, G.E., Ottinger, D.R. y Ollendick, T.H. (1974). Probability learning in retarded children with differing histories of success and failure in school. American Journal of Mental Deficiency, 79, 417-423.

Gullone, E. y King, N. (1993). The fears of youth in the 1990s: Contemporary normative data. The Journal of Genetic Psychology, 154, 137-153.

Guralnick, M. (1976). The value of integrating handicapped and non-handicapped preschool children. American Journal of Orthopsychiatry, 46, 173-192.

Guralnick, M. y Paul-Brown, D. (1977). The nature of verbal interactions among handicapped and nonhandicapped preschool children. Child Development, 48, 254-260.

Guralnick, M. (1981). The social behavior of preschool children at different developmental levels. Effects of group composition. Journal of Experimental Child Psychology, 31, 115-130.

Guralnick, M. y Groom, J. (1987). The peer relations of middly delayed and nonhandicapped preschool children mainstreamed playgroups. Child Development, 58, 1556-1572.

Hagborg, W. (1987). Hearing impaired students and sociometric ratings: An exploratory study. Volta Review, 89, 221-228.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

Haley, D.J. y Hood, S.B. (1986). Young adolescents´perception of their peers who wear hearing aids. Journal of Communication Disorders, 19, 449-460.

Hallaman, D.P. y Kauffman, J.M. (1991). Exceptional children: Introduction to special education. New Jersey: Englewood Cliffs.

Hannah, M.E., y Doherty, C. (1982). Child age and sex: Do they make a difference in attitude?. Paper presented at the annual convention of the National Association of School Psychologists, Toronto.

Harasymiw, S.J. (1971). Attitudes toward the disabled as a function of perjudice toward minority groups, familiarity with the disability, age, sex, and education. Doctoral Dissertation: University of Connecticut.

Harasymiw, S.J., Horn, M.D. y Lewis, S.C. (1976). A longitudinal study of disability group acceptance. Rehabilitation Psychology, 37, 98-102.

Harter, S. (1974). Pleasure derived by children from cognitive challenge and mastery. Children Development, 45, 661-669.

Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. Human Developmental, 21, 34-64.

Harter, S. (1979). Perceived competence scale for children. Manual, University of Denver.

Harter, S. (1981). A model intrinsic mastery motivation in children: Individual difference and developmental change. En W.A. Collins (Ed.). Minnesota Symposiua on Child Psychology. Vol. 14. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. Child Developmental, 53, 87-97.

Harter, S. (1985). Processes underlying the construction, maintenance, and enhacement of the self-concept formation in children. En J. Sulls y A. Grenwald (Eds.). Psychological perspectives on the self. Vol. III. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: Implementation for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. Special issue: Self... processes and emotional disorders. Cognitive Therapy and Research, 14(2), 113-142.

Harvey, D.H. y Greenway, A.P. (1984). Self-concept of physically handicapped children and their non-handicapped siblings: An empirical investigation. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 25(2), 273-284.

Hase, H.D. y Goldberg, L.R. (1967). The comparative validity of difference strategies of constructing personality inventory scales. Psychological Bulletin, 67, 231-248.

Haynes,S.N. (1985)."Behavioral assessment". En M. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellack (Eds.). The clinical psychology handbook. Nueva York: Pergamon Press.

Healey, W.C. (1976). In R. Frisina, (Ed.), A Bicentennial Monograph on Hearing Impairment : Trends in the USA. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.

Heider, F. y Heider, G. M. (1941). Studies in the Psychology of the Deaf. Psychological Monographs, 53, Whole Nº. 242, Vol. VIII. Evanston, IL: American Psychological Association.

Heider, R. (1944). Social perception and phenomenal causality. Psychological Review, 51, 358-374.

Heider, I. (1958). The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley.

Heller, M. (1978). The role of language in the formation of ethnic identity. In J. Phinney and M. Rotheram (Eds.) Children´s Ethnic Socialization: Pluralism and Development. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Heller, K., y Swindle, R.W. (1983). Social networks, perceived social support and coping with stress. En Felner, R.D., Jason, C.A., Moritsugu, J. Y Farber, S.S., (Eds.). Preventive psychology: theory, research and practice y community intervention. Pergamon Press.

Hersen, M. y Bellack, A.S. (1977). "Assessment of social skills". En A.R. Ciminero, A.S. Calhoum y H.E. Adams (Eds.). Handbook for behavioral assessment. Nueva York Wiley.

Hiebert, B., Wong, B.Y. y Hunter, M. (1982). Affective influences on learning disabled adolescents. Learning Disability Quarterly, 5(4), 334-343.

Higginbotham, D.J. y Baker, B.M. (1981). Social participation and cognitive play differences in hearing impaired and normally hearing preschoolers. Volta Review, April 1981, 135-149.

Higgins, P.C. (1980). Outsiders in a Hearing World: A Sociology of Deafness. Beverly Hills, CA: Sage.

Hillman, S.B., Wood, P.C. y Sawilowsky, S.S. (1994). Attributional style of African-American adolescents. Social Behavior and Personality, 22(2), 163-176.

Hiroto, D.S. y Seligman, M.E.P. (1975). Generality of learned helplessness in man. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

Hoelter, J.W. (1982). Factorial invariance and self-esteem: Reassessing race and sex differences. Social Forces, 61, 834-846.

Hoelter, J.W. (1986). The relationship between specific and global evaluations of self: A comparison of several models. Social Psychology Quarterly, 49(2), 129-141.

Hoffman, E. (1963). The American public schools and the deviant child: The origins of their involvement. Journal of Special Education, 9, 415-416.

Hollinger, C.S., y Jones, R.L. (1970). Community attitudes toward slow learners and mental retardates: What´s in a name? Mental Retardation, 8, 19-23.

Hogan, R., De Soto, C.B. y Solano, C. (1977). Traits, tests, and personality research. Am. Psychology, 32(4), 255-264.

Horne, M.D (1985). Attitudes toward Handicapped Students: Professional, Peer, and Parent Reactions. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Howard, M.S. (2001). Adolescents´attachment and coping with stress. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciencies and Engineering, 62(2B).

Huang, W., Rubin, S.E. y Zhang, F. (1998). Correlates of Stress Level in Chinese Mothers of a Child with Mental Retardation. International Journal of Rehabilitation Research,2, 237-240.

Huebner, E.S., Ash, C. y James, E. (2001). Life experiences, locus of control, and school satisfaction in adolescence. Social Indicators Research, 55(2), 167-183.

Hughes, M. y Demo, D.H. (1989). Self-perceptions of Black Americans: Self-esteem and personal efficacy. American Journal of Sociology, 95, 132-159.

Hurd, C. (2001). A cross-cultural study: Self-esteem and locus of control, emasurements in two groups of pregnant teens. Dissertation Abstracts Internationa: Section B. The Sciencies and Engineering, 61(9B).

Ingman, K., Ollendick, T.H. y Akande, A. (1999). Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. Behaviour Research and Therapy, 37(4), 337-345.

Isaacs, M. (1973). Attitudes towards the college deaf student: Stereotype of “kernel of truth” (Tech. Rep.). Rochester, NY: Rochester Institute of Technology.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Insko, C.A. y Schopler, J. (1967). Triadic consistency: A statement of affective-cognitive-conaive consistency. Psychological Review, 74 361-376.

Iso-Ahola, S.E. y Roberts, G.C. (1977). Causal attributions following success and failure at an achievement motor task. Research Quarterly, 48, 541-549.

Jacobs, L., Berscheid, E. y Walster, E. (1971). Self-esteem and attraction. Journal of Personality and Social Psychology, 17(1), 84-91.

Jahoda, A., Markova, I.M. y Cattermole, M. (1988). Stigma and the self-concept of people with a mild mental handicap. Journal of Mental Deficiency Research, 32, 103-115.

James, W. (1890/1963). Principles of Psychology**.** New York: Holt.

Jarvis, C. (2001). School is hell: Gendered fears in teenage horror. Educational Studies, 27(3), 257-267.

Jenkins, A.E., Amos, O.C. y Graham, G.T. (1988). Do Black and White college students with disabilities view their world differently? Journal of Rehabilitation, 54(3), 71-76.

Jennings, H.H. (1943). Leadership and Isolation. New York: Longmans and Green.

Jensen, G.F., White, C.S. y Galliher, J.M. (1982). Ethnic status and adolescent sel-evaluations: An extension of research on minority self-esteem. Social Problems, 30(2), 226-239.

Jervis, F. (1959). A comparison of self-concept of blind and sighted children, in guidance programs for blind children. Waterton. Massachussets: Perkins School for the Blind.

Jervis, F. (1964), The self in process of obteining and manintaining self-esteem. The New Outlook, 2, 51-53.

Jeske, R.J. (1985). Review of Piers-Harris Children´s Self-Concept Scale (The way I feel about myself). In J.V. Mitchell, Jr. (Ed.). The Ninth Mental Measurements Yearbook (pp. 1169-1170). Lincoln, NE: The University of Nebraska Press.

Johnson, G. (1950). A study of social position of mentally handicapped children in the regular grades. American Journal of Mental Deficiency, 55, 60-89.

Johnson, D.W. y Johnson, R.T. (1980). Integrating handicapped students into the mainstream. Exceptional Children, 47(2), 90-98.

Johnson, R.C. (1989). Mainstreaming? It all depends... Perspectives for Teachers of the Hearing Impaired, 7, 12-15.

Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. y Scott, R.A. (1984). Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships. New York: Freeman.

Jones, E.E. (1986). Interpreting interpersonal behavior: The effects of expectancies. Science, 234, 41-46.

Jones, C. (1987). Working together: The development of an integration programme in a primary school. Cambridge Journal of education, 17(3), 175-178.

Jones, R.C. y Kretschmer, L.W. (1988). The attitudes of parents of black hearing-impaired students. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 19, 41-50.

Jones, R.L., Gottfried, N.W. y Owens, A. (1966). The social-distance of the exceptional: A study at the high school level. Exceptional Children, 32, 551-556.

Jones, R.L., Lavine, K. y Shell, J. (1972). Blind children integrated in classrooms with sighted children: A sociometric study. New Outlook for the Blind, 66(3), 75-80.

Jöreskog, K.G. (1978). Exploratory factor analysis, EFAP II. Educational Testing Service. New York.

Joseph, S. y Kuyken, W. (1993). Linking causal attributions and inhibitory processes. Social Behavior and Personality, 21(1), 1-5.

Juhasz, A. (1992). Significant others in self-esteem development: Methods and problems in mainstreaming. In T. M. Bunthaupt y R.P. Lipka (Eds.), The Self: Definitional and Methodological Issues. Albany, NY: State University of New York Press.

Jupp, J.J. y Griffiths, M.D. (1990). Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasing role plays. Australian Psychologist, 25(2), 165-177.

Kappy, B. (1996). The relationship between perceptions of stigmatization, self-concept, and attributional style of deaf adolescents. Wayne State University. Tesis Doctoral.

Karper, W.B. y Martinek, T.J. (1982). Differential influence of various instructional factors on self-concepts of handicapped and non-handicapped children in mainstreamed physical education classes. Perceptual and Motor Skills, 54, 831-835.

Kauffman, J.M., Lloyd, J.W. y McGee, K.A. (1989). Adaptative and maladaptative behavior: Teachers´attitudes and their technical assistance needs. The Journal of Special Education, 23(2), 185-200.

Katz, I., Mathis, S. y Merrill, E.J. (1974). The Deaf Child in the Public Schools. Danville, IL: Interstate.

Katz, I. (1981). Stigma: A Social Psychological Analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Katz, I., Hass, R.G. y Baley, J. (1988). Attitudinal ambivalence and behavior toward people with disabilities. In H. Yuker (Ed.), Attitudes toward persons with disabilities. New York: Springer Publishing.

Katz, I., Wackenhut, J. y Glass, D.C. (1986). An ambivalence-amplification theory of behavior toward the stigmatized. In S. Worchel y W.G. Austin (Eds.), Psychology of intergroup relations (pp. 103-117). Chicago: Nelson-hall.

Katz, P. (1976). The adquisition of racial attitudes in children. En P. A. Katz (Ed.). Toward the elimination of racism. New York: Pergamon Press.

Katz, P., Katz, I. y Cohen, S. (1976). White children´s attitudes towards blacks and the physically handicapped. A developmental study. Journal of educational Psychology, 68, 20-24.

Kazdin, A.E. (1977). "Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation". Behavior Modification, 1, 427-452.

Kedar-Voivodas, G. (1983). The impact on elementary children´s school roles and sex roles on teacher attitudes: An interaction analysis. Review of Educational Research, 53, 415-437.

Kelley, H.H. (1972). Causal schemata and attribution process. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H.H. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins, and Weiner (Eds.), Attribution: Perceiving the Causes of Behavior. Morristown, NJ: General Learning Press.

Kelley, H.H. (1973). The processess of causal attribution. American Psychologist, 28(2), 107-128.

Kelly, J.A. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kelly, J.A., Kern, J.M., Kirkley, B.G., Patterson, J.N. y Keane, T.M. (1980). "Reactions to assertive versus unassertive behavior: Differential effects for males and females, and implications for assertiveness training". Behavior Therapy, 11, 670-682.

Kennedy, P. y Bruininks, R.H. (1974). Social status of hearing impaired children in regular classrooms. Exceptional Children, 40, 336-342.

Kennedy, P., Northcott, W., McCauley, R. y Williams, S. (1976). Longitudinal, sociometric, and cross-sectional data on mainstreaming hearing impaired children: Implications for preschool programming. Volta Review.

Keyser, V. (1979). Determinants of children´s self-efficacy beliefs in academic environment. Dissertation, M.A. Wits University.

Keyser, V., y Barling, J. (1981). Determinants of children´s self-efficacy beliefs in an academic environment. Cognitive Ther. And Research,5(1), 29-40.

Kidd, J.W. (1951). An alysis of social rejection in a college men´s residence hall. Sociometry, 14, pp 226-234.

Kierscht, M.S., Hanson, P.L. y DuHoux, M. (1978). Children´s Attitudes About Disabled Scale. Manuscrito no publicado. Psychology Department: Moorhead State.

Kilburn, J. (1983). Changing attitudes. The Council for Exceptional Children.

Kinch, J.W. (1963). A formalized theory of the self concept. American Journal of Sociology, 68, 481-486.

King, C.M. y Quingley, S.P. (1985). Reading and Deafness**.** San Diego, CA: College-Hill Press.

King, N.J., Gullone, E. y Stafford,C. (1989). Fears in visually impaired and normally sighted children and adolescents. Journal of School Psychology, 28(3), 225-231.

King, N.J., Mulhall, J. y Gullone, E. (1989). Fears in hearing-impaired and normally hearing children and adolescents. Behaviour Research and Therapy, 27(5), 577-580.

King, N.J., Ollier, K., Iacuone, R., Scuster, S., Bays, K., Gullone, E. y Ollendick, T.H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised-Fear Survey Schedule for children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 775-784.

Kinn, W.T. (1962). Self-report of physically handicapped and non-handicapped children. Dissertation Abstracts International,24, 5196-5197.

Kirchman, M.M. (1987). Attitudes toward disability. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 5, 51-63.

Kirk, S.A. (1964). Behavioral research in education of the mentally retarded, In S.A. Kirk. (Ed.) Educating Exceptional Children. Boston: Houghton-Mifflin.

Kleck, R.E., Ono, H. y Hastorf, A.H. (1966). The effects of physical deviance upon face-to-face interaction. Human Relations, 19, 425-436.

Kleck, R. (1968). Physical stigma and nonverbal cues emitted in face-to-face interaction. Human Relations, 21(1), 19-28.

Kleinfield, S. (1979). The Hidden Minority: A Profile of Handicapped Americans. Boston: Little, Brown.

Klima, E.S. y Bellugi, U. (1979). The Siogns of Language. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kloepping, K.B. (1972). The Prediction of academic achievement of physically disabled students. Dissertation Abstracts International, 33(6-A), 2735-2736.

Koelle, W.H. y Convey, J.J. (1982). The predictions of the achievement of deaf adolescents from self-concept and locus of control measures. American Annals of the Deaf, 127(6), 769-779.

Kohlberg, (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. En D. Goslin (Ed.). Handbook of socialization. Chicago: Rand McNally.

Kolzak, J. (1983). The impact of child language studies on mainstreaming decisions. Volta Review, 85(5), 129-137.

Kopans, L.S. (2001). Teachers´perceptions of working with mainstreamed deaf and hard of hearing students. Dissertation Abstract International: Section B: The Sciencies and Engineering, 61, (9B).

Kopchick, E. (1977). Mainstreaming deaf students using team teaching. American Annals of the Deaf, 122, 522-524.

Kottke, J.L., Mellor, S. y Schmidt, A.L. (1987). Effects of information on attitudes toward and interpersonal acceptance of persons who are deaf. Rehabilitation Psychology, 32, 239-244.

Krakow, R.A. y Hanson, V.L. (1985): Deaf signers and serial recall in the visual modality: Memory for signs, fingerspelling and print. Memory and Cognition, 13, 265-272.

Kuiper, N.A. y MacDonald, M.R. (1982). Self and other perception in mild depressives. Social Cognition, 1(3), 223-239.

Kuiper, N.A., Olinger, L.J., MacDonald, M.R. y Shaw, B.F. (1985). Sef-schema processing of depressed and nondepressed content: The effects of vulnerability to depression. Special Issue: Depression. Social Cognition, 3(1), 77-93.

Kulik, J.A., Sledge, P. y Mahler, H.I.M. (1986). Self-confirmatory attribution, egocentrism, and the perpetuations of self-beliefs. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 499-514.

Kupersmidt, J., y Coie, J. (1990). Preadolescent peer status, aggression and school adjustement as predictors of externalizing problems in adolescence. Child Development, 61, 1350-1362.

Kusche, C.A., Garfield, T.S. y Greenberg, M.T. (1983). The understanding of emotional and social attributions in deaf adolescents. Journal of Clinical Child Psychology, 12(2), 153-160.

Kutner, B. (1971). The Social Psychology of Disability. In W. S. Neff (Ed.), Rehabilitation Psychology. Washington, DC: American Psychological Association.

Ladd, G.W., Munson, H.L. y Miller, J.K. (1984). Social integrationn of deaf adolescents in secondary-level mainstreamed programs. Exceptional Children, 50(5), 420-428.

Ladd, G.W., Price, J. y Hart, C. (1988). Predicting preschoolers peer status from their playground behaviors. Child Development, 59, 986-992.

Ladd, G.W. (1990). Having friends, keeping friends, making fiends, and being liked by peers in the classroom: predictors of children´s early school adjustement. Child Development, 61, 1081-1100.

Ladieu, G., Adler, D. y Dembo, T. (1948). Studies in adjustement to visible injuries: Social acceptance of the injured. Journal of Social Issues, 4(4), 55-61.

Lafreniere, P. y Sroufe, A. (1985). Profiles of peer competence in the preschool: interrelations between measures, influence of social ecology and relation to attachment history. Developmental Psychology, 21(1), 56-69.

Lambert, W. y Klinenberg, O. (1976). Children´s views of foreign people. A cross national study. New York: Appleton Century Crofts.

Land, S.L. y Vineberg, S.E. (1965). Locus of control in blind children. Exceptional Children, 31, 257-260.

Larrivee, B. (1982). Factors Underlying Regular Classroom Teachers´Attitude toward Mainstreaming. Psychology in the Schools, 19, 374-379.

Launay, C.L., y Borel-Maisonny, S. (1986). Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz del niño. Barcelona: Masson.

Lazarus, R.S., y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person enviroment. In A. Pervin y M. Lewis (Eds.), Perspectives in International Psychology (pp. 287-327). New York: Plenum.

Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm. In C. Eisendorfen, S. Cohen, A. Kleinman y P. Maxim (Eds.), Theoretical basis for psychopathology (pp. 287-322). New York: Spectrum.

Leach, G. (1981). A Comparison of the social behavior of normal and problem children. En Blurton-Jones (Ed.). Ethological studies of child behavior. Londres: Cambirdge University Press.

Leahy, R. (1983). The Child´s construction of social inequality. Conclusions. En R. Leahy (Ed.). The child´s construction of social inequality. New York: Academic Press.

Leary, M.R. (1983). "Social anxiousness: The construct and its measurement". Journal of Personality assessment, 47, 66-75.

Lederberg, A.R., Chapin, S.L., Rosenblatt, V. y Vandell, D.L. (1986). Ethnic, gender, and age preferences among deaf and hearing preschool peers. Child Development, 57, 357-386.

Lederberg, A.R., Ryan, H.B. y Robbins, B.L. (1986). Peer interaction in young deaf children: The effect of partner hearing status and familiarity. Developmental Psychology, 22, 691-700.

Lee, H.C.B., Chan, D.W. y Yik, M.S. (1992). Coping styles and psychological distress among Chinese adolescents in Hong-Kong. Journal of Adolescent Research, 7(4), 494-506.

Lee, H.C.B. y Chan, D.W. (1993). Grade difference in coping among Chinese secondary school students. Bulletin of the Hong-Kong Psychological Society, 30-31, 35-46.

Lefcourt, H.M. (1966). Internal versus external control of reinforcement: A review. Psychological Bulletin, 65(4), 206-220.

Lefcourt, H.M. (1976). Locus of Control, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Lemann, T.B. y Solomon, R.L. (1952). Group characteristics as revealed in sociometric patterns and personality ratings. Sociometry, 15, 226-234.

Lemon, N. (1973). Attitudes and their measurement. New York, John Wiley and Sons.

Levenson, H. (1972). Distinctions with the concept of internal-external control: development of a new scale. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association The development. Pp. 261-262.

Levenson, H. (1973). Multidimansional locus of control in psychiatric patients. Journal Cons. And Clinic Psychology,41, 397-404.

Levenson, H. (1975). Multidimensional locus of control in prison inmates. Journal Appl. Social Psychology, 5, 342-347.

Levenson, H. y Miller, J. (1976). Multidimensional locus de control in sociopolitical ctivist of conservative and liberal ideologies. Journal Personality and Social Psychology,33, 199-208.

Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others and chance. (En H.M. Lefcourt, Ed.). Research with the locus of control construct. Vol. 1. Assessment methods. Academic.

Levine, E. y Wagner, L. (1956). Youth in a Silent World. New York: New York University Press.

Levine, E.S. (1960). The Psychology of deafness. New York: Columbia University Press.

Levine, E.S. (1976). Psycho-cultural determinants in personality development. Volta Review, 78, 258-267.

Levine, E.S. (1981). The Ecology of Early Deafness. New York: Columbia University Press.

Levine, J.M. (1983). Social comparison and education. En J.M. Levine y M.C. Wang (Eds.). Teacher and student perceptions: Implications for learning. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Levitt, E. y Cohen, S. (1976). Attitudes of children toward their handicapped peers. Childhood Education, 52, 171-173.

Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusiory perceptions. Journal of Abnormal Psychology, 89(2), 203-212.

Lewis, M.M. (1968). Language and personality in deaf children. Slugh, England: National Foundation for Educational Research. Occasional Publication Series Nº. 20.

Lewis, V. (1991). Desarrollo y déficit. Paidós/MEC.

Liben, L.S. (1979). Free recall by deaf and hearing children: Semantic clustering and recall in trained and untrained groups. Journal of Experimental Child Psycology, 27, 105-129.

Libert, J. y Lewisohn, P. (1973). "Concept of social skills with special reference to the behavior of depressed persons". Journal of consulting and clinical psychology, 40, 304-312.

Liden, G. y Renwall, U. (1977). Independence audiometry for identification of conductive component in school children. En E. R. Hartford, F. H. Bess, L.D. Bluestone, y J.O. Klein (Eds.) Independence screening for middle era disease in children. New York: Grune and Stratton.

Lieberman, A. (1977). Preschoolers competence with a peer: relations with attachment and peer experience. Child Development, 48, 1277-1287.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology, 140, 44-53.

Lindzey, G., y Borgata, E.F. (1956). Sociometric measurements. Handbook of social psychology, vol II, pp. 786-832.

Linville, P. W. y Jones, E.E. (1980). Polarized appraisals of out-group members. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 689-703.

Linville, P.W. (1982). The complexity-extremity effect and age-based stereotyping. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 193-211.

Linville, P.W., Salovey, P. y Fischer, G.W. (1986). Stereotiping and perceived distributions of social characteristics: An application to ingroup-outgroup perception. In J.F. Dovidio y S.L. Gaertner (Eds.), Perjudice, discrimination, and racism (pp. 165-208). Orlando, FL: Academic Press, Inc.

Locke, R.P. (1983). The effects of external audience legitimation of an explanation, level of public self-consciousness, and type of explanation for failure upon self-esteem and effect: A comparison of reasons and excuses. Unpublished Dissertation, University of Kansas.

Loeb, R. y Sarigiani, P. (1986). The impact of hearing impairment on self-perceptions of children. The Volta Review, 88(2), 89-100.

Loevinger, J. y Ossorio, (1959). A evaluation of therapy by self-report: A paradox. Journal of Abnormal Social Psychology, 58, 392-394.

Loevinger, J. (1976). Ego development: conceptions and theories. San Francisco: Jossey-Bass.

Longres, J.F. (1982). Minority groups: An interest-group perspective. Social Work, 27(1), 7-14.

Lopez Moya, J.J. (1995). Problemática actual de la sordera. Editmex.

Lord, J., Varzos, N., Behrman, B. y Wicks, J. (1990). The implications of mainstream classrooms for adolescents with spina bifida. Developmental Medicine and Child Neurology, 32(1), 20-29.

Ludders, B. (1987). Communication between health care professionals and deaf patients. Health and Social Work, 12, 303-310.

Maccoby, E.E. y Jacklin, C.N. (1974). The Psychology of Sex Differences. Stanford, CA: Stanford University Press.

MacDonald, A.P., Jr. (1972). Internal-external locus of control change techniques. Rehabilitation Literature, 33(2), 44-47.

MacDonald, A. (1973). Internal-external locus of control. In J.P. Robinson y P.R. Shaver (Eds.), Measures of Social Psychological Attitudes (rev. ed.) (pp. 169-192). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

MacMillan, D.L., Jones, R. y Aloia, G. (1974). The mentally retarded label: A theoretical analysis and review of research. American Journal of Mental Deficiency, 79, 241-261.

MacMillan, D.L. y Semmel, M.I. (1977). Evaluation of mainstreaming programs. Focus on Exceptional Children, 9, 1-14.

MacMillan, D. y Morrison, G. (1980). Correlates of social status among nidly handicapped learners in self-contained classes. Journal of educational Psychology, 72, 437-444.

MacCrone, W.P. (1979). Learned helplessness and level of underachievement among deaf adolescents. Psychology in the Schools, 16, 430-434.

McFall, R.M. y Marston, A.R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. Journal of Abnormal Psychology, 76, 295-303.

MacFall, R.M. y Lillesand, D.B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 77, 313-323.

MacFall, R.M. y Twentyman, C.T. (1973). "Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training". Journal of Abnormal Psychology, 81, 199-218.

MacFall, R.M. (1982). "A review and reformulation of the concept of social skills". Behavioral Assessment, 4, 1-33.

MacFarland, C. y Ross, M. (1982). Impact of causal attributions on affective reactions to success and failure. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 937-946.

MacFern, L.P. (1973). Acquisition of a nonvocal language from by developmentally delayed, nonverbal children. Dissertation Abstracts International, 33, 1011.

MacGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.). Handbook of social psychology. Vol. 3. Rearing MA: Addison-Wesley.

Mac Kay, M., Davis, M., Fanning, P. (1981). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez y Roca.

Maier, S.F., and Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.

Maisonneuve, J. (1955). Contribution aux recherches sur les sélections réciproques. Bull of Psychology, 7-8, 423-433.

Manrique, M., Morera, C. y Moro, M (1994) Detección precoz de la hipoacusia infantil en récien nacidos de alto riesgo. Estudio multicéntrico. Anales españoles de Pediatría, vol. 40, supl. 59, 13-45.

Marchesi, A. (1987). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Madrid: Alianza Psicología.

Marchesi, A. y Martín, E. (1991). Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas Especiales. En Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (comp.), Desarrollo psicológico y Educación,III. Necesidades Educativas especiales y aprendizaje escolar. Madrid: Alianza.

Marchesi, A. y col. (1994): The development of symbolic play and languaje in profoundly deaf children. En I. Ahlgren, B. Bergman Y M. Brennan (eds.): Perspectives on sign language usage. Durham: The International Sign Linguistic Association.

Marchesi A. y col. (1995): Desarrollo del lenguaje y del juego simbólico en niños sordos profundos. Madrid: CIDE.

Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (Comp.) (1999). Desarrollo psicológico y educación III: Trastorno del Desarrollo y necesidades educativas especiales. Madrid: Alianza. Capt. IX. Desarrollo y educación de los niños sordos. Alvaro Marchesi.

Marichal, F. y Quiles del Castillo, Maria N. (1996). El estereotipo del deficiente sensorial y la hipotesis del contacto en la integracion escolar. Revista de Psicología de la Educación, 20, 69-82.

Marschark, M. (1993): Psychological development of deaf children. New York: Oxford University Press

Marsh, H.W., Relich, J.D. y Smith, I.D. (1983). Self-concept-construct validity of interpretations based upon the self-prescription questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 173-187.

Marsh, H.W. y Shalveson, R. (1985). Self-Concept: Its multifaceted, hierarchical structure. Educational Psychologist, 20(3), 107-123.

Martin, C. y Halverson, C. (1981). A schematic processing model of sex-typing and stereotyping in children. Child Development, 52, 1119-1134.

Martin, N., Weisberg, R. y Saffran, E. (1989) Variables influencing the ocurrence of naming errors: Implications for models of lexical retrieval. Journalof Memoryand Language, 28, 462-482.

Martínez, C. y Monreal, P. (1982). Estudio descriptivo de los diferentes miedos en una población de adolescentes de zona rural. Quaderns de Psicología, 1, 105-114.

Martínez, P., y Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. Revista de Psicología,19(2), 211-236.

Master, J. y Furman, W. (1981). Popularity, individual frienship selection, and sepecific peer interaction among children. Developmental Psychology, 17(3), 344-350.

Mead, G.H. (1934). Mind, Self and Society. Chicago: The University of Chicago Press.

Meadow, K.P. (1968). Early manual communication in relation to the deaf child´s intellectual, social, and communicative functioning. American Annals of the Deaf, 113, 29-41.

Meadow, K.P. (1968). Toward a developmental understanding of deafness. Journal of Rehabilitation of the Deaf, 2, 1-18.

Meadow, K.P. (1969). Self-image, family climate, and deafness. Social Forces, 47, 428-438.

Meadow, K.P. (1975). The development of deaf children. In E.M. Hetherington, J.W. Hagen, R. Kron y A.H. Stein (Eds.), Review of Child Develponment Research. Chicago: University of Chicago Press.

Meadow, K.P. (1976). Personality and social development of deaf persons. Journal of Rehabilitation of the Deaf, 9(3), 29-41.

Meadow, K.P. y Nemon, A. (1976). Deafness as stigma. American Rehabilitation Journal, 2, 7-9, 19-22.

Meadow, K.P. y Trybus, R.J. (1979). Behavioral and emotional problems of deaf children: An overview. In L.J. Bradford and W.G. Hardy (Eds.). Hearing and Hearing Impairment (pp. 395-403). New York: Grune and Stratton.

Meadow, K.P. (1980). Deafness and Child Development. Berkeley: University of California Press.

Meadow, K.P. (1981). Studies of behavior problems in deaf children. In L. Stein, E. D. Mindel y T. Jabaley (Eds.), Deafness and Mental Health (pp. 3-22). New York: Grune y Stratton.

Meadow-Orlans, K.P. (1983). Meadow-Kendall Social-Emotional Assessment Inventory for Deaf and Hearing Impaired Students Manual. Washington, DC: Gallaudet College.

Meijer, S.A., Sinnema, G., O-Bijstra, J., Mellenbergh, G.J. y Wolters, W. H.G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a cronic illness. Social Science and Medicine, 54(9), 1453-1461.

Melendez Moral, J.C. (1996). Desarrollo psicológico de las deficiencias auditivas. Universitat de Valencia.

Méndez, F.X. (1999). Miedos y temores en la infancia. Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, F.J., Inglés, C.J. y Hidalgo, M.D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: un estudio descriptivo en la adolescencia. Ansiedad y Estrés, 8(1), 25-36.

Mendez Carrillo, F.X., Beléndez Vázquez, M. y López Pina, J.A. (1996). Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (I.M.E.). Ansiedad y Estrés, 2(1), 9-15.

Mertens, D.M. (1986). Social development for hearing impaired high school. Paper presented at the 1986 annual meeting of the American Educational Research Association, San Francisco.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Mertens, D.M. (1989). Social experiences of hearing-impaired high school yoyth. American Annals of the Deaf, 134(1), 15-19.

Merton, R.K. (1948). The self-fulfilling prophecy. Antioch Review, 8, 193-210.

Metz, K. (1980). Desociocentering; a neopiagetian model of the process of Decentering in the intergroup contex. Human Development, 23, 1-16.

Meyerowitz. J.H. (1962). Self-derogations in young retardates and special class placement. Child Development, 33, 443-451.

Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P., y Kazdin, A.E. (1987). Las habilidades sociales en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.

Miguel, A. De, Fumero, A., Hernández, M. (1996). Habilidades interpersonales en universitarios: Relaciones con ansiedad, motivación y estresores de la vida diaria. Psicologemas, 10(19), 27-45.

Mikulincer, M. y Marshand, O. (1991). An excuse perspective of the learned helplessness paradigm: The sef-protective role of causal attribution. Journal of Social and Clinical Psychology, 10, 134-151.

Miller, N.E. y Dollard, J. (1941). Social learning and imitation. New Haven: Yale Univesty Press.

Ministerio de Asuntos Sociales. (1994). Simposio Internacional sobre eliminación de barreras de Comunicación. Madrid: INNS.

Mindel, E.D. y Vernon, M. (1971). The Grow in Silence-The Deaf Child and His Family. Silver Spring, MD: National Association for the Deaf.

Mischel, W (1968). Personality and assessment. Nueva York: Wiley. (Traducción española Edt. Trillas, 1973).

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Mischel, W. (1973). "Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality". Psychological Review, 80, 252-283.

Mischel, W., Zeiss, R. y Zeiss, A. (1974). Internal-external control and persistence: Validation and implications of the Stanford preschool internal-external scale. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 265-278.

Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. Am. Psychology, 32(4), 246-254.

Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality: Beyond the person-situation debate. Am. Psychology, 34, 740-754.

Molina Garcia, S. (Dir.). (1994). Bases psicopedagógicas de la educación especial. Alcoy: Marfil.

Monereo, C. (1987). Áreas de intervención del psicólogo de la educación en la integración escolar. Barcelona: Gramar.

Monjas, M.I. (1986). Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para deficientes mentales adolescentes. Memoria de Licenciatura. Madrid: UNED.

Monjas, M.I. (1990). La aceptación soical de los alumnos con necesidades educativas especiales integrados en centros ordinarios de EGB. Manuscrito no publicado.

Monjas, M.I. (1992). La competencia social en la edad escolar. Diseño, aplicación y validación del "Programa de Habilidades de Interacción Social". Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

Monjas, M.I. (2002). Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS). Para niños/as y adolescentes. Madrid: CEPE.

Monroe, J.D. y Howe, C.E. (1971). The Effects of Integration and Social Class on the Acceptance of retarded Adolescents. Educational and Training of the Mentally Retarded, 6, 20-24.

Monson, D. (1979). Mainstream: We´re almost there. Early Years, 9, 38-39.

Montoya Ortiz de Zárate, N. (1961). Utilización Pedagógica de la Sociometría. Madrid: Rialp.

Moore, C.L. (2001). Disparities in job placement outcomes among deaf, late-deaf, and hard-of-hearing consumers. Rehabilitation Counseling Bulletin, 44(3), 144-150.

Moores, D.R. (1982). Educating the Deaf: Psychology, Principles, and Practises (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.

Moores, D. (1990). Old w(h)ine in new bottles. Washington: Gallaudet University.

Moraleda, M. (1978). Sociodiagnóstico del aula. Madrid: Marova.

Morales, J.F. (1981). La conducta social como intercambio. Bilbao: DDB.

Moreno, J.L. (1933). Who shal survive? A New Approach to the Problem of Human Relations. Washington D.C. : Nervous and Mental Disease Publishing Co.

Moreno, J.L. y col. (1956). Sociometry and the Science of Man. New York : Beacon House.

Moreno, J.L. (1972). Fundamentos de la Sociometría. Buenos Aires: Paidós.

Moreno, I., Párraga, J. y Rodríguez, L. (1987). Miedos infantiles: Un estudio sobre población sevillana. Análisis y Modificación de Conducta, 13, 471-492.

Morganett, R. S. (1995). Técnicas de Intervención Psicológica para Adolescentes. Barcelona: Martínez Roca.

Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. y Schouten, E. (2001). The structure of negative emotions in adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 29(4), 331-337.

Murphy, A.T., Dickstein, J. y Dripps, E. (1960). Acceptance, rejection, and the hearing impaired. Volta Review, 62, 208-211.

Murphy, H. (1979). Psycho-social aspects of integration at California State University, Northridge. Volta Review, 81, 50-52.

Murphy, J. y Newlon, B. (1987). Loneliness and the mainstreamed hearing impaired college student. American Annals of the Deaf, 132, 21-25.

Musselman, C.R., Wilson, A.K., y Lindsay, P.H. (1988). Effects of early intervention on hearing impaired children. Exceptional Children, 55, 22-228.

Myklebust, N.R. (1960). The Psychology of Deafness: Sensory Deprivation, learning, and Adjustement. New York: Grune and Stratton.

Neill, L. y Proeve, M.J. (2000). Ethnicity, gender, self-esteem, and coping styles: A comparison of Australian and South-East Asian Secondary students. Australian Psychologist, 35(3), 216-220.

Nelson-Jones, R., Toner, H.L. y Coxhead, P. (1979). An exploration os students´sense of learning competence. Br. Education Results Journal, 5(2), 175-183.

Nelson, J. y Aboud, F. (1985). The resolution of social conflict between friends. Child Development, 56, 1009-1017.

Nelson, C. (1988). Social skills training for handicapped students. Teaching Exceptional Children, 20(4), 19-23.

Nesbit-Greene, K.K. (2001). The relationship between exposure to violence and locus os control in adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciencies and Engineering, 62(2B)

Neuhaus, M. (1969). Parental attitudes and the emotional adjustment of deaf children. Exceptional Children (35), 721-727.

Newberry, M.K. y Parish, T.S. (1987). Enchancement of attitudes toward handicapped children through social interactions. Journal of Social Psychology, 127, 59-62.

Newcomb, A. y Brady, J. (1982). Mutuality in boy´s friendship relations. Child Development, 54, 392-395.

Newman, R.K. (1978). The Effects of Informational and Experimental Activities on the Attitudes of Regular Classroom Students Toward Severely Handicapped Children and Youth. Tesis doctoral no publicada, University of Kansas.

Nielsen, J.B. (1969). A comparative study of locus of control of deaf and hearing students. Unpublished Dissertation, University of Utah, Salt Lake City, UT.

Nikolaraizi, M. y De Reybekiel, N. (2001). A comparative study of children´s attitudes towards deaf children, children in wheelchairs and blind children in Greece and the UK. European Journal of Special Needs Education, 16(2), 167-182.

Nolen-Hoeksema, S. (1986). Developmental studies of explanatory style, and learned helplessness in children. Disertation Abstract International, (47-07B).

Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M.E.P. y Girgus, J.S. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. Journal of Personality and Social Psychology, 51(2), 435-442.

Northcott, W.H. (1971). The integration of young deaf children into ordinary educational programs. Exceptional Children, 38, 29-32.

Northway, M.L. y Weld, L. (1967). Test Sociométrico. Guía para maestros. Buenos Aires: Paidós.

Nowicki, S.J. y Strickland, B.R. (1973). A locus of control scale for children. Journal of Construct and Clinic Psychology, 40, 148-154.

Nowicki, S.J. y Duke, M.P. (1983). The Nowicki-Strickland Life Span Locus of Control Scales: Construct validation. In H.M. Lefcourt (Ed.), Research with the Locus of Control Construct. Volume 2: Developments ans Social Problems. New York: Academic Press.

Nursey, A.D., Rohde, J.R., y Farmer, D.T. (1990). A study of doctors and parents´ attitudes to people with mental handicaps. Journal of mental Deficiency,34, 143-155.

Obiakor, F. y Stephen, S. (1989). Enhancing self-concept in students with visual handicaps. Journal of Visual Impairment and Blindness, 83, 255-257.

Obiakor, F. y Stephen, S. (1990). The self concepts of visually impaired and normally sighted children at risk?. Psychological Bulletin, 102, 357-389.

O´Brien, S.F. y Bierman, K.L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups. Intwerviews with presdolescents and adolescents. Child Development, 59(5), 1360-1365.

Ochaita, E. (1990). El desarrollo de los niños ciegos y sordos. En J. Madruga, P. Lacasa. Psicología evolutiva. Madrid: UNED.

Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). Behavior Research and Therapy, 21, 685-692.

Ollendick, T.H., King, N.J. y Frary, R.B. (1991). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. Behavior Research and Therapy, 27, 19-26.

Ollendick, T.H., Matson, J.L. y Helsel, W.J. (1985). Fears in children and adolescents: normative data. Behavior Research and Therapy, 23, 465-467.

Ollendick, T.H., Yang, B., Dong, Q., Xia, Y., y al. (1995). Perceptions of fear in other children and adolescent: The role of gender and friendship status. Journal of Abnormal Child Psychology, 23(4), 439-452.

Ollendick, T.H., Yang, B., King, N.J., Dong, Q., et al. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescent: A cross-cultural study. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 73(2), 213-220.

Ollendick, T.H., Yule, W. y Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32, 321-331.

Osgood, C.E., Suci, G.J. y Tannenbaum, P.H. (1957). The Measurement of Meaning. Urbana. University of Illinois Press.

Ottem, E. (1980). An analisis of cognitive studies with deaf subjects. American Annals of the Deaf., 125, 564-575.

Padden, C. (1980). The deaf community and the culture of deaf people. In C. Baker and R. Battison (Eds.), Sign Language and the Deaf Community. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf.

Padden, C. y Humphries, T. (1988). Deaf in American. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Page, R.M., Scanlan, A. y Deringer, N. (1994). Childhood loneliness and isolation: Implications and strategies for childhood educators. Child Study Journal, 24(2), 107-118.

Pahz, J.A. y Pahz, C.S. (1978). Total communication: The Meaning Behind the Movement to expand Educational Opportunities for Deaf Children. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.

Palenzuela, D.L. (1982). Variables moduladoradoras del rendimiento académico: Hacia un modelo de motivación cognitivo-social. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

Palenzuela, D.L. (1982). Una evaluación crítica del lugar de control: Algunos aspectos terminológicos, conceptuales y operacionales. Manuscrito no publicado. Universidad de Salamanca.

Palenzuela, D.L. (1982). Una evaluación de la indefensión aprendida: Una crítica a la reformulación de Abramson, Seligman y Teasdale. Manuscrito no publicado. Universidad de Salamanca.

Palenzuela, D.L. (1983). Construcción y Validación de una Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas. Análisis y Modificación de Conducta, 9(21), 185-219.

Parish, T.S. y Copeland, T.F. (1978). Teachers´and students´attitudes in mainstreamed classrooms. Psychological Reports, 45, 54.

Parish, T., Dyck, N. y Kappes, B.M. (1979). Stereotypes concerning normal and handicapped children. Journal of Psychology, 102, 63-70.

Parker, J. y Asher, S. (1987). Peer relations and later personal adjustament: Are low accepted children at risk? Psychological Bulletin, 102, 357-389.

Park, K. y Waters, E. (1989). Security of attachment and preschool friendships. Child Development, 60, 1076-1081.

Parrilla, A. (1992). El profesor ante la integración escolar. Irala: Cincel.

Parsons, A., Frydenberg, E. y Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. British Journal of Educational Psychology, 66(1), 109-114.

Patterson, J.M. y McCubbin, H.I. (1987). Adolescent coping style and behaviours: Conceptualisation and measurement. Journal of Adolescence, 10, 163-186.

Pedreira Massa, J.L., Borrero, J. y Rodríguez-Sacristán, J. (1996). El ïndice de Reactividad al estrés en la Infancia y La Adolescencia (IRE-IJ). Psiquis, 17(6), 33-44.

Pelechano, V. (1973). Personalidad y parámetros. Tres escuelas y un modelo. Valencia: Vicens Vives.

Pelechano, V. (1974). El Cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución. Fraser.

Pelechano, V. (1980). Modelos básicos de aprendizaje. Valencia: Alfaplus.

Pelechano, V. (1981). Miedos infantiles y terapia familiar-natural. Valencia: Alfaplús

Pelechano, V. y Báguena, M.J. (1983). Un Cuestionario de Locus de Control (LUCAM). Análisis y Modificación de Conducta, 9(20), 5-46.

Pelechano, V. y Báguena, M.J. (1983). El Cuestionario LUCAD: Locus de Control para Niños y Adolescentes. Análisis y Modificación de Conducta, 9(22), 349-392.

Pelechano, V., Báguena, M.J., Botella, C. y Roldán, C. (1984). Miedos infantiles y terapia de mediadores (padres). Prevalencia, curso, instrumentación y estudio de validación diferencial. Análisis y Modificación de Conducta, 10, 1-224.

Pelechano, V., del Barrio, A., Calvo, G., Diego, R., González, M., López Doriga, M.J., Medrano, P., y Ornilla, I. (1986). Programa de desarrollo comunitario de educación especial en Cantabria, informe del 11 año de trabajo. ICE de la Universidad de Santander, Mimeo.

Pellegrini, D. (1987). Roug and tumble play: Developmental and educational significance. Educational Psychologist, 22(1), 23-43.

Pellegrini, D. (1988). Elementary school children´s rough and tumble play and social competence. Developmental Psychology, 25(2), 286-289.

Peña, A. (1995). La importancia de la edad en la evolución de los miedos infantiles. Revista de Psicología General y Aplicada, 48, 365-375.

Pereña, J., y Seisdedos, N. (1992). ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Madrid: TEA.

Pérez Cobacho, J., García Fernández, J.M. y Garrido Gil, C.F. (2000). El discapacitado físico en el aula. Desarrollo, comunicación e intervención. Murcia: Diego Marín

Pérez Cobacho, J. y Prieto Sánchez, M.D. (1999). Más allá de la integración: hacia la escuela inclusiva. Universidad de Murcia.

Pérez Cobacho, J. y otros (2001). Introducción a la Lengua de signos: Una experiencia piloto. Murcia: Diego Marín

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y. Metalsky, G.I. y Seligman, M.E.P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6(3), 287-300.

Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychological Review, 91(3), 347-374.

Peterson, C. y Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. Journal of Abnormal Psychology, 97, 87-89.

Peterson, C., Colvin, D. y Lin, E.H. (1992). Explanatory style and helplessness. Social Behavior and Personality, 20(1), 1-14.

Phares, E.J. (1955). Changes in expectancy in skill and chance situations. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Ohio.

Phares, E.J. (1976). Locus of control in personality. Morriston, N.J.: General Learning.

Philips, E. (1978). The social skills bases of psychopathology. Londres. Grune and Stratton.

Phillips, D. (1984). The illusion of incompetence among academically competent children. Child Development, 55, 2000-2016.

Piaget, J. (1932). El criterio moral en el niño. Barcelona: Fontanella.

Piaget, J. (1933). La representación del mundo en el niño. Madrid: Morata.

Piers, E.V. (1969). Manual for the Piers-Harris Children´s Self-Concept Scale. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.

Piers, E.V. (1984). Piers-Harris Children´s Self-Concept Scale. Revised Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.

Pinillos, J.L. (1983). Los prejuicios en la sociedad contemporánea. Cuenta y razón, 5, 15-25.

Platten, M.R. y Williams, L.R. (1979). A comparative analysis of the factorial structures of two administrations of the Piers-Harris Children´s Self-Concept Scale to one group of elementary school children. Educational and Psychological Measurement, 39, 471-478.

Peplau, L.A. y Caldwell, M.A. (1978). Loneliness: a cognitive analysis. Essence, 2, 207-220.

Peplau, L.A., Russell, D. y Heim, M. (1979). The experience of loneliness. En Frieze I.H., Bar-Tal, D. Y Carroll, J.S. (Eds.). New approaches to social problems: applications of attribution theory. Jossey- Bass.

Pless, I.B., Roughmann, K. y Haggerty, R.J. (1972). Chronic illness, family functioning, and allocation of preventive mental health services. International Journal of Epidemiology, 1, 271-277.

Plucker, J. A. (1997). Psychometric Characteristics of the AdolescentCoping Scale with Academically gifted adolescents. Journal of Seondary Gifted Education, 9(1), 5-14.

Pollock, N.J. (1993). The relationship between selected undergraduate status characteristics and factors pertaining to job status 22 months after graduation: a estudy of deaf unisersity draduades. The American University. Tesis Doctoral.

Portellano, J. (1992). Introducción al estudio de las asimetrías cerebrales. Madrid: CEPE.

Portellano, J. (1995). Comisurotomía cerebral: Cerebro izquierdo y derecho incomunicados. Polibea, 35,11-16.

Portuondo, J. (1971). El tets sociométrico. Madrid: Biblioteca Nueva.

Poulos, T.H. (1970). Attitudes towards the deaf: A Guttman facet theory. Doctoral Dissertation: Michigan State University.

Powers, G.W. y Saskiewicz, J.A. (1998). A comparison study of educational incolvement of hearing parents of deaf and hearing children of elementary school age. American Annuals of Deaf, 143(1), 35-39.

Prendergast, K.S. (2002). Body image and locus of control in children and adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciencies and Engineering, 62(5-B).

Protinsky, H.O. y Farrier, S. (1980). Self-image changes in preadolescents and adolescents. Adolescence, 15(60), 887-893.

Puttallaz, M. y Gottman, J. (1981). An interactional model of children´s entry into peer group. Child Development, 52, 986-994.

Puttallaz, M. (1983). Predicting children´s sociometric status from their behavior. Child Development, 52, 986-994.

Puttallaz, M., y Wasserman, A. (1989). Children´s naturalistic entry behavior and sociometric status: A developmental perspective. Deveolpental Psychology, 25(2), 297-305.

Quattrone, G.A. (1986). On the perception of a group´s variability. In S. Worchel y W.G. Austin (Eds.), Psychology of intergroup relations (pp. 25-48). Chicago: Nelson-Hall.

Quay, L. y Jarret, O. (1984). Predictors of social acceptance in preschool children. Developmental Psychology, 20(5), 793-796.

Quigley, S. (1969). The Influence of Fingerspelling on the Development Language, Communication and Educational Achievement in Deaf Children. Urbana, IL: The University of Illinois Press.

Quigley, S.P. y Kretschmer, R.E. (1982). The Education of Deaf Children: Issues, Theory, and Practice. Baltimore: University Park Press.

Rainer, J.D., Altshuler, K.Z. y Kallmann, F.J.E. (1969). Family and Mental Health Problems in a Deaf Population (2nd ed.). Sprinfield, IL: Charles C. Thomas.

Randall, L.H. (1969). A comparison of the self-concept and personality characteristics of deaf high school students with norms for the hearing and with norms for deliquents. Unpublished Master´s Thesis. University of Tennessee.

Rao, S.M. y Lim, L. (1999). Beliefs and Attitudes of Pre-service Teachers towards Teaching Children with Disabilities. Ponencia presentada en la Annual Conference of the American Association on Mental Retardation, 123rd ,New Orleans, LA.

Rathus, S.A. (1973). "A 30-item schedule for assessing assertiveness". Behavior Therapy, 4, 398-406.

RD 696/1995 publicado el 2-VI-95, BOE del 28 de Abril 95.

Reid, D. y Ware, E.E. (1974). Multidimensionality of internal versus external control: Addition of a third dimension and nondistinction of self versus others. Canadian Journal Bahaviour Science, 6, 131-142.

Reich, C., Hambleton, D. y Houldin, B.K. (1977). The integration of hearing impaired children in regular classrooms. American Annals of the Deaf, 122(6), 534-543.

Reivich, R.S. y Rothrock, I.A. (1972). Behavior problems of deaf children and adolescents: A factor-analytic study. Journal of Speech and Hearing Research, 15, 84-92.

Ren, G., Qian, M., Wang, Y. y Gu, B. (2002). Family environment and the development of sef-esteem, self-concept, and external-internal control in children with ADHD. Chinese Mental Health Journal, 16(4), 268-272.

Reynolds, M.C. y Birch, J.W. (1988). Adaptative Mastery: A Primer for Teachers and Principals. New York: Longman, Inc.

Richardson, S.A. (1971). Children´s values and friendships: A study of physical disability. Journal of Health and Social Behavior, 12(3), 253-258.

Richardson, S.A., Hastorf, A.H. y Dornbusch, S.M. (1964). Effects of physical disability o a child´s description of himself. Child Development, 35, 893-907.

Richardson, S.A. y Ronald, L. (1977). The effect of a physically handicapped interviewer on children´s expression of values toward handicap. Rehabilitation Psychology, 24(4), 211-218.

Rizzo, T.L., y Wright, R.G. (1988). Physical educators´attitudes toward teaching students with handicap. Mental Retardation.

Rodríguez, L. (1997). El autoconcepto de los jóvenes sordos prelocutivos. Revista de Orientación Psicopedagógica, 8(13), 67-78.

Rodríguez, L., Arce, C. y Sabuceo, J.M. (1997). Dimensiones de identidad social en jóvenes sordos. Anuario de Psicología, 72(1), 93-106.

Roff, M., Sells, S., y Hymel, S. (1972). Social adjustement and personality development in children. Minneapolis University of Minnesota Press.

Roff, M., y Wirt, D. (1984). Childhood aggression and social adjustement as antecedents of delincuency. Journal of Abnormal and Child Psychology, 12, 111-126.

Rogers, H., y Saklofske, D. (1985). Self-concept, locus of control, and performance expectation of learning disabled children. Journal of Learning Disabilities, 18(5), 273-278.

Rook, K.S. (1984). Promoting Social Bonding. Strategies for helping the Lonely and Socially Isolated. Am Psychology, 39, 1389-1407.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Rook, K.S. (1988). Toward a more differentiated View of Loneliness. En Duck, S., (Ed.). Handbook of Personal Relationships. Theory, Research and Interventions. John Wiley y Sons.

Rosenberg, B.S. y Gaier, E.L. (1977). The self-concept of the adolescent with learning disabilities. Adolescence, 12, 489-498.

Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the Self. New York: Basic Books.

Rosher, J.H. y Howell, F.M. (1978). Physically disabled students and achievement orientation: Self-concept, curriculum track, and career aspirations. Journal of Vocational Behavior, 13, 35-44.

Ross, M. (1982). Hard of Hearing Children in Regular Schools. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Ross, M. y Fletcher, G.J.O. (1985). Attributions and social perception. In G. Lindzey and E. Aronson (Eds.), The Handbook of Social Psychology (3rd ed.) (pp. 73-122). Reading, MA: Addison-Wesley.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80(1), Whole Nº. 609.

Royo, P. (1992). El conocimiento de estrategias de interacción con los compañeros en la infancia. Madrid: Universidad Complutense. Tesis Doctoral.

Rudner, L.M. (1978). Using standardized tests with the hearing impaired: The problem of item bias. Volta Review, 80, 31-40.

Russell, D., Peplau, L.A. y Ferguson, M.L. (1978). Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment, 42, 290-294.

Russell, D., Plepau, L.A., y Cutrona, E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. Journal Personality Social and Psychology, 39, 472-480.

Russell, D., Cutrona, C.E., Rose, J., y Yurko, K. (1984). Social and Emotional Loneliness: An examination of Weiss´s Typology of Loneliness. Journal of Personality Social and Psychology, 46(6). 1313-1321.

Sacks, O. (1989). Seeing Voices: A Journey into the World of Deaf. Berkeley: University of California Press.

Salem, J. y Fell, B. (1988). The impact of PL 94-142 on residential schools for the deaf: A folow-up to the 1977 survey. American Annals of the Deaf, 133(2), 68-75.

Salend, S. (1984). Factors contributing to the development of successful mainstreaming programs. Exceptional Children, 50.

Salend, S.J. (1990). Effective Mainstreaming. Nueva York, MacMillan Publishing Company. (pp. 135-177).

Salvosa, L.R. Generalizations of the normal curve of error. A dissertation Ann Arbor. Michigan: Edwards Brothers Inc.

Samuels, S.C. (1977). Enchancing Self-Concept in Early Childhood. New York: Human Sciences Press.

Samuel, K.A. (1997). The relationship between attachament in deaf adolescents, parental sign communication and attitudes, and psychosocial adjustement (sign language). Tesis Doctoral.

Sanavio, E. (1998). The fears of Italian children and adolescents. Saklofske, Donald H. (Ed.), Eysenck, Sybil Bianca Giuletta (Ed.) Individual differences in children and adolescents. (Pp. 108-118). New Brunswick, NJ, US: Transaction Publishers.

Sánchez Cánova, J., y Sánchez López, M.P. (1994). Psicología Diferencial: diversidad e individualidad humanas. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces. Pg 63-66.

Sánchez Manzano, E. (1993). Psicopedagogía y educación especial. Madrid: Universidad Complutense.

Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.

Peña, A. (1995). La importancia de la edad en la evolución de los miedos infantiles. Revista de Psicología General y Aplicada, 48, 365-375.

Sarbin, T.R. y Mancuso, J.C. (1970). Failure of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 159-173.

Sarfarty, L. y Katz, S. (1978). The self-concept and adjustment patterns of hearing-impaired pupils in different school settings. American Annals of the Deaf, 123(4), 438-441.

Satapathy, S y Singhal, S. (2001). Predicting social-emotional adjustament of the sensory impaired adolescents. Journal of Personality and Clinical Studies, 17(2), 85-93. India.

Savin-Williams, R.C. y Demo, D.H. (1983). Situational and transitional determinants of adolescent self-feelings. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 824-833.

Savin-Williams, R.C. y Demo, D.H. (1984). Developmental change and stability in adolescent self-concept. Developmental Psychology, 20(6), 1100-1110.

Savin-Williams, R.C. y Berndt, T.J. (1990). Friendships and peer relations during adolescence. In S.S. Feldman y G.R. Elliot (Eds.), At the Threshold: The Developing Adolescent. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schadler, M. y Ayers-Nachamkin, B. (1983). The development of excuse-making. In C.R. Snyder, R.L. Higgins y R.J. Stucky (Eds.), Excuses: Masquerades in Search of Grace, (pp. 159-189). New York: Wiley.

Schein, J.D. y Delk, M.T.J. (1974). The Deaf Population of the United States. Silver Spings, MD: National Association of the Deaf.

Scherer, M.W. y Nakamura, C.Y. (1968). A Fear Survey Schedule for Children. Behavior Research and Therapy, 6, 172-182.

Schildroth, A. (1988). Recent changes in the educational placement of deaf students. American Annals of the Deaf, 133(2), 61-67.

Schiffman, S.S., Reynolds, M.L. y Joung, F.W. (1981). Introduction to multidimensional scaling: theory, methods, and applications. New York: Academic Press.

Schlesinger, H.S. y Meadow, K.P. (1972). Sound and Sing: Childhood Deafness and Mental Health. Berkeley, CA: University of California Press.

Schlesinger, H.S. y Meadow, K.P. (1972). Development of maturity in deaf children. Exceptional Children, 38, 461-467.

Schlesinger, H.S. (1978). Mental health and deafness. Gallaudet Today, 9, 14-18.

Schlesinger, H.S. (1978). The effect of deafness on childhood development: An Eriksonian perspective. In L.S. Liben (Ed.), Deaf Children: Developmental Perspectives, (pp. 157-167). New York: Academic Press.

Schlundt, D.G. y McFall, R.M. (1985). "New direction in the assessment of social competence and social skills". En L. L´Abate y M.A. Milan (Eds.). Handbook of social skills training and research. Nueva York: John Wiley: 22-49.

Schmelkin, L.P. (1984). Hierarchy of preferences toward disabled groups: A reanalysis. Perceptual and Motor Skills, 59, 151-157.

Schmelkin, L.P. (1988). Multidimensional perspectives in the perception of disabilities. In H.E. Yuker (Ed.), Attitudes toward persons with disabilities (pp. 127-137). New York: Springer Publishing Co.

Schrauger, J.S. (1975). Responses to evaluation as a function of initial self-perceptions. Psychological Bulletin, 82, 581-596.

Schroedel, J.G. y Schiff, W. (1972). Attitudes towards deafness among several deaf hearing populations. Rehabilitation Psychology, 19(2), 59-70.

Schunk, D.H. (1980). Proximal-goal facilitation of children´s achievement and interest. Papel presented al the annual meeting of the American Psychological Association. Montreal, Septembre.

Schunk, D.H. (1981). Modeling and attributional effects on children´s achievement: A self-efficacy analysis. Journal Education Psychology, 73(1), 93-105.

Schunk, D.H. (1981). Effort attribution: The direction makes a difference. Papel presented at the annual meeting of the American Aducational Research Association. Los Angeles. April.

Scott, R. (1969). The Making of Blind Men: A Study of Adult Socialization. New York: Russell Sage Foundation.

Seaman, J.H. (1974). Self-concept, social acceptance, and teacher attitudes related to the treatment of children labeled as perceptually handicapped. Dissertation Abstracts International, 35, 290-A.

Secord, P.F. y Backman, C.W. (1976). Psicología social. Méjico:McGraw-Hill.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Seffinger, D.J. (1973). A study in the perpetuation of stigmatization using persons with a hearing impairment. Unpublished Doctoral Dissertation, Dissertation Abstracts International, 34, 74-79.

Seligman, M. (1975). Indefensión. Madrid: Debate.

Seligman, M.E.P. (1984). The Attributional Style Questionnaire. University of Pennsylvania Department of Psychology, Philadelphia, PA.

Selman, R. (1980). The growth of interpersonal understanding. New York: Academic Press.

Sergent, J. y Lambert, W.E. (1979). Learned helplessness or learned incompetence?. Canadian Journal Behaviour Science, 11(4), 257-273.

Sheridan, M. (2001). Inner lives of deaf children: Interviews and analysis. Washington, DC, US: Gallaudet University Press.

Serrano, J. (1981). Importancia del autoconcepto académico en el rendimiento escolar. Revista de Psicología General y Aplicada, 36, 144-151.

Shaha, S. (1982). The Reationship of Self-Concept to Causal Attributions. Unpublished Dissertation, University of California, Los Angeles, CA.

Shapiro, S. (1990). Some barriers are falling. Pittsburgh Post Gazette, July 26, 1990.

Shears, L.M. y Jensema, C.J. (1969). Social acceptability of anomalous persons. Exceptional Children, 36, 91-96.

Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, J.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. Review of educational Research, 46, 407-441.

Sigall, H. y Michela, J. (1976). I´ll bet you say that to all the girls: Physical attrqactiveness and reaction to praise. Journal of Personality, 44, 611-626.

Siller, J., Chipman, A., Ferguson, L. y Vann, D.H. (1967). Attitudes of the Nondisabled Toward the Physically Disabled: Studies in Reactions to Disabilities. (Vol. XI). New York: New York University School of Education.

Silverman, I. (1964). Self-esteem and differential responsiveness to success and failure. Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 115- 119.

Silvestre, N. y otros. (1998). Sordera. Comunicación y aprendizaje. Masson

Simpson, R.L. (1980). Modifying the Attitudes of Regular Students toward the Handicapped. Focus on Exceptional Children, 13(3), 1-11.

Sinclair, M.L. (1974). A correlational study of language development and communication between the deaf child and his hearing parents. Unpublished M. Ed. Thesis, Western Maryland College.

Siperstein, G.N., et al. (1996). Social Behaviour and the Social Acceptance and Rejection of Children with Mental Retardation. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 4, *271-281.*

Sivacek, J. y Crano, W.D. (1982). Vested interest as a moderator of attitude-behavior consistency. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 210-221.

Slavin, R. y Madden, N. (1986). La integración en las clases ordinarias de los alumnos con retraso escolar. Perspectivas, 16, 473-493.

Slee, P.T. y Cross, D.G. (1989). Living in the nuclear age: An Australian study of children's and adolescents' fears. Child Psychiatry and Human Development, 19, 270-278.

Sloat, W.L. y Frankel, A. (1972). The contributions of subjects, disabilities, situations, sex of target person, and items to the variation of attitudes towards persons with a disability. Rehabilitation Psychology, 19, 3-17.

Smith, M.D. y Rogers, C.M. (1977). Item instability on the Piers-Harris Children´s Self-Concept Scale for academic underachievers with high, middle, and low self-concepts: Implications for construct validity. Educational and Psychological Measurement, 37, 553-558.

Snyder, C.R., Higgins, R.L. y Stucky, R.J. (1983). Excuses: Masquerades in Search of Grace. New York: Wiley.

Snyder, C.R. y Higgins, R.L. (1988). Excuses: Their effective role in the negotaiation of reality. Psychological Review, 104, 23-35.

Snyder, L., Apolloni, T. y Cooke, T.P. (1977). Integrated settings at the early childhood level: The role of nonretarded peers. Exceptional Children, 43(5), 262-266.

Snyder, M.L., Stephan, W.G. y Rosenfield, D. (1978). Attributional egotism. In J. H. Harvey, W. J. Ickes y R. F. Kidd (Eds.), in New Directions in Attribution Research (Vol. 2), (pp. 91-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Snyder, L.E. (1982). Locus of control in learning-disabled and nondisabled students. Phi Delta Kappan, 64, 140-141.

Snyder, M. y Gangestad, S. (1982). Choosing social situations: Two investigations of self-monitoring processes. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 123-135.

Soodak, L.C., Podell, D.M., y Lehman, L.R. (1998). Teacher, Student, and School Attributes As Predictors of Teachers´ Responses to Inclusion. Journal of Special Education, 4, 480-497.

Sosa, C.D., Capafóns, J.I., Conesa-Peraleja, M.D., Martorell, M.C., Silva, F. y Navarro, A.M. (1993). Inventario de miedos. En F. Silva y M. C. Navarro (Eds.), Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ) (vol. III, pp. 99-124). Madrid: Mempsa.

Spencer, P.E. (Ed.), Erting, C.J. (Ed.) y al. (2000). The deaf child in the family and at school: Essays honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. (Pp. 5-19). Sheridan, M. A. (2000). Images of self and others: Stories from the children. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publisers.

Spirito, A., Stark, L.J., y Williams, C.A (1989). Development of a brief coping scale for use with pediatric populations. Journal of Pediactric Psychology, 13(4), 555-574.

Springer, S. y Deutsch, G. (1985). Cerebro izquierdo, cerebro derecho. Barcelona: Gedisa.

Stager, S.F., y Young, R.D. (1981). Intergroup contact and social outcomes for mainstreamed EMR adolescents. American Journal of Mental Deficiency, 85, 497-503.

Stainton, T. y Besser, H. (1998). The Positive Impact of Children with an Intellectual Disability on the Family. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 1, 57-70.

Steinzor, L. (1966). Visually handicapped children: Their attitudes toward blindness. The New Outlook, 12, 307-311.

Stengle, E. (1971). Suicide and attempted suicide. Middlesex: Penguin.

Stephens, T.M., y Braum, B.L. (1980). Measures of regular classroom teachers´attitudes toward handicapped children. Exceptional Children, 46, 292-294.

Stephens, K.K. y Clark, D.W. (1987). A pilot study on the effect of visible physical stigma on personal space. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 18(3), 52-54.

Stevenson, E.A. (1964). A study of the educational achievements of deaf children of deaf parents. The California News, 80, 1-3.

Steward, F.A. (1947). A study of influence in Southtown. Sociometry, 10, pp. 11-31 y 273-286.

Steward, D.A. (1981). The role of ASL in teaching the deaf. Journal of special education, 5, 325-331.

Stinson, M. (1984). Research on motivation in educational settings: Implications for hearing impaired students. Journal of Special Education, 18, 177-198.

Stinson, M., Chase, K. y Bondi-Wolcott, J. (1988). Use of social activity scale as part of personal/social development activities during "Explore your future". Rochester, NY: National Technical Institute for the deaf.

Stinson, M., Chase, K. y Klewin, T. (1990). Self perceptions of social relationships in hearing impaired adolescents. Paper presented at the American Education Research Association, Boston, MA.

Stinson, M. y Whitmire, K.A. (2000). Adolescents who are deaf or hard of hearing: A communication perspective on educational placement. Topics in Language Disorders, 20(2), 58-72.

Stipek, D.J. y Weisz, J.R. (1981). Perceived control and academic achievement. Review of Educational Research, 51, 101-137.

Stone, W. y LaGreca, A. (1990). The social status of children with learning disabilities: A reexamination. Journal of Learning Disabilities, 23, 32-37.

Strang, L., Smith, M. y Rogers, C. (1978). Social comparison, multiple reference groups, and the self concepts of academically handicapped children before and after mainstreaming. Journal of Educational Psychology, 70(4), 487-497.

Strauch, J.D. (1970). Social contact as a variable in the expressed attitudes of normal adolescents toward EMR pupils. Exceptional Children, 36, 495- 500.

Strong, E.K. (1951). Charge of Interest with Age. Stanford, CA: Stanford University Press.

Stuckless, E.R. y Birch, J.W. (1966). The incluence of early m,anual communication on linguistic development of deaf children. American Annals of the Deaf, 128, 390-393.

Sullivan, H.S. (1953). The interpersonal theory of psychiatrry. Nueva York: Norton.

Suls, J. (1982). Social psychological perspectives on the self. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Susman, J. (1994). Disability, stigma, and deviance. Social Science Medicine, 38(1), 15-22.

Sussman, A.E. (1973). An investigation into the relationship between self-concepts of deaf adults and their perceived attitudes toward deafness. Unpublished Dissertation, New York University.

Swann, W.B., Jr. (1984). Quest for accuracy in person perceptionns: A matter of pragmatics. Psychological Review, 91, 457-477.

Szivos, S.E. y Griffiths, E. (1990). Group processes involved in coming to terms with a mentally retarded identity. Mental Retardation, 28(6), 333-341.

Tagiuri, R. (1952). Relational analysis: an extension of sociometric method with wmphasis upon social perceptions. Sociometry, 15, 91-104.

Tajfel, H. y Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In W. Austin y Worchel (Eds.), The Social Psychology of Intergroup Relations (pp. 7-24). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Takane, Y., Young, F.W. y de Leeuw, J. (1969). Nonmetric individual differences scaling: an alternating least squares method with optimal scaling features. Psychometrika, 42, 7-67.

Tatum, R.N.J. (2001). Self-concept, stress coping resources, and locus of control in early adolescent African-American and White students. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciencies and Engineering, 61(10B).

Taylor, S.E. y Fiske, S.T. (1975). Salience, attention, and attribution: Top of the head phenomena. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology (Vol. 11) (pp. 249-288). New York: Academic Press.

Taylor, S.E. y Fiske, S.T. (1978). Point of view and perceptions of causality. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 439-445.

Taylor, S.E. y Crocker, J. (1981). Schematic bases of social information processing. In E. T. Higgins, C.P. Herman, and M.P. Zanna (Eds.), Social Cognition: The Ontario Symposium. (Vol.1) (pp. 89-134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Taylor, S.E. (1982). From segregation to integration: Strategies for integrating severely handicapped students in normal school and community settings. The Journal of the Association for the Severely Handicapped, 7(3), 42-49.

Taylor, A. (1984). Competencia social y relaciones interpersonales entre los niños retrasados y no retrasados. En N.R. Ellis (Ed.). Investigación en Retraso Mental: Panorama Internacional. San Sebastián: Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes.

Taylor, A., Asher, S. y Williams, G. (1987). The social adaptation of mainstreamed mildly retarded children. Child Development, 58, 1321-1334.

Taylor, S.E. y Brown, J.D. (1988). Illusion and weill-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103(2), 193-210.

Taylor, M.C. (1991). Stigma: Theoretical concept and actual experience. British Journal of Occupational Therapy, 54(11), 406-410.

Taylor, J.W.V. (1996). Famity structure and the coping strategies of gifted adolescents. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies, 56(9-A), 3515.

Telford, C.W. y Sawrey, J.M. (1981). The exceptional individual. (4ª ed.). New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Tennen, H. y Herzberger, S. (1985). Attributional Style Questionnaire. In D.J. Keyser, and R.C. Sweetland (Eds.), Test Critiques, (Vol. 4), (pp. 20-30). Kansas City: Test Corporation of America.

Tennen, H. y Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. Journal of Personality and Social Psychology, 52(1), 72-80.

Ter-Haar, A. y Van Hekken, S.M. (1990). Fear of failure in school: Causal attrbution, strategies used and school achievement by young adolescents. Kind en Adolescent, 11(1), 33-39.

Thompson, M. y Thompson, G. (1981). Mainstreaming: A closer look. American Annals of the Deaf, 126(4), 395-401.

Togonu-Bickersteth, F. y Odebiyi, A.I. (1985). Prior contatcs and perception of the deaf by the non-deaf in Nigeria. Social Behavior and Personality, 13, 43-53.

Toledo, M. (1988). Juntemos el sol. Estrategias para la defensa de la persona con Discapacidad. Madrid, Polibea.

Torres Monreal, S., Rodríguez Santos, J.M., Santana Hernández, R. y González Cuenca, A.M. (1995) Deficiencia auditiva: Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga: Edc. Aljibe.

Torres, S., Urquiza, R. y Santana, R (1999). Deficiencia auditiva. Guía para profesionales y padres. Málaga: Aljibe.

Tourish, D., Hargie, O.D.W. y Curtis, L. (2001). Preparing adolescents for selection interviews: The impact of a training intervention on levels of worry and locus of control. International Journal Adolescence and Youth, 9(4), 273-292.

Triandis, H.C. y Vassiliou, V. (1967). Frequency of contact and stereotyping. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 316-328.

Triandis, H.C., Adamopoulos, J, y Brinberg, D.(1986). Perspectives and Issues in the Study of Attitudes. En R.L. Jones (comp.), Attitudes and Attitude Change in Special Education: Theory and Practice. Reston, Virginia, ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children, 21-40.

Tringo, J.L. (1968). The hierarchy of preferences: A comparison of attitudes and prejudice toward specific disability groups. Unpublished doctoral dissertation, University of Conneticut.

Tringo, J.L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. Journal of Special Education, 4, 295-306.

Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). Social Skills and Mental Health. Londres: Methuen.

Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. y Shaw, P. (1978). "The tratement of social failure". Behavior Modification, 2, 41-61.

Trower, P. (1982). "Towards a generative model of social skills: A critique and synthesis". En J.P. Curran y P.M. Monti (Comps.). Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment. Nueva York: Guilfor Press.

Tucker, L.R. (1973). Reliability coeficient for maximum likehood factor analysis. Psychometrika, 38, 1-10.

Turk, E. y Bry, B.H. (1992). Adolescents´ and parents´ explanatory styles and parents´ causal explanations about their adolescents. Cognitive Therapy and Research, 16(3), 349-357.

Turner, J.S. y Helms, D.B. (1986). Contemporary Adulthood, (3rd Ed.). New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Valero García, J. (1993-94). Las estrategias de interacción del profesor con el alumno sordo en el aula regular. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis Doctoral.

Valmaseda, M. (1995). La evaluación y tratamiento en las deficiencias auditivas. En Verdugo Alonso (Dir.). Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI Editores.

Valmaseda, M. (1995). Las personas con deficiencia auditiva. En M. A. Verdugo, Personas con discapacidad. Madrid: Siglo XXI Editores.

Vandell, D.L. y George, L.B. (1981). Social interaction in hearing and deaf preschoolers: Successes and failures in initiaions. Child Development, 52, 627-635.

Vázquez Morejón, A.J. y Jiménez Garcia-Bóveda, R. (1994). RULS: Escala de Soledad UCLA Revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. Revista de Psicología de la Salud, 6 (1), 45-55.

Verdugo, M. A. (1989). Programas Conductuales Alternativos para la educación de los deficientes mentales. Programa de Habilidades Sociales. Madrid: MEPSA.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Verdugo, M. A., y Arias, B. (1991). Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos. Revista de Psicología General y Aplicada, 44(1), 95-102.

Verdugo, M. A., Monjas, M.I., y Arias, B. (1992). Intervención sobre la competencia social de los alumnos con necesidades educativas especiales en Educación Infantil y Primaria, Memoria de Investigación y Documentación Educativa del MEC. Madrid. Convocatoria de 1990.

Verdugo, M. A., Arias, B. y Jenaro, C. (1994). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con minusvalía: Estrategias de evaluación e intervención. En M.A. Verdugo (Dir.) (1994). Manual sobre Personas con Discapacidad. Madrid: Siglo XXI.

Verdugo Alonso, M.A. (Dir.) (1995). Las personas con deficiencia auditiva (Capt. VI). Y La evaluación y tratamiento en las deficiencias auditivas (Capt. VII). Marian Valmaseda. En Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitado-ras. Madrid: SXXI.

Vernon, M. (1963). Mutiply Handicapped Deaf Children: Medical Educational, and Psychological Considerations. Washington, D.C.: Council for Exceptional Children.

Vernon, M. (1969). Sociological and psychological factors associated with hearing loss. Journal of Speech and Hearing Research, 12, 541-563.

Vernon, M. y Koh, S.D. (1970). Effects of manual communication on deaf childrens´ educational achievement, linguistic competence, oral skills, and psychological adjustement. American Annals of the Deaf, 115, 527-536.

Vernon, M. y Prickett, H. (1976). Mainstreaming issues and model plan. Audiology and Hearing Education, 2, 5-11.

Villa Sánchez, A (Coord.), Elexpuru Albizuri, I., Garma Sordo, A.M., Marroquín Pérez, M. (1992). Autoconcepto y educación. Teoría, medida y práctica pedagógica. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Vigotsky, L.S. (1984). Pensamiento y lenguaje. Madrid: Pléyade.

Voeltz, L.M. (1980). Children´s Attitudes toward Handicapped Peers. American Journal Of Mental Deficiency, 84, 455-464.

Wallander, J.L., Conger, A.J. y Conger, J.C. (1985). Development and evaluation of a behavio-rally referenced rating system for heterosocial skills. Behavioral Assessment, 7, 137-153.

Wallston, B., Blanton, R., Robinson, J. y Pollthink, L. (1972). Comunity Resources Development of the Handicapped. ERIC Document Reproduction Service Nº EDO78239.

Walster, E., Walster, G.W. y Berscheid, E. (1978). Equity: Theory and Research. Boston: Allyn y Bacon.

Wang, M. (1981). Mainstreaming exceptional children: some instructional desing and implementation considerations. The Elementary School Journal, 81, 195-221.

Warfield, F. (1948). Cotton in My Ears. New York: Viking Press.

Warren, C. y Hasenstab, S. (1986). Self-concept of severely to profoundly hearing impaired children. Volta Review, 88(6), 289-295.

Watson, D. y Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. Psychological Bulletin, 96, 465-490.

Watt, J. y Davis, F. (1991). The prevalence of boredom proneness and depression among profoundly deaf residential school adolescents. American Annals of the Deaf, 136, 409-413.

Wegner, D.M. y Vallacher, R.R. (1980). The self in social psychology. New York: Oxford University Press.

Weinberg, N. y Santana, R. (1978). Comic books: Champions of the disabled stereotype. Rehabilitative Literature, 39, 327-335.

Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. Journal of Educational Psychology, 74, 3-25.

Weiner, B. y Litman-Adizes, T. (1980). An attributional, expectancy-value analysis of learned helplessness and depression. In J. Garber and M.E.P. Seligman (Eds.) Human Helplessness: Theory and Application. New York: Academic Press.

Weiner, B., Graham, S., Taylor, S.E. y Meyer, W. (1983). Social cognition in the classroom. Educational Psychologist, 18(2), 108-124.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92, 548-573.

Weiner, B. (1986). An Attributional Theory of Motivation and Emotion. New York: Springer-Verlag.

Weiner, B. (1986). Attribution, emotion and action. In R.M. Sorrentino y E.T. Higgins (Eds.), Handbook of motivation and cognition (pp. 281-312). New York: Guilford Press.

Weiner, B., Perry, R.P. y Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. Journal of Personality and Social Psychology, 55(5), 738-748.

Weiss, R.S. (1973). Loneliness: the experience of emotional and social isolation. MIT Press. Citado en Lunt, P.K. The Perceived Causal Structure of Loneliness. Journal of Personality Social and Psychology, 61, 26-34.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Wetter, J. (1972). Parent attitudes toward learning disabilities. Exceptional Children, 38, 490-491.

White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychology Review, 66, 297-333.

White, B. (1990, January). Deaf education: A game people play. DCARA News, p.2.

White, D.W. (2002). Sefl-concept and locus de control among recidvist juvenil offenders. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies, 62(9).

Whitley, B.E. y Frieze, I.H. (1985). Children´s causal attributions for success and failure in achievement settings: A meta-analyses. Journal of Educational Psychology, 77, 608-616.

Wicker, A.W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. Journal of Social Issues, 25, 41-78.

Williams, R.F. (1986). Perceptions of mentally retarded persons. Education and Training of the Mentally Retarded, 13-20.

Williams, B. y Sussman, A.E. (1971). In A.E. Sussman y L.G. Stewart, Counseling with Deaf People. New York: Deafness Research and Training Center: New York University.

Wilson, E.D. (1971). A comparison of the effects of deafness simulation and observation upon attitudes, anxiety, and behavior manifested toward the deaf. Journal of Special Education, 5, 343-349.

Winzer, M. (1993). Children with exceptionalities. Scarborough. Ontario: Prentice Hall.

Wolf, M.M. (1978). “Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding ist heart”. Journal os Applied Behavior Analysis, 11, 203-214.

Wolfenberger, W. (1980). An overview of normalization. In R. Flynn y K. Nitsch (Eds.), Normalization, integration, and Community Services. Baltimore: University Park Press.

Wolfenberger, W. (1986). El debate sobre la normalización. Siglo Cero, 105, 12-28.

Wolk, S. (1985). The attributional beliefs of hearing impaired students concerning academic success and failure. American Annals of the Deaf, 130, 32-38.

Wood, P.C., Hillman, S.B. y Sawilowsky, S.S. (1996). Locus of control, self-concept, and self-esteem among at-risk African American adolescents. Adolescence.

Woodward, J. y Markowitz, H. (1975). Some handy new ideas on Pidgin and Creole languages. Paper presented at the 1975 International Conference on Pidgin and Creole Languages. Honolulu, HI.

Worthington, M.E. (1977). Personal space as a function of the stigma effect. In J. Stubbins (Ed.), Social and Psychological Aspects of Disability: A Handbook for Practitioners. Baltimore: University Park Press.

Wright, B.A. (1983). Physical Disability – A Psychosocial Approach (2nd ed.). New York: Harper y Row.

Wylie, R. (1961). The self concept. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

Wylie, R. (1979). The Self-concept (Vol.2). Lincoln: University of Nebraska Press.

Yachnick, M (1986). Self-esteem in deaf adolescents. American Annals of the Deaf, 131(4), 305-310.

Yamamoto, K. (1972). The Child and his Image. Boston: Houghton Mifflin Co.

Yela, M. (1984). Introducción a la teoría de los tests. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Young, A. y Ackerman, J. (2001). Reflections on validity and epistemology in a study of working relations between deaf and hearing professionals. Qualitative Health Research, 11(2), 179-189.

Yuker, H.E. (1983). The lack of a stable order of preference for disabilities: A response to Richardson and Ronald. Rehabilitation Psychology, 28, 93-103.

Yuker, H.E., Block, J.R. y Young, J.H. (1975). The measurement of attitudes toward disabled persons. Albertson, NY: Human Resources Center.

Yuker, H.E. (1986). Disability and the law: Attitudes of police, lawyers, and mental health professionals. Rehabilitation Psychology, 31, 133.

Yuker, H.E. y Block, J.R. (1986). Research with the Attitudes towards Disabled Persons scales: 1960-1985. Hempstead, NY: Hofstra University Center for the Study of Attitudes Towards Persons with Disabilities.

Yuker, H.E. (1987). Labels can hurt people with disabilities. ETC., 44, 16-22.

Yuker, H.E. y Hurley, M.K. (1987). Contact and attitudes toward persons with disabilities: The measurement of intergroup contact. Rehabilitation Psychology, 32, 145-154.

Yuker, H.E. (1988). Perceptions of severely and multiply disabled persons. Journal of the Multihandicapped Person, 1, 5-16.

Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. Journal of Personality and Social Psychology, Monograph Supplement, 9, 2(2), 1-29.

Zanna, M.P., Olsen, J.M. y Fazio, R.H. (1980). Attitude-behavior consistency: An individual difference perspective. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 432-440.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited or: The motivational bias is alive and well in attribution theory. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 245-287.

Zulueta, M.I. (1991). Actitudes de los padres: Una aproximación psicológica. Síndrome de Down: Avances en Acción familiar, 67-79.

Zunich, M. y Ledwith, B. (1965). Self-concepts of visually handicapped and sighed children´s. Perceptual and Motor Skills, 21, 771-774.

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

ANEXOS

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO PARA NIÑOS DE PIERS-HARRIS

APELLIDOS Y NOMBRE.....EDAD.....

CENTRO.....CIUDAD.....

CURSO/GRUPO..... FECHA..... SEXO: VARÓN MUJER

A continuación encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a tu modo de pensar y actuar. Lee cada frase y piensa si es tu forma de actuar o pensar habitualmente, luego tacha con una X el SI o NO según lo que hayas elegido. Intenta pensar en lo que haces frecuentemente y defínete entre el SI y el NO, no puedes poner una interrogación o aclarar dudas. No hay contestaciones correctas o incorrectas. **¡No dejes ninguna pregunta sin responder, por favor!**

1. Mis compañeros de clase se burlan de mí..... SÍ NO
2. Soy una persona feliz..... SÍ NO
3. Me resulta difícil encontrar amigos/as..... SÍ NO
4. Estoy triste muchas veces..... SÍ NO
5. Soy listo/a..... SÍ NO
6. Soy tímido/a..... SÍ NO
7. Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor/a..... SÍ NO
8. Mi cara me disgusta..... SÍ NO
9. Cuando sea mayor voy a ser una persona importante..... SÍ NO
10. Me preocupo mucho cuando tenemos examen en alguna área o materia..... SÍ NO
11. Caigo mal en clase..... SÍ NO
12. Me porto bien en el centro..... SÍ NO
13. Cuando algo va mal suele ser por culpa mía..... SÍ NO
14. Creo problemas a mi familia..... SÍ NO

15. Soy fuerte (no caigo enfermo con frecuencia, etc.)..... SÍ NO
16. Tengo buenas ideas..... SÍ NO
17. Soy un miembro importante de mi familia..... SÍ NO
18. Generalmente quiero salirme con la mía..... SÍ NO
19. Tengo habilidad con las manos..... SÍ NO
20. Cuando las cosas son difíciles las dejo sin hacer..... SÍ NO
21. Hago bien mi trabajo en el centro..... SÍ NO
22. Hago muchas cosas malas..... SÍ NO
23. Dibujo bien..... SÍ NO
24. Soy bueno para la música..... SÍ NO
25. Me porto mal en casa..... SÍ NO
26. Soy lento haciendo el trabajo de clase..... SÍ NO
27. Soy un miembro importante de mi clase..... SÍ NO
28. Soy nervioso/a..... SÍ NO
29. Tengo los ojos bonitos..... SÍ NO
30. Dentro de clase puedo dar una buena impresión..... SÍ NO
31. En clase suelo estar en las nubes..... SÍ NO
32. Fastidio a mis hermanos..... SÍ NO
33. A mis amigos les gustan mis ideas..... SÍ NO
34. Me meto en líos a menudo..... SÍ NO
35. Soy obediente en casa..... SÍ NO
36. Tengo suerte..... SÍ NO
37. Me preocupo mucho por las cosas..... SÍ NO
38. Mis padres me exigen demasiado..... SÍ NO
39. Me gusta ser como soy..... SÍ NO
40. Me siento un poco rechazado/a..... SÍ NO
41. Tengo el pelo bonito..... SÍ NO
42. A menudo salgo voluntario/a en clase..... SÍ NO
43. Me gusta ser distinto/a de como soy..... SÍ NO

44. Duermo bien por las noches..... SÍ NO
45. Odio el centro donde estudio..... SÍ NO
46. Me eligen de los últimos/as para jugar..... SÍ NO
47. Estoy enfermo/a frecuentemente..... SÍ NO
48. A menudo soy antipático/a con los demás..... SÍ NO
49. Mis compañeros/as piensan que tengo buenas ideas..... SÍ NO
50. Soy desgraciado/a..... SÍ NO
51. Tengo muchos amigos/as..... SÍ NO
52. Soy alegre..... SÍ NO
53. Soy torpe para la mayoría de las cosas..... SÍ NO
54. Soy guapo/a..... SÍ NO
55. Cuando tengo que hacer algo lo hago con muchas ganas..... SÍ NO
56. Me peleo mucho..... SÍ NO
57. Caigo bien a los chicos/as..... SÍ NO
58. La gente se aprovecha de mí..... SÍ NO
59. Mi familia está desilusionada conmigo..... SÍ NO
60. Tengo una cara agradable..... SÍ NO
61. Cuando trato de hacer algo todo parece salir mal..... SÍ NO
62. En mi casa se aprovechan de mí..... SÍ NO
63. Soy uno de los mejores en juegos y deportes..... SÍ NO
64. Soy patoso/a..... SÍ NO
65. En juegos y deportes, miro pero no participo..... SÍ NO
66. Se le olvida lo que aprendo..... SÍ NO
67. Me llevo bien con la gente..... SÍ NO
68. Me enfado fácilmente..... SÍ NO
69. Caigo bien a las chicas/os..... SÍ NO
70. Leo bien..... SÍ NO
71. Me gusta más trabajar solo (que en grupo)..... SÍ NO
72. Me llevo bien con mis hermanos/as..... SÍ NO

73. Tengo buen tipo..... SÍ NO
74. Suelo tener miedo..... SÍ NO
75. Siempre estoy rompiendo cosas..... SÍ NO
76. Se puede confiar en mí..... SÍ NO
77. Soy una persona rara..... SÍ NO
78. Pienso en cosas malas..... SÍ NO
79. Lloro fácilmente..... SÍ NO
80. Soy una persona buena..... SÍ NO

ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA ESPECÍFICA DE SITUACIONES ACADÉMICAS

APELLIDOS Y NOMBRE.....EDAD.....

CENTRO. .....CIUDAD.....

FECHA..... CURSO/GRUPO.....

A continuación encontrarás una serie de preguntas que hacen referencia a tu modo de pensar. Lee cada frase y contesta marcando con una X de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

1. = Nunca.
2. = Algunas veces.
3. = Bastantes veces.
4. = Siempre.

¡ Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder!

1. Me considero lo suficientemente capacitado para enfrentarme con éxito a cualquier tarea académica.	1	2	3	4
2. Pienso que tengo bastante capacidad para comprender bien y con rapidez una materia.	1	2	3	4
3. Me siento con confianza para abordar situaciones que ponen a prueba mi capacidad académica.	1	2	3	4
4. Tengo la convicción de que puedo hacer exámenes excelentes.	1	2	3	4
5. Me da de lado el que los profesores sean exigentes y duros, pues confío mucho en mi propia capacidad académica.	1	2	3	4
6. Creo que soy una persona bastante capacitada y competente en mi vida académica.	1	2	3	4

7. Si me lo propongo, creo que tengo la suficiente capacidad para obtener un buen expediente académico.	1	2	3	4
8. Pienso que puedo pasar los cursos con bastante facilidad, e incluso, sacar buenas notas.	1	2	3	4
9. Soy de esas personas que no necesita estudiar para aprobar una signatura o pasar un curso completo.	1	2	3	4
10. Creo que estoy preparado/a y bastante capacitado/a para conseguir muchos éxitos académicos.	1	2	3	4

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

SOCIOGRAMA TRABAJO

APELLIDOS Y NOMBRE.....

CENTRO.....CIUDAD.....

FECHA.....CURSO/GRUPO..... Nº DE CLASE ALUMNO.....

1. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase con los que más te gusta trabajar?

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

2. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase con los que menos te gusta trabajar?

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué no te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

3. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase a los que más le gusta trabajar contigo? Se trata de que pienses a quién les gustaría trabajar contigo, no se trata de saber lo que ellos han escogido, sino de saber lo que piensas tú.

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué crees que les gusta trabajar contigo?.....

.....

4. ¿Cuáles son los tres chicos/as a los que menos les gusta trabajar contigo? Se trata de que pienses a quién no les gustaría trabajar contigo, no se trata de saber lo que ellos han escogido, sino de saber lo que piensas tú.

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

SOCIOGRAMA AMISTAD

Ahora se trata de saber con qué compañeros de tu clase te gustaría entablar amistad para hablar, salir con ellos o jugar.

1. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase con los que más te gusta estar en tu tiempo libre (salir fuera del centro con ellos, ir a sus cumpleaños, hablar o jugar con ellos en los recreos del centro...)?

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

2. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase con los que menos te gusta estar en tu tiempo libre?

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué no te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

3. ¿Cuáles son los tres chicos/as de tu clase a los que más le gusta estar contigo en su tiempo libre? Se trata de que pienses a quién les gustaría estar contigo, no se trata de saber lo que ellos han escogido, sino de saber lo que piensas tú.

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué crees que les gusta trabajar contigo?.....

.....

4. ¿Cuáles son los tres chicos/as a los que menos les gusta estar contigo en su tiempo libre? Se trata de que pienses a quién no les gustaría estar contigo en su tiempo libre, no se trata de saber lo que ellos han escogido, sino de saber lo que piensas tú.

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

Apellidos y nombre..... nº.....

.....

.....

¿Por qué te gusta trabajar con ellos/as?.....

.....

CEICA

NOMBRE Y APELLIDOS.....

CENTRO.....CIUDAD.....

FECHA.....CURSO/GRUPO.....

Historia 1: "Ana y Rosa (Enrique y Andrés) son dos amigas/os que acuerdan hacer juntas/os el trabajo que ha pedido una profesora. Deciden dividirse inicialmente la tarea y quedar el domingo para juntar el trabajo de las/os dos y poder así presentarlo el lunes. Pero cuando llega el domingo Ana (Enrique) se encuentra con que Rosa (Andrés) no ha hecho nada y sólo pueden presentar lo suyo".

1. ¿Cuál es el problema en esta situación? ¿Por qué?
2. ¿Cuál crees tú que será el principal objetivo de Ana (Enrique)?
3. ¿Deberías saber algo más para resolver este problema?
4. ¿Cómo puedes resolverlo? (Mira todas las posibles soluciones).
5. ¿Cuáles serán las consecuencias de cada una de estas soluciones?
6. ¿Qué solución te parece la mejor?
7. Y ¿en segundo lugar? (Ordena todas las soluciones aportadas en el apartado 4)

Historia 2: "Silvia (Juan) va caminando por el patio del centro y sin darse cuenta mete el pie en un charco y se salpica todo el pantalón. Un grupo de chicos/as de su clase que le estaban mirando se echan a reír y le gritan patosa/o.

1. ¿Hay algún problema en esta situación? ¿Cuál? ¿Por qué?
2. ¿Qué crees que sentirá Silvia (Juan)? ¿Cuál su principal objetivo? ¿Por qué?
3. ¿Deberías saber algo más para resolver este problema?
4. ¿Qué crees que es lo mejor que puedes hacer? (Mira todas las posibles soluciones, ordénalas según te parezcan mejores o peores y explica las razones de este orden).

5. ¿Cuáles serán las consecuencias de cada una de estas soluciones?

Historia 3: "Fernando (Carmen) está molesto/a porque un compañero/a de clase le coge continuamente el material escolar que más le gusta y no se lo devuelve. Entonces, cuando Fernando (Carmen) lo necesita nunca lo tiene".

1. ¿Cuál es el problema en esta situación ¿Por qué?
2. ¿Cuál crees tú que será el principal objetivo de Fernando (Carmen) en esta situación?
3. ¿Deberías saber algo más para resolver esta situación?
4. ¿Qué crees que es lo mejor que puedes hacer? (Mira todas las posibles soluciones y ordénalas según te parezcan mejores o peores. Explica las razones de este orden).
5. ¿Cuáles serán las consecuencias de cada una de estas soluciones?

Historia 4: "Pilar (Luis) ha quedado con un amigo/a que le irá a buscar a su casa para salir, pero cuando llega la/el amiga/o le dice que lo que le apetece es ver la película que ponen en la TV. Pilar (Luis) tiene muchas ganas de salir".

1. ¿Cuál es el problema en esta situación? ¿Por qué?
2. ¿Cuál crees tú que es el principal objetivo de Pilar (Luis) en esta situación?
3. ¿Deberías saber algo más para resolver este problema?
4. ¿Qué crees que es lo mejor que puede hacer resolverlo? (Mira todas las posibles soluciones y ordénalas según te parezcan mejores o peores. Explica las razones de este orden).
5. ¿Cuáles serán las consecuencias de cada una de estas soluciones?

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

ESCALA ESPECÍFICA DE ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL (APD-DS)

Apellidos y Nombre.....

Centro.....Ciudad.....

Fecha..... Curso/Grupo.....Edad.....Estudios.....

Sexo..... ¿Tienes algún tipo de contacto con personas con discapacidad? SI NO. Razón del contacto: Familiar, Laboral, Ocio/amistad, Escolar, Otras razones ..... Frecuencia del contacto: Casi permanente, Habitual, Frecuente, Esporádico.

Tipo de discapacidad que tienen las personas que conoces: Física, Auditiva, Visual, Retraso Mental, Múltiple.

Instrucciones: El siguiente cuestionario intenta reflejar los sentimientos e ideas que tienes hacia las personas que presentan deficiencia sensorial (sordos e hipoacúsicos).

A) NO existen respuestas buenas o malas; cada opción indica simplemente una diferente forma de pensar.

B) Procura contestar a todas las frases, incluso, a aquellas que no se ajustan a sus circunstancias concretas.

C) En caso de duda entre varias opciones, elige aquella que mejor se acerque a tu forma de pensar.

D) Lee con atención cada frase, pero no te detengas demasiado en señalar tu respuesta.

E) Contesta con sinceridad.

Los significados de las opciones son las siguientes:

MA Estoy muy de acuerdo

BA Estoy bastante de acuerdo

PA Estoy parcialmente de acuerdo

MD Estoy muy en desacuerdo

BD Estoy bastante en desacuerdo

PD Estoy parcialmente en desacuerdo

Señala con una cruz la opción elegida. ¡Gracias por tu colaboración!

1. Generalmente las personas con deficiencia sensorial son sociables	MA	BA	PA	MD	BD	PD
2. Las personas con deficiencia sensorial deberían tener las mismas oportunidades de empleo que cualquier otra persona.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
3. Las personas con deficiencia sensorial no quieren que se les trate mejor y de forma preferente que cualquier otra persona.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
4. Las personas con deficiencia sensorial son capaces de ajustarse a la vida fuera de una institución cerrada.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
5. La mayoría de las personas con deficiencia sensorial están resentidas (de mal humor) con las personas físicamente normales.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
6. Las personas con deficiencia sensorial deberían ser encerradas en instituciones especiales (por ejemplo: para sordos o hipoacúsicos o para ciegos)	MA	BA	PA	MD	BD	PD
7. La mayoría de la gente se siente a disgusto cuando se junta con personas con deficiencia sensorial.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
8. De las personas con deficiencia sensorial no puede esperarse demasiado.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
9. Las personas con deficiencia sensorial (sordos y ciegas) se comportan como los niños.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
10. Las personas con deficiencia sensorial se alteran con la misma facilidad que las que no lo tienen.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
11. La mayoría de las personas con deficiencia sensorial sienten que son tan valiosas como cualquiera.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
12. Las personas con deficiencia sensorial pueden ser tan felices como las que no la tienen.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
13. Las personas con deficiencia sensorial (sordas y ciegas) incapaces de llevar una vida social normal.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
14. En el trabajo, las personas con deficiencia sensorial se entienden sin problemas con el resto de los trabajadores.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
15. Las personas con deficiencia sensorial pueden hacer muchas	MA	BA	PA	MD	BD	PD

cosas bien como cualquier otra persona.						
16. Las personas con deficiencia sensorial tienen una personalidad poco equilibrada (que cambia continuamente de humor).	MA	BA	PA	MD	BD	PD
17. Muchas personas con deficiencia sensorial pueden ser profesionales competentes.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
18. Me disgusta estar cerca de personas que parecen diferentes, o actúan de forma diferente.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
19. Si yo fuera adulto permitiría que mi hijo fuese al cumpleaños de un chico deficiente sensorial.	MA	BA	PA	MD	BD	PD
20. La mayoría de las personas deficientes sensoriales están satisfechas de sí mismas	MA	BA	PA	MD	BD	PD
21. Si fuera adulto, nunca adoptaría a un niño/a con deficiencia sensorial	MA	BA	PA	MD	BD	PD
22. Evitaría acompañar a una persona con deficiencia sensorial a comer a un restaurante en el que me conocieran	MA	BA	PA	MD	BD	PD
23. La mayoría de las personas con deficiencia sensorial prefieren trabajar con otras personas que tengan su mismo problema.	MA	BA	PA	MD	BD	PD

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD Y HACIA LA INTEGRACIÓN (EADI)

Apellidos y Nombre.....

Centro.....Ciudad.....Fecha.....

Curso/Grupo.....Edad.....Estudios.....

Entrevista para los alumnos con necesidades educativas especiales (hipoacúsicos o sordos)

1. ¿Te gusta el instituto? ¿Por qué?
2. ¿Qué es lo que más te gusta del instituto? ¿Por qué?
3. ¿Qué es lo que menos te gusta? ¿Por qué?
4. ¿Te gusta más el recreo o las clases? ¿Por qué?
5. ¿Con qué chicos/as de tu clase te llevas mejor?
6. ¿Cómo crees que son los chicos/as oyentes que no tienen dificultades para oír? ¿Por qué son así? ¿Cómo sabes que son así?
7. Los chicos/as oyentes, ¿son todos iguales o no?
8. ¿Son diferentes a los chicos/as que tienen dificultades para oír o tienen también cosas iguales? ¿Por qué? ¿Qué pueden hacer igual que tu?
9. ¿Te gusta jugar con un chico/a oyente? ¿A qué juegas? ¿Cómo jugáis? ¿Cómo crees que podríais jugar mejor?
10. ¿Puedes enseñar a algún compañero/a? ¿A quién? ¿Qué? ¿Cómo? ¿Algún chico/a de tu clase te puede enseñar a ti? ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo?
11. ¿Para ti ¿Qué es ser sordo (tener dificultades para oír)? Imagínate que hay un chico/a de la clase que no sabe lo que significa y se lo tienes que explicar.
12. ¿Te gusta estar en una clase en la que ninguno de tus compañeros/as tiene dificultades para oír? ¿Por qué?
13. ¿Te gustaría estar en un instituto en el que los chicos/as tuviesen dificultades para oír? ¿Por qué?
14. ¿Tú que crees que piensan los chicos/as oyentes de los chicos/as que tienen problemas para oír? ¿Cómo te tratan tus compañeros/as?
15. ¿Cómo es el profesor/a contigo? ¿Te trata igual que a los demás niños?

16. ¿Qué piensan tus padres de que vayas a una clase donde los chicos/as son videntes (ninguno tiene dificultades para oír)?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD Y HACIA LA INTEGRACIÓN (EADI)

Apellidos y Nombre.....

Centro..... Ciudad.....Fecha.....

Curso/Grupo.....Edad.....Estudios.....

Entrevista para los alumnos sin necesidades educativas especiales

1. ¿Te gusta el instituto? ¿Por qué?
2. ¿Qué es lo que más te gusta del instituto? ¿Por qué?
3. ¿Qué es lo que menos te gusta? ¿Por qué?
4. ¿Te gusta más el recreo o las clases? ¿Por qué?
5. ¿Qué chicos/as sordos de tu clase conoces?
6. ¿Qué significa que una persona sea sorda?
7. ¿Cómo crees que son los chicos/as sordos que tienen dificultades para oír? Imagínate que no conozco a ningún chico/a sorda y tú me tienes que explicar cómo son.
8. ¿Por qué son así? ¿Cómo sabes que son así?
9. Los chicos/as sordos, ¿son todos iguales o no?
10. ¿Son diferentes a los chicos/as que pueden oír o tienen también cosas iguales? ¿Por qué? ¿Qué pueden hacer igual que tú?
11. ¿Te gusta jugar con un chico/a sordo/a? ¿A qué juegas? ¿Cómo jugáis? ¿Cómo crees que podríais jugar mejor?
12. ¿Puedes enseñar a algún compañero/a? ¿A quién? ¿Qué? ¿Cómo? *En caso de que no nombrase a un chico/a sordo/a se le pregunta:* ¿Y a (nombre del chico/a sordo/a) le podrías enseñar algo? ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo? *En caso de que nombrase a un chico/a sordo/a se le pregunta:* ¿Algún chico/a sordo/a de tu clase te puede enseñar a ti? ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo?

13. ¿Te gusta que en tu clase haya un chico/a sordo/a? ¿Por qué? ¿Tú crees que está bien que los chicos/as sordos/as estén con vosotros? ¿Por qué?
14. ¿Tú que crees que piensan los chicos/as de tu clase de los chicos/as que tienen problemas para oír? ¿Lea tratan igual que a los otros compañeros/as?
15. ¿Qué crees que le parece a tu profesor/a que haya un chico/a sordo/a en tu clase? ¿Crees que le gusta? ¿Cómo se lleva con él? ¿Por qué?
16. ¿Qué piensan tus padres de que haya chicos/as sordos/as en tu clase? ¿Crees que les gusta? ¿Por qué?

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

ESCALA DE SOLEDAD UCLA REVISADA

APELLIDOS Y NOMBRE.....

SEXO ..... Masculino ..... Femenino. Nº Hermanos, incluyéndote tu..... Lugar que ocupas.....

CENTRO.....CIUDAD.....

FECHA..... CURSO/GRUPO.....EDAD.....

A continuación te presentamos unas frases que suponen una serie de pensamientos o vivencias, tu tarea consiste en puntuar en que medida indican como te sientes o piensas valorándolas de 1 a 4 según la siguiente escala: 1. Frecuentemente. 2. Algunas veces. 3. Raras veces. 4. Nunca.

1. Me llevo bien con la gente que me rodea.	
2. Me falta compañía.	
3. No tengo a nadie con quien yo pueda contar.	
4. Me siento solo/a.	
5. Me siento parte de un grupo de amigos/as.	
6. Tengo muchas cosas en común con la gente que me rodea.	
7. No tengo confianza con nadie.	
8. Mis intereses e ideas no son compartidas con la gente que me rodea.	
9. Soy una persona muy abierta (extrovertida).	
10. Me siento muy cercano/a de algunas personas.	
11. Me siento excluido/a, olvidado/a de los demás.	
12. Mis relaciones sociales son superficiales.	
13. Pienso que realmente nadie me conoce bien.	
14. Me siento asilado/a de los demás.	
15. Puedo encontrar compañía cuando lo necesito.	
16. Hay personas que realmente me comprenden.	
17. Me siento infeliz de estar aislado/a.	
18. Tengo gente a mí alrededor pero no siento que estén conmigo.	

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

19. Hay personas con las que puedo charlar y comunicarme.	
20. Hay personas a las que puedo recurrir.	

Según la cantidad y el tipo de relaciones que has mantenido con los demás (familiares y amigos) en los últimos tres meses, ¿dónde te situarías en las siguientes escalas?

No me relaciono con nadie — Me relaciono con muchas personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Me siento completamente solo/a — **Tengo a muchas personas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

En relación con tus amigos/as y conocidos/as te sientes:

Nada satisfecho/a — Totalmente satisfecho/a

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ACS. ESCALA AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES

Instrucciones: Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, etc. En este Cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar en la Hoja de Respuestas la letra A, B, C, D, o E. según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablar con estos para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C.

DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.
3. Seguir con mis tareas como es debido.
4. Preocuparme por mi futuro.
5. Reunirme con mis amigos.
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

7. Esperar que ocurra lo mejor.
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.
9. Llorar o gritar.
10. Organizar una acción o petición en relación a mi problema.
11. Ignorar el problema.
12. Criticarme a mí mismo.
13. Guardar mis sentimientos para mí solo.
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.
16. Pedir consejo a una persona competente.
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.
18. Hacer deporte.
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.
21. Asistir a clase con regularidad.
22. Preocuparme por mi felicidad.
23. Llamar a un amigo íntimo.
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.
25. Desear que suceda un milagro.
26. Simplemente, me doy por vencido.
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos).
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.
29. Ignorar conscientemente el problema.
30. Darme cuenta que yo mismo me hago difíciles las cosas.
31. Evitar estar con la gente.
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.
36. Mantenerme en forma y con buena salud.
37. Buscar ánimo en otros.
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.
39. Trabajar intensamente.
40. Preocuparme por lo que está pasando
41. Empezar una relación personal estable.
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.
44. Me pongo malo.
45. Trasladar mis frustraciones a otros.
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.
47. Borrar el problema de mi mente.
48. Sentirme culpable.
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.
50. Leer un libro sagrado o de religión.
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.
52. Pedir ayuda a un profesional.
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.
55. Hablar con otros sobre mi problema.
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.
59. Tratar de hacerme amigo íntimo.
60. Mejorar mi relación personal con los demás.
61. Soñar despierto que las cosas irán mejor.
62. No tengo forma de afrontar la situación
63. Cambiar las cantidades de lo que como.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.
66. Considerarme culpable.
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.
68. Pedir a Dios que cuide de mí.
69. Estar contento de cómo van las cosas.
70. Hablar del tema con personas competentes.
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.
74. Inquietarme por el futuro del mundo.
75. Pasar más tiempo con el chico/a con el que suele salir.
76. Hacer lo que quieren mis amigos.
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.
78. Sufro de dolores de cabeza o de estómago.
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión.
80. Anota en la Hoja de respuestas cualquier otra cosa que suelas hacer para afrontar tus problemas.

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES

Méndez, F.X. y García-Fernández, J.M.

APELLIDOS Y NOMBRE.....

CENTRO.....CIUDAD.....

CURSO.....EDAD.....SEXO ....Chico .....Chica. Nº hermanos incluyéndote tú.....

Trabajo del padre.....Trabajo de la madre.....

A continuación te presentamos una lista de experiencias o situaciones relaciones con tu Centro, que pudiera ser que te produjeran temor, malestar o desagrado. Por favor, rodea con un círculo el número que tu crees corresponde mejor en la actualidad al grado de tu miedo, según la siguiente escala:

0 = Nada.
1 = Poco.
2 = Regular.
3 = Mucho.
4 = Muchísimo.

1. Formular una pregunta en clase.....	0	1	2	3	4
2. Leer en voz alta en clase.....	0	1	2	3	4
3. Que el profesor te pregunte.....	0	1	2	3	4
4. Hablar a la clase.....	0	1	2	3	4
5. Saltar los aparatos de gimnasia.....	0	1	2	3	4
6. Pronunciar en otros idiomas delante de la clase.....	0	1	2	3	4
7. Que te sorprendan copiando en un examen.....	0	1	2	3	4
8. Suspender un examen.....	0	1	2	3	4
9. Sacar malas notas.....	0	1	2	3	4
10. Repetir curso.....	0	1	2	3	4
11. Ser reprendido o castigado en el instituto.....	0	1	2	3	4

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

12. Ser enviado al director.....	0	1	2	3	4
13. Ser avisados mis padres por el personal del instituto.....	0	1	2	3	4
14. Sufrir una novatada en el Instituto.....	0	1	2	3	4
15. Ser objeto de bromas y chistes en el Instituto.....	0	1	2	3	4
16. Ser criticado en el Instituto.....	0	1	2	3	4
17. Ser insultado en el Instituto.....	0	1	2	3	4
18. Pelearme en el Instituto.....	0	1	2	3	4
19. Caer enfermo en el Instituto.....	0	1	2	3	4
20. Vomitar en el Instituto.....	0	1	2	3	4
21. Tener dolores de estómago en el Instituto.....	0	1	2	3	4
22. Marearme en el Instituto.....	0	1	2	3	4
23. Padecer dolores de cabeza en el Instituto.....	0	1	2	3	4
24. Experimentar algún tipo de malestar físico en el Instituto.....	0	1	2	3	4
25. Otros Miedos relacionados con el Instituto. Indícalos.....	0	1	2	3	4

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

CUESTIONARIO LOCUS CONTROL LUCAM

NOMBRE Y APELLIDOS.....

CENTRO.....CIUDAD.....

FECHA..... CURSO/GRUPO.....

A continuación, se encuentran una serie de afirmación sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana. Tu tarea consiste en señalar con una X aquella alternativa que refleje tu opinión según la siguiente escala. **A = Nunca. B = Alguna Vez. C= Fre-cuentemente. D= Siempre.**

1. Cuando hago balance de mi vida pasada creo que las cosas me han salido más mal que bien.	A	B	C	D
2. Los fallos que tengo cuando estoy realizando una tarea se deben siempre a causas ajenas a mí	A	B	C	D
3. A menudo me doy cuenta que a pesar de mis esfuerzos los resultados se deben al destino y no a mí	A	B	C	D
4. Si en mis relaciones con los demás surge algún problema dejo las cosas a su aire, pues intente lo que intente, las cosas siempre me salen del revés.	A	B	C	D
5. No vale la pena gastar energías en conseguir algo que uno quiere. Si se tiene que conseguir se conseguirá y sino, no.	A	B	C	D
6. Soy una persona que siempre se siente culpable de todo.	A	B	C	D
7. A veces he tenido la sensación de que hago cosas que no quiero hacer, sin que nadie me haya obligado.	A	B	C	D
8. Cuando tengo un problema, por pequeño que les parezca a los demás, a mí siempre me parece una montaña. Y haga lo que haga, creo que no podré superarlo.	A	B	C	D
9. A menudo tengo la impresión de que hago las cosas no por mí mismo, sino por las personas que se encuentran más cercanas a mí.	A	B	C	D
10. Cuando estoy presente en la discusión de unos amigos, generalmente no intervengo; no por miedo a ser sincero, sino porque diga lo que diga no me van a hacer caso.	A	B	C	D

UM
Universidad de Murcia
www.eltallerdigital.com
Tesis Doctorales

11. Cuando le estoy explicando algo a alguien y no lo entiende, es por su culpa, puesto que no me presta la atención suficiente.	A	B	C	D
12. Ante una situación difícil pienso que no voy a poder resolverla por mí mismo	A	B	C	D
13. Si algo le va mal a un amigo mío, se como analizar el problema para encontrar soluciones, pero si el problema lo tengo yo, no acabo de verlo claro casi nunca.	A	B	C	D
14. Haga lo que haga, las cosas que tienen que pasar, pasarán.	A	B	C	D
15. Antes de tomar decisiones sobre asuntos importantes pienso detenidamente cuáles van a ser las consecuencias.	A	B	C	D
16. Las desgracias y los éxitos que he tenido a lo largo de toda mi vida son el resultado directo de mis propias acciones.	A	B	C	D
17. Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos y los fracasos se deben siempre a mí.	A	B	C	D
18. En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo/a.	A	B	C	D
19. Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo.	A	B	C	D
20. Cuando tengo que realizar por necesidad algún trabajo que no me gusta, el que éste salga bien o mal depende de las circunstancias no de mí	A	B	C	D
21. El camino más seguro para lograr el éxito profesional pasa por trabajar duro y tener idas claras acerca de lo que uno quiere hacer.	A	B	C	D
22. Cuando miro a mí alrededor y veo el éxito social que poseen algunas personas pienso que hay quien nace “con estrella” y otros nacen “estrellados”.	A	B	C	D
23. A la hora de pensar en como va nuestro país y nuestra sociedad, no pienso en el papel que juegan algunos grupos de presión.	A	B	C	D
24. Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo.	A	B	C	D
25. Yo tendría mucho éxito si me ofrecieran la oportunidad para ello.	A	B	C	D
26. Cuando he puesto toda mi buena voluntad en hacer un trabajo y, han empezado a surgir impedimentos, rápidamente lo he desechado.	A	B	C	D
27. Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido muchas	A	B	C	D

UM Universidad de Murcia www.eltallerdigital.com Tesis Doctorales

cosas malas antes.				
28. Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte.	A	B	C	D
29. Si algo se me mete “entre ceja y ceja” lo hago con seguridad, al margen de las consecuencias que tenga.	A	B	C	D
30. Cuando algo, sé qué efectos va a producir la mayoría de las ocasiones.	A	B	C	D
31. Nadie excepto yo mismo puede juzgar lo que me pasa.	A	B	C	D
32. Realizo acciones porque sí (de una forma impulsiva) sin pensar en las consecuencias.	A	B	C	D
33. A veces me parece que hago las cosas por que sí, sin que pueda volverme atrás una vez que he comenzado a hacerlas.	A	B	C	D
34. He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras por las que me he sentido solo. Pensándolo bien, me parece que no he hecho nada para ello.	A	B	C	D