



TESIS DOCTORAL

Inteligencia Emocional en Discapacidad Auditiva

ANA ÁLVAREZ BARRIENTOS

Directora: Cecilia Peñacoba Puente

Departamento: Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología.

Madrid, 2017

A Cecilia Peñacoba.

A Adriana y Samuel.

A mis padres Carmen y Antonio.

A Rubén.

"A los mayores les gustan las cifras. Cuando se les habla de un nuevo amigo, jamás preguntan sobre lo esencial del mismo. Nunca se les ocurre preguntar: ¿Qué tono tiene su voz? ¿Qué juegos prefiere? ¿Le gusta coleccionar mariposas? Pero en cambio preguntan: ¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre? Solamente con estos detalles creen conocerle."

El Príncipe

AGRADECIMIENTOS

La razón de haber llegado hasta aquí, tiene un nombre, Cecilia Peñacoba. Gracias Cecilia por haberme guiado de la mano, incansable, hasta ver terminado nuestro proyecto.

Gracias a todas las personas sordas y oyentes que han colaborado, de forma desinteresada, en el estudio de uno de los aspectos personales más íntimos, como es el mundo interno de las emociones.

Gracias a Lourdes Gómez Monterde, porque tu colaboración en la adaptación de las pruebas a la Lengua de Signos Española ha sido fundamental.

Gracias al Colegio Público "El Sol". La motivación de mi estudio nace tras los años de trabajo allí. Gracias Susana por seguir teniendo las puertas abiertas.

Gracias a la Federación Madrileña de Deportes. Josu Gómez, Javier Soto y Blanca. Josu tu entrega inmediata y tu perfeccionismo me dieron mucha fuerza. Me quedo con tu frase: "piensa en lo positivo y lo compartimos".

Gracias a la Asociación de Sordos de Madrid. Gema has conseguido hacerme sentir como si formara parte de vosotros. Tu sonrisa, tu disponibilidad y esfuerzo han dado luz a mi trabajo.

Gracias a la Asociación Altatorre, Marga, qué fácil hiciste todo.

Gracias a todos mis amigos que me habéis acompañado en este intenso viaje. Gracias a todos aquellos que os habéis comunicado con las manos sin saber ni un solo signo. La locura resultó divertida. Gracias Charo, Isa y Ana Q.

Gracias a Norma Tortosa, a su "por ahora". Por la defensa de los sueños de las mujeres, por dar fuerza, por sacar lo mejor de las personas, de mí.

Gracias a Víctor, mi hermano, y a Silvia. Por ser el gabinete de crisis. Por acompañarme en todo momento. Por ser la parte técnica del proyecto.

Gracias a mis padres, sin su ayuda incondicional, no habría podido llegar hasta aquí. El esfuerzo y la constancia lo

aprendí con vosotros. Ha sido fácil embarcarse en cualquier proyecto con vuestro apoyo y amor.

Gracias a Raquel y Santiago por su disponibilidad inmediata. No hay mejores manos que las de los abuelos para cuidar a mis hijos, y así lo han elegido ellos.

Gracias Adriana y Samuel, por tener paciencia estos últimos meses. Espero haber dejado una huella en vosotros acerca de la constancia e ilusión, tan necesarias en la vida.

Por último, gracias Rubén. Formamos un equipo desde el primer momento. Gracias por dejarme mi espacio para desarrollar una parte más de mí. No podría haber sido de otra manera. Gracias por tener paciencia, por darme la tranquilidad suficiente y el apoyo incondicional en este proyecto tan importante para mí.



**Dña. CECILIA PEÑACOB A PUENTE, PROFESORA TITULAR
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA,
PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E
INMUNOLOGÍA MICROBIOLOGÍA MÉDICA Y ENFERMERÍA Y
ESTOMATOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS**

C E R T I F I C A :

Que el proyecto de tesis doctoral titulado: “Inteligencia emocional en personas con discapacidad auditiva”, ha sido realizado bajo mi dirección por Dña. Ana Álvarez Barrientos y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente, para optar al grado de Doctor.

Alcorcón, a 3 de abril de 2017.

Fdo. Dra. Cecilia Peñacoba Puente

Índice

I.- MARCO TEÓRICO	21
1.- INTRODUCCIÓN	21
2.- ANTECEDENTES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	25
3.- EL CONCEPTO DE EMOCIÓN	31
4.- EL CONCEPTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	35
4.1.- Percepción, valoración y expresión de la emoción.	37
4.2.- Facilitación emocional del pensamiento.	38
4.3.- Comprender y analizar las emociones.	39
4.4.- Inteligencia emocional, logro emocional y competencias emocionales.	40
5.- PRINCIPIOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	43
6.- PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	45
6.1.- Modelos de capacidad.....	45
6.2.- Modelos mixtos	45
6.3.- Otros modelos.....	50
7.- PROCESO DE ADQUISICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	57
7.1. - Desarrollo del vínculo afectivo. Teoría del Apego. Aspectos diferenciales de los niños sordos.	57
7.2.- Aspectos psicoevolutivos, psicosociales y diferenciales de la percepción y expresión emocional	70
8.- LENGUAJE Y DESARROLLO EMOCIONAL	77

8.1.- Vínculo del lenguaje con las emociones. Consideraciones generales.	77
8.2.- Aspectos diferenciales del desarrollo en las personas sordas desde la primera infancia. Ámbitos comunicativo-lingüístico y cognitivo.	92
9.- CONSIDERACIONES GENERALES DE LA SORDERA.....	107
9.1.- Introducción.....	107
9.2.- Bases anatómicas y neurofisiológicas de la audición	110
9.3.- Patología de la audición	116
9.4.- Las causas de aparición de la sordera	119
9.5.- Epidemiología de la sordera.....	129
9.6.- Ayudas técnicas	131
10.- INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD.....	135
10.1.- Inteligencia emocional, salud y personas oyentes	135
10.2.- Inteligencia emocional, salud y personas sordas	148
II.- MÉTODO	163
11.- Objetivo general.....	165
12.- Objetivos específicos	165
13.- Hipótesis.....	166
14.- Muestra.....	167
15.- Procedimiento.....	167
16.- Instrumentos	168
17.- Variables.....	174
17.1.- Variables sociodemográficas (comunes a población oyente y sorda)	174

17.2.- Variables que describen la naturaleza de su sordera, familiares y relativas al lenguaje (específicas para la muestra de sordos).....	175
18.- Análisis de datos.....	176
III.- RESULTADOS	177
19.- Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.	179
19.1.- Características de la muestra de sordos.....	179
19.2.- Características de la muestra de personas oyentes.....	184
20.- Diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas entre sordos y oyentes.	185
21.- Diferencias en las variables emocionales objeto de estudio entre sordos y oyentes.	188
22.- Relaciones entre las variables emocionales y las características sociodemográficas y clínicas en la muestra de sordos. Diferencia respecto a la muestra de oyentes.	191
22.1.- Muestra de personas sordas.	191
22.2.- Muestra de personas oyentes	208
23.- Correlaciones entre las variables emocionales en la muestra de personas sordas. Diferencias respecto a la muestra de personas oyentes.....	216
23.1.- Muestra de personas sordas.	216
23.2.- Muestra de personas oyentes.	218
IV.- DISCUSIÓN	225
V.- CONCLUSIONES	267
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
VII.- ANEXOS	333

ANEXO I. Consentimiento informado.	337
ANEXO II. Cuestionario de evaluación de personas sordas.....	343
ANEXO IV. Aprobación comité ética.	371

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Evolución de las diferentes perspectivas de estudio de la Inteligencia.	28-30
Tabla 2	Ramas de MSCEIT.	42
Tabla 3	Principales dimensiones y habilidades del Modelo de Bar-On.	47
Tabla 4	Modelo de Goleman.	49
Tabla 5	Clasificación del Apego.	67
Tabla 6	Relación de elementos constitutivos del lenguaje con las emociones.	83
Tabla 7	Funciones lingüísticas de Halliday	90
Tabla 8	Funcionalidad de estructuras anatómicas del oído	115
Tabla 9	Parámetros descriptivos de la sordera	117
Tabla 10	Etiología de la sordera y Síndromes asociados	119-128
Tabla 11	Muestra total	167
Tabla 12	Momento de detección de la sordera	180
Tabla 13	Naturaleza de la sordera y grado de pérdida auditiva de la muestra de personas sordas	180
Tabla 14	Uso de ayudas técnicas en la muestra de personas sordas	180
Tabla 15	Descripción de núcleo familiar próximo en el entorno sordo. Vínculo: hermanos	182
Tabla 16	Competencia lingüística de las personas sordas	183
Tabla 17	Contextos de los usos lingüísticos de las personas sordas	184
Tabla 18	Comparación de edades en ambas muestras	185
Tabla 19	Comparación de sexo en ambas muestras	185
Tabla 20	Comparación de nivel de estudios entre sordos y oyentes.	187
Tabla 21	Situación y orientación académico-laboral de personas sordas y oyentes	188
Tabla 22	Diferencias significativas en las variables emocionales de estudio, respecto a sordos y oyentes.	190
Tabla 23	Relaciones significativas de variable sexo con las variables emocionales	192
Tabla 24	Relaciones significativas entre el nivel educativo de las personas sordas y las variables emocionales del estudio.	194
Tabla 25	Relaciones entre naturaleza de estudios y trabajo y variables emocionales en personas sordas.	196
Tabla 26	Relaciones significativas de la condición de sordera en padres de hijos sordos	198
Tabla 27	Relación lengua de los padres con las variables emocionales.	200

Tabla 28	Relaciones significativas de la competencia lingüística de las personas sordas con las variables emocionales.	203
Tabla 29	Relaciones significativas con las variables emocionales respecto a los usos de las lenguas en el hogar.	205
Tabla 30	Relaciones significativas entre el uso de las diferentes lenguas, en los contextos próximos de las personas sordas, y las variables emocionales.	207
Tabla 31	Relaciones significativas entre el uso de ayudas técnicas y las variables emocionales de nuestro estudio.	208
Tabla 32	Diferencias respecto al sexo y sus relaciones con las variables emocionales en sordos y oyentes.	210
Tabla 33	Relaciones significativas entre el estado civil de las personas oyentes y las variables emocionales de nuestro estudio.	211
Tabla 34	Relaciones significativas entre el nivel educativo de personas oyentes y las variables emocionales de nuestro estudio.	212
Tabla 35	Diferencias entre las relaciones de la orientación académico-laboral y las variables emocionales de nuestro estudio, entre sordos y oyentes.	215
Tabla 36	Medias, Desviaciones Típicas y Coeficientes de Correlación de Pearson para todas las variables emocionales. Muestra de Sordos.	223
Tabla 37	Medias, Desviaciones Típicas y Coeficientes de Correlación de Pearson para todas las variables emocionales. Muestra de Oyentes.	224

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Triple dimensión de la Psicología Positiva.	24
Figura 2	Concepto de emoción	31
Figura 3	Representación del proceso emocional	33
Figura 4	Representación del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey	37
Figura 5	Fases en el desarrollo del apego	59
Figura 6	Avances en Fase III relacionados con el desarrollo emocional y del apego	65
Figura 7	Situación extraña	67
Figura 8	Evolución terminológica de la concepción de las personas con algún tipo de discapacidad	108
Figura 9	Distribución por sexo en ambas muestras de estudio	186

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1	Oído externo.	111
Imagen 2	Oído medio.	112
Imagen 3	Oído interno.	113
Imagen 4	Tipos de audífonos.	132
Imagen 5	Implante coclear.	133
Imagen 6	Implante Troncoencefálico	134

I.- MARCO TEÓRICO

“Los hombres olvidan siempre que la felicidad humana es una disposición de la mente y no una condición de las circunstancias”.

John Locke

I.- MARCO TEÓRICO

1.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la búsqueda de la felicidad sigue siendo uno de los objetivos más importantes del ser humano. Nuestra sociedad se caracteriza por la búsqueda del éxito absoluto en algunas de las que vienen siendo consideradas como las principales facetas de la persona. Resulta curioso observar cómo el desarrollo de la inteligencia, la competencia profesional, el status socioeconómico y la popularidad se articulan como algunos de los grandes ejes en los que la población invierte los mayores esfuerzos para conseguir el éxito. Los altos índices de ventas de libros de autoayuda corroboran la necesidad del ser humano de entender los mecanismos que apuntan al máximo desarrollo de sus cualidades para lograr un status socioeconómico mayor, un reconocimiento y éxito laboral y un control de las características personales para dominar las situaciones y las relaciones con los demás.

Nos encontramos que, tal y como señalan García-Viniegras y González (2000), se emplean conceptos tales como felicidad, bienestar subjetivo, bienestar psicológico y salud mental de manera difusa y poco clara, manejándose indistintamente. Tampoco se encuentra, claramente, definida su vinculación con otras categorías de corte sociológico y sociopsicológico, tales como calidad de vida, desarrollo económico y nivel de vida, condiciones de vida, modo de vida y estilo de vida.

Desde el punto de vista de la Psicología, existen variables que han sido estudiadas de forma exhaustiva, reconociendo la inteligencia como una de las más importantes y que más resultados ha ofrecido. El desarrollo de programas de mejora de la inteligencia, potenciando los procesos cognitivos básicos y aplicándolos a diversos colectivos, desde

población infantil hasta adulta, no ha podido sin embargo dejar de lado la búsqueda de la satisfacción de la necesidad más importante, probablemente, del ser humano: la felicidad.

La preocupación por la búsqueda de la felicidad no es novedosa, puesto que desde los tiempos de las Culturas Clásicas la búsqueda de la felicidad sustentaba parte de las teorías filosóficas más representativas que se iban articulando. Así, encontramos a filósofos como Aristipo y los Hedonistas, que consideraban la felicidad como la suma de los momentos agradables, planteando la búsqueda de la felicidad como una satisfacción de los deseos de forma inmediata. Los Epicúreos continuaron en esta línea aunque aconsejaban el empleo de la prudencia. Otra corriente filosófica que encontramos son los Estoicos que no enfatizaron la búsqueda del placer sino la evitación del dolor. Es necesario señalar que la tradición filosófica occidental ha estado muy influida por la aproximación de Sócrates, Platón y Aristóteles. Estos filósofos vinculaban la felicidad a poseer y a desarrollar las virtudes (*euidamonia*), de tal modo que la felicidad consistiría en el desarrollo armónico de una serie de capacidades y bienes del ser humano (Vázquez, 2009).

En el siglo XVIII, los filósofos utilitaristas, principalmente John Stuart Mill y Jeremy Bentham, continuarán con el concepto de la felicidad como un continuo equilibrio de la maximización de lo bueno y la minimización de lo malo, considerando a la economía como el núcleo de la ética y de las actividades humanas (Kahneman, 1999; Ryan y Deci, 2001).

En pleno siglo XX, caracterizado por el auge de las nuevas tecnologías y el desarrollo de un sinfín de canales para posibilitar la comunicación y el acceso rápido a informaciones actualizadas, surge un fenómeno mediático que revoluciona el campo de la Psicología. Tras la publicación del Best Seller mundial: “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman (1995), se precipita la revisión de dicho concepto y de todos los aspectos relacionados con el amplio campo de las emociones. No podría ser si no un periodista, en plena era de la comunicación, quien motivara a la revisión e indagación de un plano psicológico que había sido relegado a un segundo lugar.

En el terreno científico, el estudio de la felicidad ha sido tardío. Se puede señalar, desde el punto de vista histórico y temporal, como la mitad del siglo pasado cuando los

estudios acerca de la felicidad comenzaron a resurgir (Seligman, 1998). En esta circunstancia histórica, tal y como señala Vázquez (2009), confluyeron varios factores.

El primero fue la devastación de la II Guerra Mundial. Algunos estados propusieron impulsar políticas que favorecieran el bienestar de los ciudadanos. Desde los países nórdicos, surge un movimiento que se irradia hacia el sur, denominado Estado del Bienestar (*welfare state*).

El segundo factor fue el avance de la Medicina. La esperanza de vida de la población aumentaba, al tiempo que se reducía la mortalidad de forma considerable. Desde la década de los 80, la Medicina se había propuesto como objetivo no sólo reducir las enfermedades, sino también aumentar la calidad de vida de los pacientes y de la población en general.

Por último, desde el ámbito sociológico, comenzó a crecer el interés por sondear el bienestar de los ciudadanos y, desde la década de los 70, han proliferado encuestas y sondeos cuyo objetivo es evaluar y cuantificar el estado de bienestar de la población.

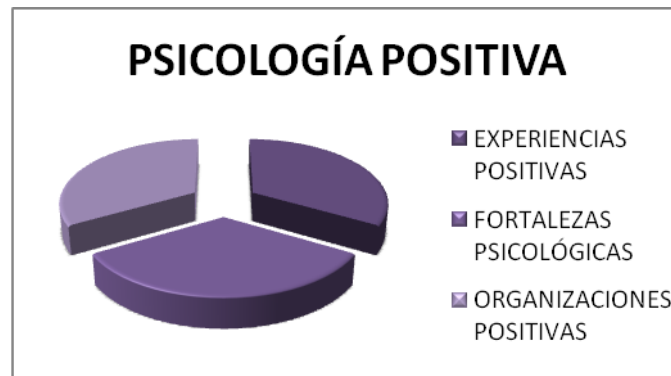
Pero es sin duda la publicación en 1995 del libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman el detonante de la revisión de todo lo que se había estado articulando en torno al mundo de las emociones y de la inteligencia.

Tal y como señalan Mestre, Comunian y Comunian, (2007), existen dos razones principales por las que el concepto de Inteligencia Emocional (IE) está siendo ampliamente investigado. La primera sería la amplia divulgación del concepto en medios tanto científicos como no científicos. La segunda razón sería el aumento del interés social y científico sobre los procesos emocionales.

Por lo tanto, el marco teórico de nuestra investigación se fundamenta en la Psicología Positiva, propuesta por Seligman (1998), y que tiene en cuenta tres dimensiones (ver figura 1). En primer lugar, el análisis de las experiencias positivas: entre las que encontraríamos los estados de bienestar psicológico, felicidad, satisfacción con la vida, etc. En segundo lugar, el estudio de las fortalezas psicológicas: formadas por la sabiduría y conocimiento, el coraje, la humanidad, la justicia, la contención: dentro de la cual, destacamos, por la relación con nuestra investigación, la autorregulación; y por último, la trascendencia (Dahlsgaard, Peterson y Seligman, 2005).

Y en tercer lugar, el análisis de las características que configuran y determinan organizaciones positivas, tales como la familia, la empresa y la escuela, entre otros (Vázquez, 2009).

Figura 1. Triple dimensión de la Psicología Positiva. Elaboración propia. Fuente: Vázquez y Hervás (2009). Basado en Seligman (2003)



Bajo el mismo, pretendemos desarrollar un estudio que abarca desde el desarrollo de la Inteligencia Emocional en las personas con discapacidad auditiva, hasta el estado de su bienestar psicológico y del desarrollo de afecto positivo; analizando también estados emocionales negativos, tales como ansiedad y depresión, niveles de alexitimia y desarrollo de afecto negativo, que interfieran en dicho estado de bienestar psicológico.

*“El hombre se eleva por la inteligencia,
pero no es hombre más que por el
corazón”.*

Henri-Frédéric Amiel.

2.- ANTECEDENTES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Algunos psicólogos clásicos como Binet y Simon (1908) plantearon la existencia de dos tipos de inteligencia: la *ideativa*, similar a las teorías clásicas psicometricistas, y la *instintiva*, que operaba por medio de los sentimientos y que está más relacionada con la intuición que con la aptitud mental, ya que se manifestaba a través de las emociones sin vincularse directamente con los procesos cognitivos implicados en la inteligencia. Binet y Simon no vinculaban el proceso cognitivo y el emocional, aunque ya señalaron la idea de un uso inteligente de los sentimientos (Mestre, 2003).

Thorndike (1920) consideró el concepto de Inteligencia Social y lo definió como *“la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”* (p.228). Tal y como señalan Mestre et al. (2007), la “habilidad para llevarse bien con otros” requiere de cierta capacidad cognitiva, por lo tanto, dicha inteligencia social vincularía una habilidad mental (comprender) y una habilidad social (dirigir) con una consecuencia adaptativa o socialmente deseable: saber actuar en las relaciones humanas.

Sin embargo, el desarrollo de los estudios acerca del campo de las emociones y, en general, de los procesos no observables directamente, fue frenado por la aparición del conductismo.

Años después, al debilitarse las posturas conductistas, surgió el interés por el estudio de los procesos cognitivos. La aparición de la Epistemología Genética, liderada por Jean Piaget, impulsó el desarrollo de nuevos estudios que contrastaban con las posturas psicometricistas y con las del procesamiento de la información en la década de los 80 (Hardy, 1992). Aunque Piaget no mostraba mucho interés por la relación entre el

desarrollo de la inteligencia y de la emoción, algunos de sus seguidores sugirieron la necesidad de observar cómo las emociones podrían influir de forma positiva en el desarrollo de la inteligencia de la infancia (Mestre y Guil, 2003; Mestre, Guil y Lim, 2004).

Siguiendo en la década de los 80, encontramos dos enfoques. Por un lado el de los correlatos cognitivos y, por otro, el de los componentes cognitivos.

Los correlatos cognitivos se centraban en el estudio de la inteligencia a través de las mediciones de los test. La capacidad era medida a través de pruebas cuantificables. El enfoque de los componentes cognitivos se centraba en conocer qué era lo que medía un test de inteligencia.

Con la llegada de la era de los ordenadores, apareció el modelo computacional y el interés por el estudio de la inteligencia artificial. Los procesos emocionales no encajaban en los postulados de estos modelos (Molero, Sainz y Esteban, 1998). Tal y como señalan Mestre et al. (2007), esto tuvo como consecuencia uno de los errores más graves de las teorías cognitivas, la inteligencia artificial es inteligencia computacional y no humana. Aplicar la denominada “parábola del ordenador” a los procesos cognitivos humanos, descartaba la influencia de otros procesos básicos en las personas, como es la emoción.

En los años 90, la perspectiva de la inteligencia fue admitiendo una dimensión más amplia. Sternberg y Gardner desarrollaron estudios que ampliaban esa concepción reduccionista que caracterizó las etapas anteriores. Así, aparecieron conceptos como: “*Inteligencias Múltiples*” (Gardner, 1993), “*inteligencia existosa*” (Sternberg, 1997), “*inteligencia práctica*” (Sternberg y Grigorenko, 2000), “*optimismo inteligente*” (Aviá y Vázquez, 1998) hasta que llegamos al concepto de “*Inteligencia Emocional*” (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990).

El término de Inteligencia Emocional, sin embargo, no es original de Mayer y Salovey. Lo que sí es propio de estos autores es el desarrollo de un concepto que trata de explicar por qué hay personas que manejan, mejor que otras, sus emociones y estados de humor (Mestre et al., 2007). Fue Bárbara Leuner (1966) quien lo cita por primera vez, aunque no queda especificada la realidad a la que hace referencia. También encontramos este término en una disertación no publicada de Wayne Leon Payne en 1986 titulada “*Un*

estudio de la emoción: desarrollando la inteligencia emocional, la autointegración; relacionado con el miedo, dolor y deseo". Payne (1986), señala cómo el papel de la emoción en la sociedad occidental del siglo XX había sido menospreciado, frenando el crecimiento emocional de las personas.

Continuando con la revisión de los autores que emplearon el término inteligencia emocional, encontramos otro precedente de su estudio exhaustivo en el campo del autismo. Stanley Greenspan se interesó por el vínculo entre la inteligencia y la emoción. Consideraba que no podía apartarse el hecho cognitivo del hecho afectivo (Greenspan, 1989; Greenspan y Benderly, 1997). Este autor señalaba cómo las emociones no habían sido consideradas elementos facilitadores de la inteligencia, guiados por las influencias de Piaget y demás teóricos de la cognición que seguían la tradición filosófica de Kant y su racionalismo.

Finalmente, el constructo de Inteligencia Emocional se presentó formalmente definido en 1990 con dos trabajos publicados por Mayer, DiPaolo y Salovey (1990) y, principalmente, por Salovey y Mayer (1990).

A continuación, adjuntamos una tabla resumen (Tabla 1) de la evolución de las diferentes perspectivas de estudio de la Inteligencia.

Tabla 1. Evolución de las diferentes perspectivas de estudio de la Inteligencia. En Molero, Saiz y Esteban (1998). El Concepto de Inteligencia.

PRINCIPIOS DEL SIGLO XX	
<p>GALTON (1822-1911)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio sistemático de las diferencias individuales en la capacidad mental. - Énfasis en la influencia de la herencia en las diferencias individuales. 	
<p>CATELL (1890)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventa las pruebas mentales. 	
<p>BINET (1817-1911)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el año 1905, elabora la primera escala de inteligencia para niños. - En el año 1916, se modifica la escala de 1905. En la nueva versión del test de Stanford-Binet aparece, por primera vez, el concepto de Cociente Intelectual definido como la razón entre la edad mental y la edad cronológica. - Su trabajo da comienzo a la polémica de si el rendimiento en inteligencia depende de un único factor general o de muchos pequeños factores específicos. 	
<p>PRIMERA GUERRA MUNDIAL (1918)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparecen las pruebas de inteligencia aplicadas en grupo (ARMY ALPHA y ARMY BETA). 	
DE LOS AÑOS 20 A LOS 50	
<p>TERMAN (1916) YSPEARMAN (1927)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defienden la existencia de un único factor estructural, denominado factor "general", que penetra en la ejecución de todos los test y tareas utilizados para valorar la conducta inteligente. 	
<p>THORNDIKE (1920)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publica "<i>La inteligencia y sus usos</i>", introduciendo el componente social en la definición de inteligencia. 	

<p>WATSON (1930), THORNDIKE (1931) y GUTHRIE (1935)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auge del conductismo. La inteligencia es conceptualizada como meras asociaciones entre estímulos y respuestas.
<p>WECHSLER (1939)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseña la escala Wechsler-Belleune, la primera que evalúa los procesos intelectuales de los adolescentes y adultos. - En el año 1949, diseña "La escala de inteligencia Wechsler para niños".
<p>THURSTONE (1938), THOMSON (1939) y GUILFORD (1967)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defienden que la inteligencia puede concebirse como un gran número de "vínculos" estructurales independientes.
<p>WERTHEIMER (1880-1943), KOHLER (1887-1967) y KOFFKA (1887-1941)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teorías de la Gestalt. Introducen el concepto de discernimiento -pensamiento productivo-, dentro del concepto de inteligencia.
<p>DE LA DÉCADA DE LOS 50 A LA ACTUALIDAD</p>
<p>SEGUNDA GUERRA MUNDIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los procesos cognitivos comienzan a recibir cada vez más atención. Afianzamiento de la psicología cognitiva. - Los psicólogos tratan la cognición desde muy diversas perspectivas, entre las que se cuentan versiones renovadas de Hull, que forman el llamado conductismo informal o liberal, así como varias teorías sin relación entre sí, propuestas por psicólogos estadounidenses y europeos.
<p>PIAGET (1896-1980)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estructuralismo. Busca una ruptura con el pasado y aspira al desarrollo de un paradigma que aúne a todas las ciencias sociales.
<p>TURING (1950)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publica en <i>Mind</i> un trabajo titulado <i>Computing Machinery and Intelligence</i>, que define el campo de la inteligencia artificial y establece el paradigma de la ciencia cognitiva. Los psicólogos deben comenzar a trabajar buscando paralelos entre la estructura del cerebro humano y la del computador.

<p>HEBB (1960), HOLT (1964), BREGER y McGAUGH (1965).</p> <ul style="list-style-type: none">- Los intentos de convertir la psicología en una rama de la ciencia de los computadores han fracasado, pero han desembocado en un renacer de la psicología cognitiva.
<p>MAYER (1977), STERNBERG (1979)</p> <ul style="list-style-type: none">- Énfasis en las operaciones cognitivas -símbolos y manipulación de símbolos que forman parte de la inteligencia.
<p>GARDNER (1983, 1993)</p> <ul style="list-style-type: none">- Insiste en la pluralidad del intelecto. Existen muchas capacidades humanas que pueden ser consideradas como inteligencias, porque son tan fundamentales como las que tradicionalmente detecta el test de CI.
<p>MAYER y SALOVEY (1990)</p> <ul style="list-style-type: none">- Acuñan el concepto de Inteligencia Emocional.
<p>GOLEMAN (1996)</p> <ul style="list-style-type: none">- Aparece el concepto de Cociente Emocional.

“La naturaleza trabaja con enorme derroche: sólo en el cerebro humano hay seiscientos mil millones de células ¿Qué importa, pues, una sensación oculta, una emoción inconsciente? A veces me parece que no importa mucho. Y, otras, pienso que todo depende de eso”.

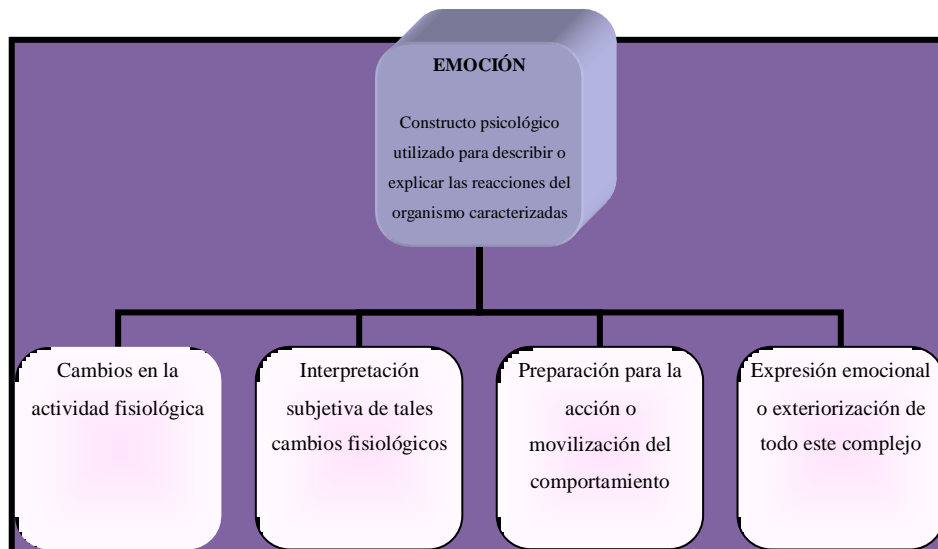
John Locke

3.- EL CONCEPTO DE EMOCIÓN

Antes de adentrarnos en el complejo mundo de la Inteligencia Emocional, vemos necesario aproximarnos a lo que entendemos por emoción.

La emoción es un proceso psicológico adaptativo, que tiene la finalidad de reclutar y coordinar al resto de los procesos psicológicos, cuando determinadas condiciones de la situación exigen una respuesta rápida y efectiva para ajustarse a los cambios producidos en el medio ambiente (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez; 2001) (ver Figura 2).

Fig.2. Concepto de emoción. (Figura de elaboración propia), extraído de Fernández-Abascal et al., (2001).



Tal y como señalan estos autores, las emociones cumplen unas funciones que son las siguientes:

Una *función adaptativa*. Tal y como describía Darwin (1872), la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada. Es una de las funciones más importantes ya que prepara

al organismo para ejecutar eficazmente una conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandolo la energía para ello y dirigiendo la conducta a un objetivo determinado.

Otra función que encontramos es la *función social*. Las emociones pueden ser expresadas a través de un medio verbal y no verbal, lo cual permite a las demás personas predecir el comportamiento que vamos a desarrollar, lo que tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. La expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de conductas sociales.

Por último, encontramos la *función motivacional*. En toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, pero esto podría ser una visión limitada, si no le sumamos el hecho de que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con un cierto grado de intensidad.

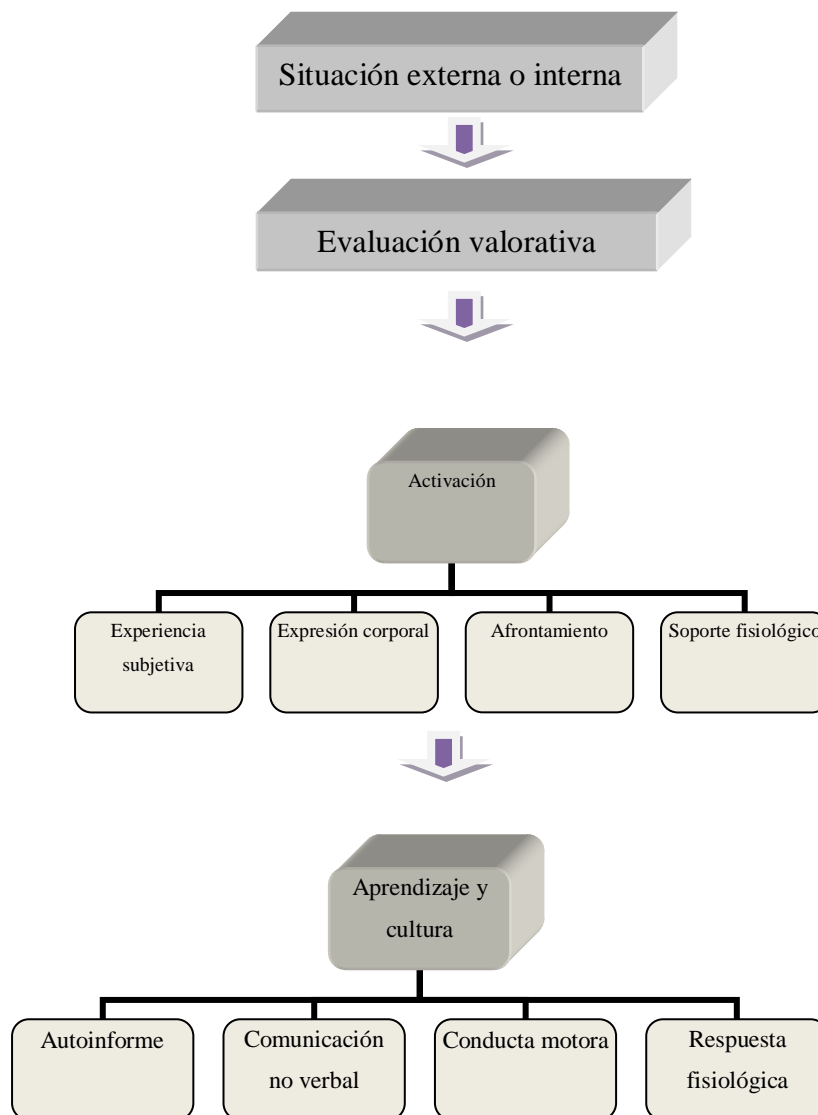
El proceso emocional viene caracterizado, fundamentalmente, por dos elementos básicos que son: la valoración cognitiva de una situación y la alteración en la actividad del organismo (Fernández-Abascal, et al., 2001). El proceso se desencadena por la percepción de que se han producido cambios en las condiciones externas o internas de la persona, que actúan como situación desencadenante y que son objeto de una primera valoración cognitiva. Esta primera valoración actúa como un filtro descartando las cosas que no son afectivamente significativas y analizando las que tienen relevancia emocional. Esta discriminación de la situación se debe a programas genéticos y, en parte, a la experiencia previa e individual de cada persona.

Como consecuencia de esta primera evaluación, tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal del estado emocional, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios en la actividad fisiológica del organismo, que son el soporte fisiológico para la realización de todas las actividades anteriores, tal y como puede observarse en la Figura 3.

Es necesario señalar que las manifestaciones externas de la emoción o efectos observables de la misma son fruto de una segunda valoración cognitiva o segundo filtro

que tamiza las mismas. De esta manera, el aprendizaje y la cultura hacen que las manifestaciones emocionales sea vean sensiblemente modificadas.

Fig. 3. Representación del proceso emocional. En Fernández-Abascal et al., (2001).



“Es de esa clase de inteligencia parecida a los espejos convexos o cóncavos, que representan los objetos tal y como los reciben, pero nunca los reciben tal y como son”.

Joseph Joubert

4.- EL CONCEPTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

El concepto de inteligencia emocional fue definido, en un primer momento, como un tipo de inteligencia social que incluía la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información afectiva para guiar el pensamiento y las acciones personales (Salovey y Mayer, 1990, p.189). Pero esta conceptualización, como hemos descrito anteriormente, tuvo que ser revisada y actualizada por los mismos autores debido a las nuevas publicaciones emergentes que abordaban el término, alejándolo de sus consideraciones iniciales.

En Estados Unidos, surgió un interesante debate sobre la inteligencia tras la publicación de un trabajo de Herrnstein y Murray (1994), denominado *The Bell Curve*. Resultó ser un trabajo controvertido e, incluso, mal interpretado sobre la inteligencia y su valor en la sociedad tecnológica actual. La idea central de este libro se basaba en la defensa de que los sujetos más inteligentes serían los que más posibilidades tendrían de obtener los mejores empleos, en una sociedad en la que la tecnología avanzaba rápidamente. Analizan la importancia de la inteligencia en la vida americana. El libro es famoso por el debate que planteó acerca de la relación entre raza e inteligencia.

Estos autores establecen que la inteligencia es unitaria (recibiendo el nombre de factor “G”), que es posible medir por medio de pruebas estandarizadas. Esta inteligencia es hereditaria entre un 40% y 80%. A través de la recopilación de datos, pusieron de manifiesto una elevada correlación positiva entre el Cociente Intelectual (CI) y el nivel socioeconómico de los estadounidenses, de manera que sujetos con un alto CI, tienden a lograr grados más altos de escolaridad, mejores empleos, y tienen menos riesgo de caer en conductas delictivas. Así, las personas más inteligentes tienden a ascender más rápidamente en la escala social, independiente de su nivel socioeconómico. Como consecuencia de esta perspectiva, se plantea que la sociedad, gracias a la

democratización de la educación, se estratifique según las habilidades cognitivas de los sujetos, a diferencia de lo que pasaba en décadas anteriores, en las que se accedía a una clase social más alta gracias a los apellidos, religión o castas, independientemente de la habilidad cognitiva de los sujetos.

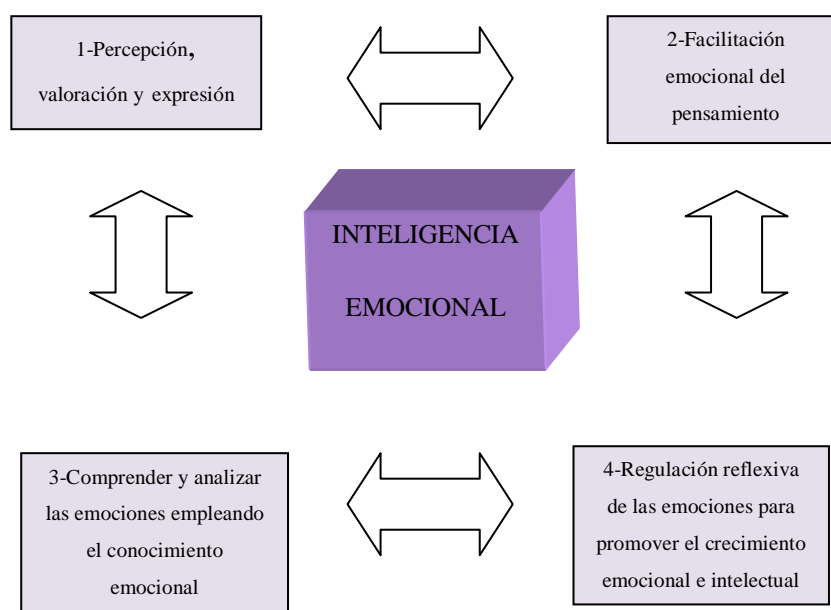
Uno de los aspectos más polémicos que desarrollaron fue el relativo a las diferencias de CI observadas en distintos grupos étnicos, sobre todo los de raza negra, que fueron levemente inferiores, por lo que fueron ampliamente criticados por fomentar el racismo y la discriminación.

Aunque la cuestión, en un primer momento, no resultara tan paradójica, es necesario contextualizar el escenario en el que estaba teniendo lugar. La sociedad estadounidense estaba muy sensibilizada ante la idea del “perdedor” (*loser*). En este libro, se analizaban diferencias étnicas en inteligencia a favor de caucásicos y asiáticos, por lo que puede entenderse el gran revuelo mediático que supuso (Mestre y Guil, 2003).

En un segundo momento, la definición de la inteligencia emocional enfatiza los aspectos cognitivos de dicho procesamiento. Así, la nueva conceptualización definiría la inteligencia emocional como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa, y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2000a, 2000b).

Esta definición se articula en el denominado Modelo de Cuatro ramas (Figura 4) que, a continuación, pasamos a describir.

Figura 4. Representación del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997).



La comprensión de los elementos integradores de las mismas es vital para la posterior diferenciación de los procesos que se ponen en juego a la hora de adquirir, desarrollar y perfeccionar nuestra Inteligencia Emocional.

4.1.- Percepción, valoración y expresión de la emoción.

Dentro de esta rama, que correspondería al primer nivel del modelo, encontraríamos una serie de habilidades, organizadas de menor a mayor complejidad.

En primer lugar, hallaríamos la habilidad para identificar la emoción en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno mismo. Esta etapa comenzaría a desarrollarse desde la primera infancia. Los niños de entre 3 y 5 años aprenden a identificar los estados emocionales propios y los de los demás, y a diferenciar entre esos estados. A esas edades ya son capaces de distinguir y responder a diferentes expresiones emocionales faciales, especialmente las de los padres. Conforme se va creciendo, la progresión en la identificación de las propias sensaciones musculares y corporales se va haciendo más adecuada y precisa.

En segundo lugar, encontramos la habilidad para identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del lenguaje, sonido, apariencia y conducta. Damos un salto del yo al otro.

En tercer lugar, una vez conseguida la identificación, pasaríamos a la habilidad para expresar emociones adecuadamente y expresar las necesidades relacionadas con esos sentimientos.

Por último, encontraríamos la habilidad para discriminar entre expresiones precisas o imprecisas, honestas o deshonestas de las emociones. Los individuos emocionalmente inteligentes conocen de cerca la expresión y la manifestación de la emoción, siendo sensibles a detectar las expresiones falsas o manipuladas (Mayer y Salovey, 1997).

En una de las pruebas que se ha elaborado para la medición de la Inteligencia Emocional partiendo del nivel de cuatro ramas, concretamente en el Multifactor Emotional Intelligence Test (MSCEIT) (Mayer, Salovey y Caruso, 2002), encontramos algún ejemplo de qué tipo de tareas hallaríamos en esta primera rama de percepción, valoración y expresión de la emoción. Así, dos ejemplos de este tipo de habilidad serían: Tarea 1: “*Caras*”: los participantes ven fotografías de caras e identifican las emociones en ellas. Tarea 2: “*Dibujos*”: los participantes ven fotografías de caras y de representaciones artísticas e identifican las emociones en ellas.

4.2.- Facilitación emocional del pensamiento.

Esta habilidad hace referencia a la acción de la emoción sobre la inteligencia. La emoción sirve como un sistema de alerta desde el nacimiento. No hay más que recordar ejemplos de cuando ríen o lloran los bebés para demandar atención, hambre, placer, etc.

Dentro de esta segunda rama, al igual que en el caso anterior, encontraríamos diferentes grados de complejidad, tal y como señalan sus autores Mayer y Salovey, (1997)

Así, el primer lugar correspondería a cómo las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante.

El segundo haría referencia a cómo las emociones son tan intensas y disponibles que pueden ser generadas como ayuda del juicio y de la memoria sobre los sentimientos.

El tercero nos explicaría como el humor cambia la perspectiva del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista. El ejemplo que ponen los citados autores sería como un estudiante de último curso de Instituto en un estado triste puede sentirse muy incompetente y, consecuentemente, solicitar universidades con fáciles niveles de admisión. Mientras que si mejorara su humor, podría solicitar universidades más selectivas. El cambio de humor lleva a considerar más posibilidades.

Por último, habría que considerar cómo los estados emocionales estimulan afrontar diferencialmente problemas específicos, como el hecho del empleo de la felicidad como facilitador del razonamiento inductivo y de la creatividad. En un estudio relacionado con esta rama, Palfai y Salovey (1993) presentaron la evidencia de que estados de humor específicos aumentan formas específicas de procesamiento mental.

Tal y como hemos hecho en la rama anterior, proponemos dos tareas que evaluarían estos aspectos, tomando como base el MSCEIT (Mayer y Salovey, 2000a).

Tarea 3. “*Sensación*”: consiste en preguntar qué sensación táctil, gustativa y de color evoca una emoción específica. Tarea 4: “*Facilitación*”: consistiría en analizar de qué modo los estados de ánimo mejoran el pensamiento, razonamiento y otros procesos cognitivos.

4.3.- Comprender y analizar las emociones.

Siguiendo con el desarrollo emocional, tras haber reconocido las emociones se comienza a poder etiquetarlas y a percibir las relaciones entre estas etiquetas. Dentro de las denominadas “*cajas*” del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997), en ésta rama encontramos las siguientes habilidades:

En primer lugar, se desarrollaría la habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones mismas, tales como la relación entre gustar y amar.

En segundo lugar, se desarrolla la habilidad para interpretar los significados que las emociones conllevan respecto a las relaciones, tales como que la tristeza a menudo es precedida de una pérdida.

En tercer lugar, destaca la habilidad para comprender sentimientos complejos: sentimientos simultáneos de amor y odio, o mezclados, tales como el temor como una combinación de miedo y sorpresa.

Por último, con mayor grado de complejidad, encontraríamos la habilidad para reconocer las transiciones entre las emociones, tales como la transición de la ira a la satisfacción, o de la ira a la vergüenza.

Respecto a la rama de comprensión emocional, el MSCEIT (Mayer y Salovey, 2000a), también incluye tareas para su evaluación que nos dan una idea de las habilidades puestas en juego. Así, encontramos la Tarea 5 “*Combinaciones*” en la que se pregunta acerca de qué emociones podrían combinarse juntas para formar un sentimiento más complejo. Igualmente, la tarea 6 “*Cambios*” dónde se plantean tareas sobre cómo evolucionan las emociones y cambian de un estado a otro.

4.4.- Inteligencia emocional, logro emocional y competencias emocionales.

Desde el punto de vista de la Psicología de la Educación, muchos psicólogos prefieren hablar en términos de “competencia” mejor que de inteligencia (Mayer y Salovey, 1997). Actualmente, en España, ya desde nuestro sistema educativo, se insiste en la necesidad de la adquisición de las competencias clave por parte de la ciudadanía, como condición indispensable para lograr que los individuos alcancen un pleno desarrollo personal, social y profesional que se ajuste a las demandas de un mundo globalizado y haga posible el desarrollo económico, vinculado al conocimiento. Así en la Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato, se desarrollan las siguientes competencias clave del currículo: comunicación lingüística, competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología; competencia digital, aprender a aprender, competencias sociales y cívicas, sentido de iniciativa y espíritu emprendedor y conciencia y expresiones culturales.

Llegados a esta rama del modelo, nos detendremos para realizar una aclaración terminológica respecto a tres de los conceptos que entran en juego en la última parte del modelo.

La inteligencia emocional representaría la aptitud o habilidad central para razonar con emociones. El logro emocional es el aprendizaje que una persona ha alcanzado sobre la emoción o sobre la información relacionada con las emociones y, por último, la competencia emocional existiría cuando uno ha alcanzado un determinado nivel de logro. Según los citados autores, los tres conceptos están íntimamente relacionados, la inteligencia emocional de una persona determina su logro. Desde el punto de vista teórico, tiene por lo tanto sentido desarrollar juntas las ideas de inteligencia emocional, logro emocional y competencia emocional.

En esta cuarta rama acerca de la regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual, encontramos –como en las anteriores- una serie de habilidades ordenadas según su emergencia en tiempo, siendo las primeras las más tempranas y, las últimas, las más tardías.

La primera sería la habilidad para estar abiertos a los sentimientos, tanto a los placenteros como a los displacenteros.

La segunda sería la habilidad para atraer o distanciarse reflexivamente de una emoción dependiendo de su información o utilidad juzgada.

En tercer lugar, hallaríamos la habilidad para monitorizar reflexivamente las emociones en relación a uno mismo y a otros, tales como reconocer cómo de claros, típicos e influyentes o razonables son.

Por último, la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.

En esta cuarta rama que podríamos denominar como la del manejo emocional, consultando con las tareas del MSCEIT, encontramos las siguientes tareas: Tarea 7 “*Manejo emocional*”: se trataría de analizar cómo de eficaz resultaría una acción

alternativa para lograr un cierto resultado, en situaciones cargadas emocionalmente en que los sujetos deben regular sus sentimientos. Otra de las tareas encontradas, en las que puede observarse cierto aumento del grado de complejidad, es la Tarea 8 “*Manejo de relaciones*” en la que se pide a los participantes que evalúen el grado de eficacia que tendrían diferentes acciones a la hora de provocar una emoción en otras personas.

A modo de resumen, proponemos la siguiente tabla (Tabla 2) que recoge las diferentes ramas que componen el modelo.

Tabla 2. Ramas de MSCEIT. Descripción de las ramas del Modelo de Mayer y Salovey. Brackett y Salovey (2004). En Mestre y Fernández-Berrocal, (2007).

DENOMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS HABILIDADES INCLUIDAS
Rama 1: PERCEPCIÓN de la emoción	Habilidad de percibir emociones en uno mismo y en otras personas, así como en objetos, arte, historias, música y otros estímulos.
Rama 2: USO de la emoción para facilitar el pensamiento.	Habilidad de generar y utilizar emociones y sentir que éstas son necesarias para comunicar sentimientos o emplearlas en otros procesos cognitivos.
Rama 3: COMPRENSIÓN de la emoción.	Habilidad para comprender la información emocional, el modo en que las emociones se combinan y progresan a través de transiciones de relaciones y comprender tales significados emocionales.
Rama 4: REGULACIÓN de la emoción.	Habilidad para estar abierto a los sentimientos, modularlos en uno mismo y en otros con el fin de promover la comprensión y el crecimiento personal.

“La clave para tener una mente excepcional, para vivir con pasión eléctrica desde el minuto uno hasta el último, es la Inteligencia Emocional, esto es, saber movilizar la gasolina que hace carburar las pasiones de nuestra vida: disfrutar de lo que hacemos, aprender, amar, jugar, hacer arte y, sobre todo, no perder el tiempo quejándose”.

Rafael Santandreu.

5.- PRINCIPIOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Una vez definida lo que es la inteligencia emocional, parece pertinente el establecimiento de unos principios básicos para el logro de dicha inteligencia. Se puede decir que la inteligencia emocional, fundamentalmente, se basa en los siguientes principios o competencias (Gómez, Galiana y León, 2000).

Autoconocimiento. Capacidad para conocerse uno mismo, saber los puntos fuertes y débiles que todos tenemos.

Autocontrol. Capacidad para controlar los impulsos, saber mantener la calma y no perder los nervios.

Automotivación. Habilidad para realizar cosas por uno mismo, sin la necesidad de ser impulsado por otros.

Empatía. Competencia para ponerse en la piel de otros, es decir, intentar comprender la situación del otro.

Habilidades sociales. Capacidad para relacionarse con otras personas, ejercitando dotes comunicativas para lograr un acercamiento eficaz.

Asertividad. Saber defender las propias ideas respetando la de los demás, enfrentarse a los conflictos en vez de ocultarlos, aceptar las críticas cuando pueden ayudar a mejorar.

Proactividad. Habilidad para tomar la iniciativa ante oportunidades o problemas, responsabilizándose de sus propios actos.

Creatividad. Competencia para observar el mundo desde otra perspectiva, valorar diferentes formas de afrontar y resolver problemas.

“¿Qué es un espíritu cultivado? Es el que puede mirar las cosas desde muchos puntos de vista”.

Henry-Frédéric Amiel.

6.- PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE INTELIGENCIA EMOCIONAL

6.1.- Modelos de capacidad

En el que situaríamos el anteriormente descrito por Mayer, Salovey y Caruso (2000).

6.2.- Modelos mixtos

6.2.1. Modelo de la inteligencia emocional de Bar-On

Bar-On (1997) construye su fundamentación teórica sobre la teoría de la inteligencia social de Thorndike y considera como importantes los factores no intelectuales que Weschler concedía a la inteligencia; incluye además el concepto de alexitimia acuñado por Sifneos (1972).

Este modelo abarca cinco dimensiones principales: inteligencia intrapersonal e interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado general de ánimo. Ocasionalmente, cada una de estas dimensiones abarca a su vez un número de subcomponentes los cuales son capacidades y habilidades relacionadas.

Bar-On parte de la idea de que su modelo debería incluir los siguientes componentes:

- a) capacidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos,
- b) capacidad de entender cómo se sienten los otros y relacionarse con ellos,
- c) capacidad para manejar y controlar emociones,
- d) capacidad para manejar el cambio, adaptarse y resolver problemas de naturaleza interpersonal,
- e) capacidad de generar un efecto positivo y estar auto-motivado.

Basándose en estos cinco componentes, propone lo que llama inteligencia socioemocional, la cual hace referencia a un conjunto de capacidades emocionales,

personales e interpersonales que influyen en la capacidad del individuo de hacer frente a las demandas y a las presiones del ambiente.

Como tal, la inteligencia emocional es un factor importante en la determinación del éxito en la vida e influye directamente en el bienestar emocional general del individuo. Por lo tanto, una persona emocionalmente inteligente es aquella capaz de reconocer y expresar sus emociones, procesar positivamente el auto-respeto hacia uno mismo, teniendo la capacidad de actualizar sus capacidades potenciales y de dirigir vidas bastante felices. La persona emocionalmente inteligente puede entender la manera en que los otros se sienten y es capaz de crear y mantener relaciones interpersonales responsables de satisfacción mutua, sin llegar a ser dependiente de otras personas.

La persona emocionalmente inteligente es, por lo general, optimista, flexible, realista y “exitosa” a la hora de resolver problemas y hacer frente al estrés, sin perder el control (Bar-On, 1997). En la siguiente tabla 3, resumimos las principales dimensiones y habilidades que propone Bar-On en su modelo (Bar-On y Parker, 2000).

Tabla 3. Principales dimensiones y habilidades del Modelo de Bar-On (2000). (Elaboración propia)

DIMENSIONES		CAPACIDADES, HABILIDADES
INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Habilidad para reconocer y entender los propios sentimientos.
	Asertividad	Capacidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos y defender los derechos propios de una manera uniforme, aunque no destructiva.
	Auto consideración	Capacidad para respetarse y aceptarse a uno mismo.
	Auto actualización	Capacidad para conocer y darse cuenta de las capacidades potenciales.
	Independencia	Capacidad para auto controlar y auto dirigir el pensamiento y las acciones para sentirse libre y emocionalmente
INTERPERSONAL	Empatía	Capacidad para entender y apreciar los sentimientos de los otros
	Responsabilidad social	Capacidad para ser un miembro constructivo y cooperativo de un grupo.
	Relación interpersonal	Capacidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias
ADAPTABILIDAD	Validación	Capacidad para validar las emociones propias. Discernir entre lo experimentado y lo verdadero.
	Flexibilidad	Capacidad para ajustarse a las emociones, los pensamientos y las conductas cuando cambian las situaciones y condiciones
	Solución de problemas	Capacidad para identificar, definir y generar e implementar posibles soluciones.
MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Capacidad para resistir a sucesos adversos y situaciones estresantes.
	Control impulsivo	Capacidad para resistir o demorar un impulso.
ESTADO DE ÁNIMO	Optimismo	Capacidad para mantener una actitud positiva ante la vida y mirar a la parte más brillante y luminosa de la vida.
	Alegría	Capacidad para sentirse satisfecho de uno mismo y de los otros.

6.2.2. Modelo de las competencias emocionales de Goleman

El modelo desarrollado por Goleman logra definir la IE como la capacidad para reconocer y manejar nuestros propios sentimientos, motivarnos y monitorear nuestras relaciones. Afirma que la IE es un factor mucho más determinante que el cociente intelectual, debido a que las actitudes emocionales son una metahabilidad que determina cómo logramos utilizar nuestras capacidades, incluidas las del intelecto (Goleman, 1995).

El modelo de las competencias emocionales (CE) (Goleman, 1997) comprende una serie de competencias que facilitan a las personas el manejo de las emociones hacia uno mismo y hacia los demás. En un principio, este modelo consistía en cinco etapas, las cuales posteriormente fueron agrupadas en cuatro grupos (Goleman, 1997, 2001) con veinte habilidades cada una: 1) autoconciencia, el conocimiento de nuestras preferencias, sensaciones, estados y recursos internos; 2) autocontrol, manejo de nuestros sentimientos, impulsos, estados y necesidades internas; 3) conciencia social, reconocimiento de los sentimientos, preocupaciones y necesidades de otros, y 4) manejo de las relaciones, la habilidad para manejar bien las relaciones y construir redes de soporte (Goleman, 2002).

Revisando los cuatro ámbitos de la IE descritos por Goleman podemos llegar a la conclusión de que la IE representa una capacidad fundamental, existiendo la posibilidad de desarrollar estas habilidades en cualquier ámbito, como el contexto escolar, laboral, el ámbito de las relaciones familiares y en las relaciones con los demás, a fin de obtener un rendimiento excelente.

A continuación, proponemos un resumen del Modelo propuesto por Goleman (ver Tabla 4).

Tabla 4 Modelo de Goleman (1997, 2002). Fuente: Boyatzis, Goleman y Rhee (2000).

AUTOCONCIENCIA (SELF-AWARENESS)
<ul style="list-style-type: none"> - Autoconciencia emocional: reconocimiento de nuestras emociones y sus efectos. - Acertada autoevaluación: conocimiento de nuestras fortalezas y limitaciones. - Autoconfianza: un fuerte sentido de nuestros méritos y capacidades.
AUTODIRECCIÓN (SELF-MANAGEMENT)
<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol: control de nuestras emociones destructivas e impulsos. - Fiabilidad: muestra de honestidad e integridad. - Conciencia: muestra de responsabilidad y manejo de uno mismo. - Adaptabilidad: flexibilidad en situaciones de cambio u obstáculos. - Logro de orientación: dirección para alcanzar un estándar interno de excelencia. - Iniciativa: prontitud para actuar.
APTITUDES SOCIALES (SOCIAL AWARENESS)
<ul style="list-style-type: none"> - Influencia: tácticas de influencia interpersonal. - Comunicación: mensajes claros y convincentes. - Manejo de conflicto: resolución de desacuerdos. - Liderazgo: inspiración y dirección de grupos. - Cambio catalizador: iniciación y manejo del cambio. - Construcción de vínculos: creación de relaciones instrumentales.
RELACIONES DE DIRECCIÓN (RELATIONSHIP MANAGEMENT)
<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo y colaboración. - Creación de una visión compartida en equipo. - Trabajo con otros hacia las metas compartidas.

6.3.- Otros modelos

A continuación, continuamos con la revisión de otros modelos representativos de la conceptualización de la Inteligencia Emocional. Hemos de señalar, tal y como argumenta Vallés (2005), que estos modelos no han alcanzado un elevado nivel de consenso conceptual en la comunidad científica. Asimismo, tampoco se han desarrollado técnicas satisfactorias para medir los diferentes constructos que abordan sobre inteligencia emocional, de forma objetiva y fiable.

Los siguientes modelos incluyen componentes de personalidad, habilidades cognitivas y otros factores que, en algunos casos, son fruto de constructos creados *ad hoc* con la finalidad de enfatizar el sentido popular y divulgativo del constructo inteligencia emocional (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010).

6.3.1. El modelo de Cooper y Sawaf

Cooper y Sawaf (1997) basan la inteligencia emocional en cuatro soportes básicos, adaptando la perspectiva de la inteligencia emocional al mundo empresarial.

Se le ha denominado como el modelo de los “Cuatro Pilares”; a continuación desglosamos dichos pilares:

- *Alfabetización emocional*. Constituida por la honradez emocional, la energía, el conocimiento, el feed-back, la intuición, la responsabilidad y la conexión. Estos componentes permiten la eficacia y el aplomo personal.
- *Agilidad emocional*. Es el componente referido a la credibilidad, la flexibilidad y autenticidad personal que incluye habilidades para escuchar, asumir conflictos y obtener buenos resultados de situaciones difíciles.
- *Profundidad emocional*. Hace referencia a la armonización de la vida diaria con el trabajo.
- *Alquimia emocional*. Habilidad de innovación aprendiendo a fluir con problemas y presiones.

6.3.2. El modelo de Bocarddo, Sasia y Fontenla

Bocarddo et al. (1999) establecen las siguientes áreas:

- *Autoconocimiento emocional.* Reconocimiento de los sentimientos.
- *Control emocional.* Habilidad para relacionar sentimientos y adaptarlos a cualquier situación.
- *Automotivación.* Dirigir las emociones para conseguir un objetivo; en esencia para mantenerse en un estado de búsqueda permanente y mantener la mente creativa para encontrar soluciones.
- *Reconocimiento de las emociones ajenas.* Habilidad que construye el autoconocimiento emocional.
- *Habilidad para las relaciones interpersonales.* Capacidad para producir sentimientos en los demás.

La principal aportación de estos autores es la distinción entre la inteligencia emocional e inteligencia interpersonal, de tal manera que las habilidades de autoconocimiento emocional, control emocional y automotivación pertenecen a la inteligencia emocional y las capacidades de reconocimiento de las habilidades ajenas y habilidades interpersonales forman parte de la inteligencia interpersonal.

6.3.3 El modelo de Matineaud y Engelhartn

Matineaud y Engelhartn (1996) centran su trabajo en la evaluación de la inteligencia emocional empleando unos cuestionarios referidos a diferentes ámbitos, integrándolos como componentes de la inteligencia emocional. Este modelo se diferencia del resto por la apertura externa, introduciendo factores exógenos. Así, encontraríamos los siguientes componentes:

- El conocimiento de sí mismo.
- La gestión del humor.
- Motivación de uno mismo de manera positiva.
- Control de impulso para demorar la gratificación.
- Apertura a los demás, como aptitud para ponerse en el lugar del otro.

6.3.4. El modelo de Elías, Tobías y Friedlander

Elías et al. (1999) señalan como componentes de la Inteligencia Emocional los siguientes:

- Ser consciente de los propios sentimientos y de los de los demás.
- Mostrar empatía y comprender los puntos de vista de los demás.
- Hacer frente a los impulsos emocionales.
- Plantearse objetivos positivos y planes para alcanzarlos.
- Utilizar habilidades sociales.

Como resumen Elías et al. (1999) integran los modelos anteriores para homogeneizar la medición del constructo inteligencia emocional.

6.3.5. El modelo de Rovira

Rovira (1998) realiza una valiosa aportación con respecto a las habilidades que componen la inteligencia emocional, ya que lo define a través de 12 dimensiones:

I.- Actitud positiva

- Valorar más los aspectos positivos que los negativos.
- Resaltar más los aciertos que los errores, las utilidades que los defectos, el esfuerzo que los resultados.
- Hacer uso frecuente del elogio sincero.
- Buscar el equilibrio entre la tolerancia y la exigencia.
- Ser conscientes de las propias limitaciones y de las de los demás.

II.- Reconocer los propios sentimientos y emociones

III.- Capacidad para expresar sentimientos y emociones

IV.- Capacidad para controlar sentimientos y emociones

- Tolerancia a la frustración.
- Saber esperar.

V.- Empatía

VI.- Ser capaz de tomar decisiones adecuadas

VII.- Motivación, ilusión, interés

VIII.- Autoestima

- Sentimientos positivos hacia sí mismo.
- Confianza en las propias capacidades para hacer frente a los retos.

IX.- Saber dar y recibir

- Ser generoso.
- Dar y recibir valores personales: escucha, compañía y/o atención

X.- Tener valores alternativos

- Dar sentido a la vida.

XI.- Ser capaz de superar las dificultades y frustraciones

XII.- Ser capaz de integrar polaridades

- Integrar lo cognitivo y lo emocional.

Rovira (1998) es el primer autor que ofrece subdimensiones del concepto para su medición, lo que puede mejorar la evaluación del concepto de inteligencia emocional.

6.3.6. El modelo de Vallés y Vallés

Vallés y Vallés (1999) describen en su modelo una serie de habilidades que componen la inteligencia emocional, agrupándolas en diferentes competencias: conocerse a sí mismo, automotivarse, tolerar la frustración, llegar a acuerdos razonables con compañeros y compañeras, identificar las situaciones que provocan emociones positivas y negativas, saber identificar lo que resulta importante en cada situación, auto-reforzarse, contener la ira en situaciones de provocación, mostrarse optimista, controlar los pensamientos, auto-verbalizar para dirigir el comportamiento, rechazar peticiones poco razonables, defenderse de las críticas injustas de los demás mediante el diálogo, aceptar las críticas justas de manera adecuada, despreocuparse de aquello de nos podría obsesionar, ser un buen conocedor del comportamiento de los demás, escuchar activamente, valorar opiniones, prever reacciones, observar su lenguaje, valorar las cosas positivas que hacemos, ser capaz de divertirse, hacer actividades menos agradables pero necesarias, sonreír, tener confianza en sí mismo, mostrar dinamismo y actividad, comprender los sentimientos de los demás, y conversar.

Igualmente, Vallés y Vallés (1999) establecen otras características entre las que se incluyen: tener buen sentido del humor, aprender de los errores, ser capaz de tranquilizarse, ser realista, calmar a los demás, saber lo que se quiere, controlar los miedos, poder permanecer sólo sin ansiedad, formar parte de algún grupo o equipo, conocer los defectos personales y la necesidad de cambiar, tener creatividad, saber por qué está emocionado, comunicarse eficazmente con los demás, comprender los puntos de vista de los demás, identificar las emociones de los demás, auto-percibirse según la perspectiva de los demás, responsabilizarse de su comportamiento, adaptarse a nuevas situaciones y auto-percibirse como una persona emocionalmente equilibrada.

Este modelo recoge, a modo de revisión bibliográfica, las características de los modelos anteriores, y aunque completo en sí mismo, existe una falta de concreción en el diseño.

6.3.7. El modelo Secuencial de Autorregulación Emocional

Bonano (2001) fundamenta su modelo en los procesos de autorregulación emocional del sujeto para afrontar la emocionalidad de modo inteligente. El autor señala tres categorías generales de actividad auto-regulatoria:

- *Regulación de Control.* Son los comportamientos automáticos e instrumentales dirigidos a la inmediata regulación de respuestas emocionales.
- *Regulación Anticipatoria.* Anticipar los futuros desafíos que se pueden presentar.
- *Regulación Exploratoria.* Adquirir nuevas habilidades o recursos para mantener nuestra homeostasis emocional.

6.3.8. El modelo Autorregulatorio de las experiencias Emocionales

Higgins, Grant y Shah (1999) fundamentan la autorregulación emocional, al igual que ocurre con Bonano (2001), pero estableciendo los siguientes procesos:

- Anticipación regulatoria. Tratar de anticipar placer o malestar futuro.
- Referencia regulatoria. Adoptar un punto de referencia positivo o negativo ante una misma situación.
- Enfoque regulatorio. Estados finales deseados: aspiraciones y autorrealizaciones (promoción) contra responsabilidades y seguridades (prevención).

Este modelo puede entenderse como una continuación del anterior, aunque matiza diferentes procesos como la planificación emocional.

6.3.9. El modelo de procesos de Barret y Gross

Barret y Gross (2001), a partir de los anteriores modelos, incluyen los siguientes procesos:

- *Selección de la situación.* Aproximación o evitación de cierta gente, lugares u objetos con el objetivo de influir en las propias emociones.
- *Modificación de la situación.* Adaptarse para modificar su impacto emocional.
- *Despliegue atencional.* Elegir la parte de la situación en la que se presta atención.
- *Cambio cognitivo.* Posibles significados que se eligen en una situación.
- *Modulación de la respuesta.* Influir sobre las tendencias de acción.

“En ese vínculo que hay entre vosotros está vuestra fuerza...Pero también vuestra mayor debilidad”.

Laura Gallego García.

7.- PROCESO DE ADQUISICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

7.1. - Desarrollo del vínculo afectivo. Teoría del Apego. Aspectos diferenciales de los niños sordos.

Ante la pregunta de si las personas nacemos emocionalmente competentes y/o predispuestas a las relaciones, son numerosos los estudios que se han ido realizando al respecto. En lo que concierne a nuestro objeto de estudio, la inteligencia emocional, parece especialmente relevante destacar los hallazgos de John Bowlby en su Teoría del apego, por constituir un marco de estudio explícito sobre el desarrollo emocional desde los primeros años de vida.

Además, puesto que existe una interrelación entre lo social y lo emocional es necesario reflejar los pilares básicos de esta Teoría. La expresión emocional tiene un lugar privilegiado en la regulación de interacciones sociales en la infancia, mientras que las relaciones sociales, particularmente el apego, influyen en el desarrollo emocional. Hay una influencia recíproca entre lo social y lo emocional. Cuando hay dificultades en el desarrollo emocional (de comprensión, regulación y expresión) suelen reflejarse en lo social (violencia, rechazo, aislamiento) y viceversa (Simón, 2008).

Así John Bowlby, desde 1956, comenzó a desarrollar lo que se ha denominado como la Teoría del Apego. Esta teoría constituye una de las más influyentes a la hora de explicar los sistemas relacionales e intercambios emocionales desde la más tierna infancia.

Los inicios de dicha teoría se sitúan en el intento de comprender los efectos psicopatológicos de la privación maternal, estudiando el curso normal de la ontogénesis de esas relaciones tempranas. La piedra angular de dicha teoría sostiene que

el apego se produce en las tempranas relaciones entre los niños y sus cuidadores y sirve como mecanismo protector durante los encuentros con el peligro y el temor Bowlby (1969/1982). Durante los años 40 y 50, surgieron una serie de estudios sugiriendo que cuando los niños muy pequeños eran separados de sus madres durante un tiempo considerable, manifestaban una serie de reacciones que han llegado a ser conocidas como las fases de “protesta”, “desesperación” e “indiferencia” (Burlingham y Freud, 1944; Heinicke y Westheimer, 1966; Robertson, 1953). Estas reacciones eran bastante comunes, a pesar de las variaciones en el escenario de familiaridad o calidad del cuidado recibido por los más pequeños. Tanto Bowlby como otros autores plantearon que dichas reacciones se debían a la pérdida de la figura específica de la madre, que era el factor más importante en estas reacciones.

Los trabajos de Bowlby y de otros autores (Ainsworth, 1967; Ainsworth, Blehar, Waters & Water, 1978), permitieron la búsqueda de respuestas a preguntas tales como: *¿por qué los niños pequeños llegan a estar tan angustiados por la pérdida de su madre?, ¿qué procesos cuentan para cada una de las tres fases de pérdida?, ¿cuál es el vínculo que une al niño con la madre?, ¿cuáles son sus formas y cómo surgen?, ¿qué les pasa a estas formas mientras el niño madura?, ¿existen tales vínculos en el adulto y, si existen, de qué forma?* (Robertson y Preston, 1999).

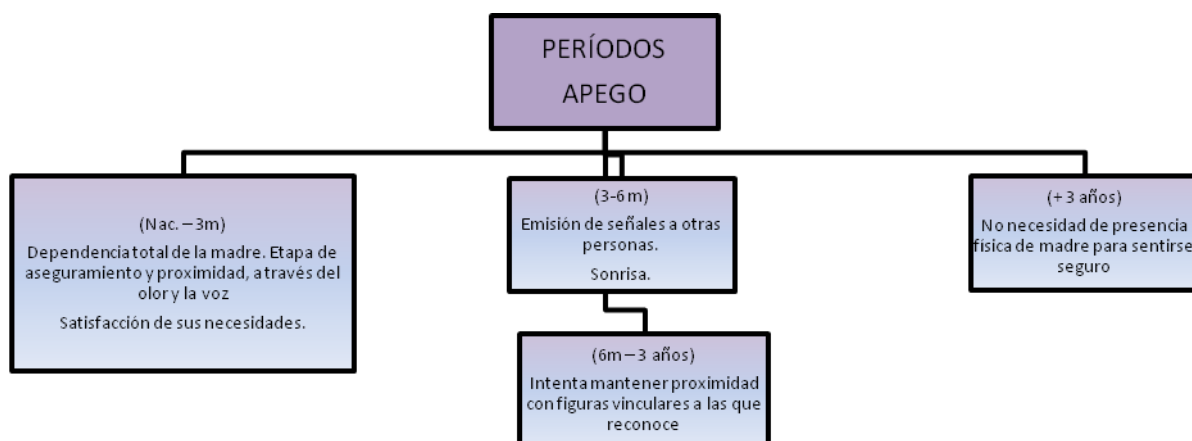
La Teoría del Apego propone un número de sistemas de comportamiento que son universales, aunque puedan encontrarse diferencias sutiles entre poblaciones individuales y reproductivas (Freedman y Gorman, 1993). Cada sistema consiste en un conjunto de comportamientos intercambiables y funcionalmente equivalentes, y tienen el mismo efecto u objetivo predecible (Bowlby, 1969/1982). Al mismo tiempo, cada comportamiento contribuye a otros. Por ejemplo, la locomoción, el apego, la exploración y la cautela, están unos al servicio de otros. Se proponen una serie de comportamientos, entre los que incluimos aquellos relacionados con la alimentación, reproducción, el cuidado, el apego, la exploración, la sociabilidad y el miedo/cautela. Todos ellos cumplen una función biológica: la de ayudar a asegurar la supervivencia y el éxito de la reproducción del individuo y sus genes. La función biológica del comportamiento exploratorio y social es aprender las habilidades necesarias para una supervivencia más autosuficiente.

Por lo tanto, la aplicación directa que dichos hallazgos tienen para nuestro estudio es la afirmación de que las personas nacemos con unos mecanismos universales destinados a establecer relaciones de apego, vincularnos con los demás y participar en el intercambio de un lenguaje universal basado en el mundo emocional.

Bowlby propuso, en su *Ontogenia del Apego*, cuatro fases en el desarrollo del sistema de comportamiento del apego. Las tres primeras ocurren durante el primer año de vida y la cuarta empieza alrededor del tercer año del niño. Nos parece interesante incluirlas por su énfasis en la importancia de los sistemas sensoriales del niño en estos procesos y de cómo los adultos interaccionan a través de los mismos. Aunque posteriormente se profundizará en esta cuestión, una de las diferencias que podrían limitar el desarrollo emocional de las personas sordas, en estas primeras fases, lo vamos a encontrar en la limitación de la audición.

Bowlby distinguió cuatro períodos en el desarrollo de la vinculación a lo largo de la infancia, tal y como puede observarse en la figura 5.

Figura 5. Fases en el desarrollo del apego. Elaboración propia. Fuente Bowlby (1969/1982)



A continuación, exponemos brevemente los aspectos de las fases del apego más significativos (Bowlby, 1969/1982; Marvin y Britner, 1999) y que, en nuestra opinión, más relacionados están con el desarrollo de la audición.

La Fase I: “Orientación y señales sin discriminación de figura” abarcaría desde el nacimiento hasta las 8/12 semanas. Tras el parto, los bebés responden a estímulos de manera que incrementan la probabilidad de contacto continuo con otros humanos. De manera complementaria, una señal de un bebé y su sistema motor son especialmente expertos en obtener el interés y el cuidado de otros humanos, tales como la proximidad, el contacto físico, la nutrición y el calor.

El bebé todavía no puede distinguir el comportamiento de una persona respecto de otra, se comporta de la misma manera hacia dos o más personas que interactúen con él de la misma manera. No es capaz de distinguirse de sí mismo respecto a otro.

Sus sistemas sensoriales están funcionando aunque su capacidad discriminativa sea aún pobre. Hay bastantes evidencias de que dichos sistemas sensoriales están estructurados para que el bebé responda, a menudo, a comportamientos humanos en general (Bowlby, 1969/1982).

Entre estos sistemas sensoriales, especialmente importantes en el desarrollo del comportamiento del apego, están el auditivo y el visual. Al nacer o poco después, muchos bebés son capaces de orientarse visualmente, son especialmente sensibles al contorno y patrón, sobre todo si el estímulo se mueve despacio. En las cuatro primeras semanas casi todos los bebés muestran preferencia por mirar a la cara humana en comparación con otros objetos (McGraw, 1943; Wolf, 1969).

Tras el nacimiento, los bebés tienden a tranquilizarse y a atender a estímulos auditivos suaves y son especialmente sensibles a la voz humana; aunque durante esta primera fase no existe una conexión interna entre los sistemas. Es decir, cada uno tiene sus condiciones de activación y finalización. Por ejemplo, oír una voz humana no desencadena todavía el comportamiento de búsqueda visual.

Al principio, es el cuidador en gran parte quien mantiene la proximidad y protege al bebé, a pesar de que el recién nacido está equipado para ser especialmente sensible a otros humanos y para obtener cuidados y afecto de ellos. Durante las primeras semanas de vida, la interacción de estos patrones bebé-cuidador son frecuentemente repetidos. Si las iniciaciones y respuestas del cuidador se adaptan al comportamiento infantil, los patrones de interacción se establecerán de forma sólida.

Estos patrones de comportamiento recíproco, al final, minimizan la frecuencia e intensidad de tales comportamientos de apego como el llorar, y favorecen la aparición de otros como la sonrisa y la orientación visual.

Fase II: “Orientación y Señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas”.

En esta fase se produce una elaboración de sistemas de comportamiento simples a otros más complejos. Los comportamientos de la Fase I llegan a ser integrados como sistemas de comportamiento complejos y encadenados. Mientras que en la fase anterior, el cuidador proporciona las condiciones para terminar un enlace de comportamiento en una cadena y activar el siguiente, durante la Fase II, el niño asume gran parte de ese control.

Muchos de los progresos sensorio-motrices de los niños de 3 a 6 años ayudan a estos cambios de comportamiento. Por lo tanto, no es difícil imaginar que en niños en los que exista alguna privación sensorial, ciertos comportamientos reduzcan su aparición o sea temporalizada.

La pérdida de audición no sólo puede tener efectos permanentes en el desarrollo del lenguaje oral, por su papel fundamental en procesos cognitivos más complejos, puede alterar el desarrollo intelectual, emocional y social del niño Bixquert, Jaudenes y Patiño (2003). También está comúnmente aceptado que, en niños sordos, el desarrollo motor es más lento, en términos de coordinación y velocidad de movimiento, con un retraso en el desarrollo de secuencias motoras complejas y del equilibrio (Schlumberger, Narbona y Manrique, 2004). Estudios epidemiológicos muestran que los niños con hipoacusia grave/profunda tienen de 1,5 a 3 veces más posibilidades de presentar trastornos psiquiátricos graves (Carvill, 2001). Existe un período de tiempo «crítico», que va desde el nacimiento hasta el cuarto año de vida, en el cual el proceso de adquisición del lenguaje se produce de una forma óptima. La información auditiva en este período crítico es esencial para establecer las características morfológicas y funcionales definitivas de las áreas corticales del lenguaje y audición. Éstas no madurarán de forma adecuada si se mantiene la privación sensorial (Moore y Guan, 2001; Moore, 2002). La percepción sensorial es determinante para el desarrollo neurológico. La audición empieza antes del nacimiento. La respuesta a la estimulación vibroacústica se ha

utilizado como medida de bienestar fetal (Marden, McDuffie, Allen y Abitz, 1997). D'Elia, Pighetti, Vanacore, Fabbrocini y Arpaia (2005) demuestran respuestas significativas en movimientos fetales y variaciones en la monitorización cardiotocográfica del feto a término con dicha estimulación. La maduración (sinaptogénesis y mielogénesis) de la vía auditiva pretalámica se completa al final del primer año y la postalámica al final del tercer año (Moore, 1985).

En esta segunda fase, se restringe el rango de condiciones activantes y de finalización efectivas, por lo tanto, como se repiten las secuencias de interacción, aumenta el control del bebé en las mismas. Otro de los grandes logros es que el niño comienza a diferenciar entre los cuidadores más familiares y los otros a los que dirige su comportamiento de apego. Uno de los sistemas sensoriales que ayuda en esta función es, indiscutiblemente, la audición.

Los patrones de comportamiento que encontramos en esta fase son: finalización del llanto, llanto cuando el cuidador se marcha, sonrisa, vocalización, orientación visomotora, respuesta al saludo y trepar/explorar.

El tercer comportamiento destacable en esta fase es el incremento en la tendencia del niño a iniciar la interacción social con el cuidador a través de la pauta apego-cuidado. Ainsworth (1967) observó que a partir de los dos meses de edad, e incrementándose a partir de entonces, los niños eran más activos en buscar la interacción con los demás y no en responder de forma pasiva. No obstante, en este momento el niño todavía no concibe la figura de apego como una existencia separada de su propia experiencia.

Fase III. Mantenimiento de la proximidad a la figura discriminativa por locomoción y señales.

Esta fase empieza entre los 6 y 9 meses de edad. Durante la misma, el niño consolidará el apego al cuidador/es. Se producen un gran número de cambios motores, cognitivos y comunicativos, así como en la organización de sistemas de comportamiento.

El cambio más notable es el comienzo de la locomoción. Proporciona una habilidad mayor para controlar la proximidad a la figura de apego, para alejarse a explorar e, incluso para ponerse en peligro. En los niños con discapacidad auditiva parece encontrarse cierto retraso (Matías, 2006). Sin embargo, parece que hay coincidencia en aceptar que el posible retraso no se debe tanto a la sordera como a la respuesta del

"entorno", fundamentalmente del entorno familiar: al niño le da miedo lanzarse a caminar, saltar, etc., ya que en cualquier situación a un niño oyente se le anima con mensajes de apoyo: "*ven, yo te cojo*", "*mama te ayuda*", etc. El niño sordo no percibe estos apoyos en su globalidad sino realizados de una determinada forma: si centra la atención en la acción que va a ejecutar, le resulta más difícil prestar atención al adulto.

Tampoco posee un autocontrol auditivo de sus actividades motoras: no oye el ruido de sus pasos, de los objetos que tira a su paso, de la puerta que se cierra tras él. La falta de audición no le permitirá localizar los elementos sonoros. Un niño oyente inicia un movimiento cuando oye el ruido, normalmente en dirección correcta y por acumulación de experiencias organiza una cierta visión del espacio que le rodea. Esta parte sonora le falta al niño sordo, cuya experiencia será fundamentalmente visual, táctil y kinestésica.

En esta tercera fase existe otro gran cambio y es el relacionado con el procesamiento de la información. Hay un desarrollo en la elaboración de las habilidades cognitivas del niño. El niño tiene una imagen interna del estado final de lo que le gustaría alcanzar. Puede operar internamente sobre comportamientos disponibles, idear un plan y seleccionar comportamientos que estén orientados a alcanzar ese objetivo. Es capaz de ejecutar un plan, cambiarlo en función de la retroalimentación que recibe y luego finalizarlo. Por lo tanto, el niño desarrolla la habilidad para diferenciar medios de fines.

De la misma manera, el niño tiene una representación interna de la figura de apego que será independiente de la percepción de la misma. En un estudio longitudinal realizado por Bell (1970) se encontró que casi todos los niños desarrollaron la permanencia de personas antes que de objetos.

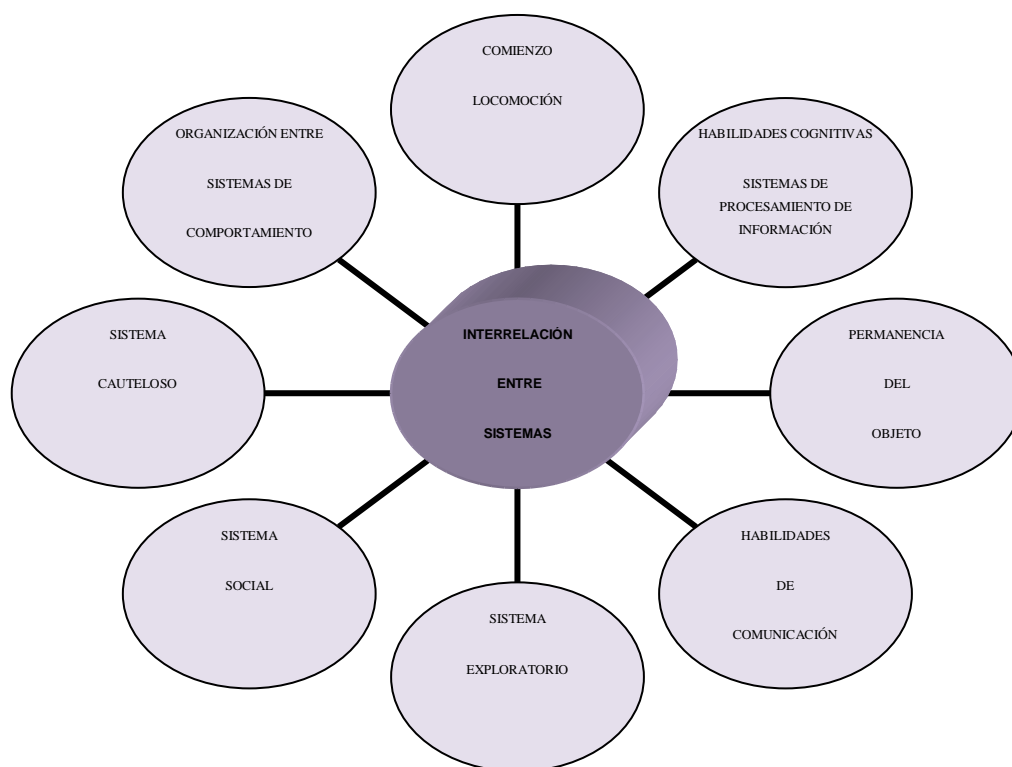
Unidos a estos avances cognitivos, hemos de señalar los relacionados con las habilidades de comunicación. Si durante la segunda fase el niño mostraba un mayor avance visual y vocal, incrementando con los demás la interacción basada en un formato prelingüístico, estableciendo turnos preconversacionales, en la tercera fase el niño ya usa señales comunicativas como parte de un repertorio de planes para conseguir un objetivo final que, a menudo, suele englobar comportamientos tales como: solicitar y rechazar acciones u objetos, atraer o mantener la atención de otro y/o establecer una atención colectiva compartiendo experiencias (Bruner, 1981).

Otro de los cambios importantes sucede en el sistema exploratorio, muy unido a los avances en la locomoción. La elaboración de su sistema de comportamiento de exploración está unida al desarrollo de sus habilidades en el desplazamiento y a otro hito, señalado anteriormente, como es el de la permanencia del objeto. En este sistema, el desarrollo multisensorial cobra gran importancia. La audición es envolvente, a diferencia del sistema visual que es direccional. Es decir, si queremos percibir cualidades de un estímulo visual, debemos dirigir de forma voluntaria nuestra vista a dicho estímulo. La audición, sin embargo, envuelve a la persona y, a no ser que se tape fuertemente los oídos, no dejará de percibir el estímulo auditivo. De esta característica se deriva que la audición cumpla una gran función en el sistema de alerta del niño, íntimamente relacionado con su sistema exploratorio. El niño oyente se siente llamado hacia los estímulos a través de dos vías, la vista y la audición. En el niño sordo, encontramos una gran diferencia. No recibe estimulación auditiva ni de cualidades sonoras de los objetos ni de las voces humanas de alrededor, por lo que son necesarias las repetidas introducciones en su campo visual para estimular el desarrollo exploratorio del niño. La percepción del peligro mientras está explorando, en consecuencia, también se ve debilitada, ya que carece de información adicional sobre ruidos y sonidos del ambiente que le avisen de objetos que se van a caer o personas, animales o cosas con los que se va a encontrar.

Junto con el sistema exploratorio en esta fase, ha de destacarse el sistema cauteloso. La cautela hacia los eventos originales y repentinos no humanos tiene un gran papel en relación con la supervivencia. A pesar de las tendencias tempranas a responder a estímulos humanos, al final del primer año los niños son más cautelosos con los adultos desconocidos que con los objetos no humanos desconocidos (Bretherton y Ainsworth, 1974). Si el sistema de cautela es altamente activado, el niño tiende a retirarse hacia el padre como refugio; si no se activa, el niño continúa mirando al extraño no intrusivo o puede iniciar una respuesta social. Esta fase puede considerarse como uno de los periodos sensibles (6 meses a 18/24 meses) y es importante por dos razones. La primera es que los niños son muy vulnerables al peligro de otros humanos y hasta que ellos puedan predecir qué individuos son peligrosos, es adaptativo que la reacción inicial sea de cautela. La segunda razón es que uno de los mecanismos implicados en la consolidación del apego es la reducción del rango de individuos capaces de activar y finalizar su comportamiento de apego (Bowlby, 1962,1982).

Otro de los sistemas altamente vinculado a los anteriores, es el desarrollo del sistema social. Aunque los niños se sienten más atraídos hacia las personas que hacia los objetos, probablemente paren de explorar cuando se enfrentan a una persona extraña, permaneciendo en cautela, incluso temerosos por algunos momentos. Después, si el extraño muestra afecto positivo, ya no será percibido como un extraño, y unirá sus respuestas al comportamiento del niño, probablemente estableciendo una interacción social.

Figura 6. Avances en Fase III relacionados con el desarrollo emocional y del apego. (Elaboración propia).
Fuente: Bowlby, 1962, 1982)



En el caso de los niños con discapacidad auditiva, en un alto porcentaje, la sordera aparece de forma inesperada en familias de oyentes y rompe, inicialmente, las expectativas que la pareja se había forjado. Éste no es el caso, minoritario, de la pareja formada por personas sordas, en las que la llegada del hijo/a se vive con mayor normalidad y en la que la problemática que cabe esperar es de otro tipo, relacionada,

quizá, con la adquisición de la Lengua Oral y la integración en el mundo oyente (Silvestre et al., 1998). En el caso de padres oyentes cabe plantearse hasta qué punto todas estas cuestiones afectan a las primeras relaciones afectivas y comunicativas del niño sordo, que son a veces decisivas para su posterior desarrollo psíquico y lingüístico.

Silvestre et al. (1998) destacan que en todo aquello relacionado con el establecimiento del vínculo afectivo o apego, normalmente, el bebé establece lazos afectivos con las personas que interactúan con él de manera privilegiada, y si las relaciones con estas figuras de apego resultan satisfactorias, el bebé experimenta sensaciones de seguridad y de placer, mientras que la separación o la aparición de personas extrañas le provoca ansiedad.

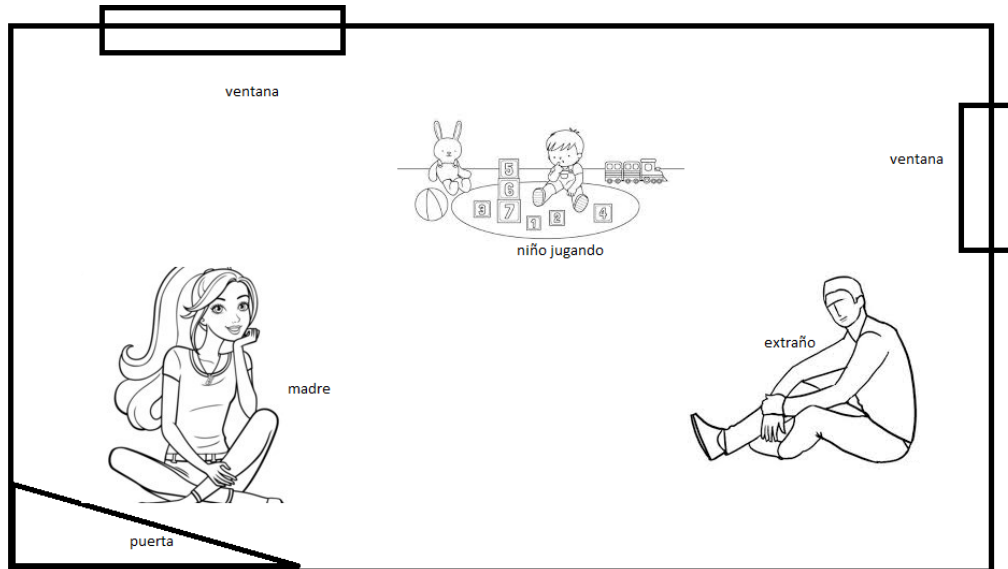
Así como en el bebé ciego de nacimiento la falta de un canal sensorial de comunicación, como es la vista, puede ocasionar, en algunos casos, dificultades en la creación de un vínculo afectivo Silvestre et al. (1998) no hay estudios que muestren semejantes dificultades en el caso del bebé sordo. Si bien es cierto que la sordera, especialmente la profunda, priva al niño de informaciones altamente relevantes sobre el estado de ánimo y la actitud de la madre que ésta expresa mediante la entonación de la voz; sin embargo, también podría ocurrir que la madre encuentre fácilmente otros medios como la expresión facial y el tacto para compensar esta deficiencia.

Aunque en el caso de las primeras relaciones, ya sea con el bebé ciego ya sea con el sordo, los adultos encuentran otras formas de comunicarse, es preciso que se encuentren en disponibilidad de hacerlo y, a veces, precisan para ello el soporte y la orientación de los especialistas.

Entre los escasos datos con los que se cuenta sobre el establecimiento del vínculo afectivo del bebé sordo con la madre oyente, en comparación con el mismo proceso en el bebé oyente, merece destacarse el estudio realizado por Lederberg y Mobley (1990). Los participantes fueron distribuidos en dos grupos de diadas formadas, en el primero de ellos, por 41 niños sordos de edades comprendidas entre 18 y 24 meses junto a sus madres oyentes, y, en el segundo, por madres y niños oyentes de las mismas edades. Las diadas fueron observadas en una situación que permitiera explorar el establecimiento del vínculo afectivo, mediante la reacción ante la persona extraña, siguiendo el diseño de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), para bebés de 8 a 18 meses. En dicha situación el bebé se encuentra jugando con su madre y una persona desconocida, y se

observan sus reacciones cuando una de ellas se va y vuelve a aparecer más tarde. La Figura 7 muestra el diseño de dicha situación experimental.

Fig.7. Situación extraña, (M.Ainsworth, 1978). Adaptación propia.



Siguiendo precisamente el trabajo de Ainsworth et al. (1978), Lederberg y Mobley (1990) tratan de analizar las posibles diferencias entre ambos grupos en relación a los tipos de apego conceptualizados por ellos (seguro, evitativo y ambivalente o resistente) y que se muestran en la Tabla 5

Tabla 5. Clasificación del Apego. En Villanueva y Sanz, (2009).

CLASIFICACIÓN DEL APEGO EN SITUACIÓN EXTRAÑA (M.Ainsworth)			
APEGO SEGURO (65%)	Exploran de forma activa mientras están solos con la madre.		
	Pueden intranquilizarse en la separación.		
	Contacto físico afectuoso a su regreso que les tranquiliza.		
	Apego ambivalente/resistente. (10-12%)	Apego evitativo (20%)	Apego desorganizado/desorientado. (3-5%)
APEGO INSEGURO (35%)	Exploran muy poco y se mantienen cerca de la madre.	Muestran una conducta exploratoria activa.	Combinación del patrón resistente y evitativo. Tras haberse separado el niño de la figura de apego, presenta conductas contradictorias a su regreso.
	Se inquietan mucho en la separación.	Poco malestar en la separación	
	Ambivalencia a su regreso, se mantienen cerca pero se resisten al contacto físico.	Ignoran a la madre a su regreso. Pueden ser muy sociables	

Los resultados encontrados pusieron de manifiesto que, en relación a las conductas observadas en la actitud ante el extraño, un 56% de niños sordos y un 61% de oyentes tenían conductas que reflejaban un vínculo afectivo seguro y consistente con sus madres. En segundo lugar, hubo ciertas diferencias entre las diadas en las que un niño era sordo y aquellas en las que era oyente. En el primer caso, se dedicaba menos tiempo a interactuar (las interacciones eran con mayor frecuencia iniciadas por las madres), y los niños sordos se perdían y no llegaban a finalizar las interacciones con mayor frecuencia que los oyentes. Sin embargo, estas diferencias comunicativas no parecían afectar a las relaciones afectivas del bebé sordo, ni en la situación ante la persona extraña ni en las de juego (Lederberg y Mobley, 1990).

En estudios comparativos se observó que los niños que habían sido estimulados a comunicarse gestualmente con sus figuras significativas desde temprana edad, eran capaces de entender más palabras, su vocabulario era mayor, y se involucraban en juegos más sofisticados, en comparación a los niños del grupo control (Goodwyn y Acredolo, 1993, 1998).

Los patrones de conducta de evitación que se observan entre los niños oyentes con apego inseguro, están altamente relacionados con la manifestación posterior de un "síndrome" conductual que incluye bajo umbral de frustración, no obediencia a la madre u otras figuras de autoridad, conductas agresivas hacia los iguales y los adultos, y distanciamiento emocional de los padres Lamb, Thompson, Gardner y Charnov, (1985). Belsky (1986) describió este patrón de conducta como característico también de niños que pasan una considerable parte del día en guarderías durante su primer año de vida (Meadow-Orlans, 1987).

El hecho de que una proporción mayor que la media, de las familias con niños sordos pongan a sus hijos en guarderías desde una edad temprana, crea una mayor confusión para entender la conexión entre apego temprano y la conducta posterior en los niños sordos pequeños. Sin embargo, las características atribuidas al apego inseguro en los niños oyentes son extraordinariamente similares a las que se usan con frecuencia para describir a los niños sordos de padres oyentes. El hecho de que tanto los niños sordos

como los niños "criados" en guarderías experimenten trastornos en la disponibilidad y responsividad de sus madres hace pensar que esta conexión puede no ser sólo casual.

Fase IV: Desarrollo del apego durante los años en los que el niño empieza a andar y la etapa preescolar.

Nos encontramos en un momento en el que empiezan a situarse las primeras implicaciones en la vida social, ya que se demandan un mayor número de comportamientos destinados a la vida en común. Para ello, es necesaria una organización del comportamiento de apego es estos primeros años preescolares.

Encontramos dos cambios organizativos importantes. Por un lado, las habilidades de los preescolares para inhibir el comportamiento de apego e insertar los planes del cuidador en el propio plan del niño. Por otro, la habilidad simultánea de actuar y operar en los objetivos y planes de uno mismo y de otros, para comprender – no de forma egocéntrica- la relación causal entre los planes de los cuidadores y los comportamientos, entablando negociaciones con el adulto respecto a un plan compartido (Marvin y Greenberg, 1982).

Por ejemplo, es usual observar comportamientos con unos planes tempranos muy primitivos para cambiar el comportamiento del cuidador: cogiéndole y llevándole en una determinada dirección; tirando algún objeto para que él le preste atención, a través de rabietas...etc.

Cuando el niño comienza a poder inhibir ciertas conductas y acciones, puede cambiar el comportamiento del otro, insertando en la estructura de su plan otras acciones, entre las que se destaca la comunicación lingüística. Todavía no puede negociar con el cuidador pero sí intentar cambiar el objetivo del mismo.

Los estudios realizados por Marvin y Greenberg (1982) de manera consistente con los trabajos de Bowlby (1969/1982), revelan que desde el primer año hasta los 3 años, la organización del apego infantil hacia el cuidador permanece apenas sin cambios. Pasados los 3 años, existe una mayor elaboración significativa de la compleja red de esquemas, al igual que se va incrementando la habilidad para inhibir los consecuentes

comportamientos. De esta manera, el niño puede incrementar sus objetivos, planes y comportamientos con los de la figura de apego.

La cantidad e intensidad del comportamiento de apego es atenuada, aunque se siguen estructurando ciertos aspectos de esa relación en base a la proximidad física. A partir de los 4 años, con la nueva habilidad desarrollada de actuar simultáneamente desde su punto de vista y desde el del cuidador, la relación del niño no será tan dependiente del contacto y proximidad física. Aunque eso no significa que los niños, a partir de los 4 años, no necesiten de ella.

Por lo tanto, esta etapa supone un mayor avance hacia su independencia. El desarrollo locomotor, comunicativo y el conjunto de habilidades de procesamiento de la información, permitirán al niño, posteriormente, poder pasar un mayor tiempo con su grupo de iguales.

7.2.- Aspectos psicoevolutivos, psicosociales y diferenciales de la percepción y expresión emocional

7.2.1. Aspectos psicoevolutivos de la percepción y expresión de las emociones

La habilidad para reconocer la emoción de las expresiones faciales parece, al menos en parte, innata. Es una de las afirmaciones que comparten diversos autores que se han interesado en el estudio de este campo (Mestre et al., 2007). Decimos, en parte, porque las herramientas con las que nace el niño son muy básicas. Es necesario un proceso de maduración en todos los ámbitos para que, tanto la comprensión como la expresión emocional, se perfeccionen al máximo (Palacios, 2001).

Los recién nacidos prefieren mirar a la cara antes que a otros estímulos complejos y, de este modo, pueden ser estimulados para centrarse en la información que revelan los rostros (Fantz, 1961; Kagan y Lewis, 1965).

A partir de los 3 años, los niños empiezan a ser capaces de discriminar entre diferentes expresiones faciales, imitarlas y vislumbrar su significado emocional, aunque todavía son muy poco expertos (Fridlund, Ekman y Oster, 1984; Meltzoff y Moore, 1983; Zebrowitz, 1997).

En relación a la expresión de emociones, las habilidades implícitas van parejas a las implicadas en el reconocimiento de éstas. Desde el nacimiento, los bebés tienen la capacidad para imitar las expresiones emocionales de los adultos que le rodean (Kagan y Lewis, 1965). Con la experiencia y el desarrollo, van ajustando y siendo más precisos en la expresión de sus emociones (Walter-Andrews, 1997).

El reconocimiento de emociones secundarias, entre las que encontraríamos la culpa, vergüenza, orgullo, enamoramiento, celos, envidia, ansiedad y empatía - entre otras -, requiere un mayor desarrollo social y cognitivo, apareciendo las primeras competencias al respecto entre los 5 y 8 años (Bennet, Yuill, Banerjee y Thomson (1998)). La expresión de las mismas también requiere de un mayor desarrollo sociocognitivo.

Entre los 5 y los 12 años, las dimensiones fundamentales que subyacen a la vergüenza serían la intersubjetividad, que se define como el proceso en el que dos participantes que empiezan una tarea con diferentes comprensiones llegan a una comprensión compartida (Newson y Newson, 1975), y la consideración del grupo, tras la realización de algún acto inapropiado. Más tarde, en la adolescencia, las dimensiones fundamentales resultan ser la intrasubjetividad, que hace referencia a que la observación repetida de las mismas respuestas debe producir los mismos datos (Galtung, 1967), y los motivos personales (Villanueva, Clemente y Adrián, 2000)

7.2.2. Aspectos psicosociales de la percepción y expresión de las emociones

Uno de los aspectos psicosociales más destacados a tener en cuenta en relación a la percepción y expresión emocional es el factor cultural. Tal y como reflejan Mestre, Núñez y Guil (2007), importa mucho de quién es la cara que está siendo valorada en el reconocimiento de las expresiones faciales. Algunos estudios clásicos, como los de Ekman (1972) e Izard (1971), encontraron que existía más o menos exactitud en el reconocimiento de expresiones emocionales básicas, tanto de valencia positiva (alegría e interés) como negativa (ira, miedo, pánico, tristeza y asco). Estas emociones básicas eran presentadas en fotografías por diferentes grupos de personas de un mismo entorno cultural.

La comunicación emocional suele ser más exacta entre la gente que comparte entornos culturales afines. Aunque la comunicación emocional pueda tener un lenguaje universal,

también parecen existir diferencias sutiles entre diversos grupos culturales, de manera que pueda entenderse mejor a la gente que se expresa utilizando lo que Elfenbein y Ambady (2003) denominaron un “*dialecto emocional*” similar al nuestro. Elfenbein y Ambady (2002) pusieron de manifiesto que la exposición a otro tipo de culturas tendía a reducir las ventajas de pertenecer a un grupo en el reconocimiento de emociones, ya que se dominaba peor los matices propios de un dialecto emocional de una conducta particular.

Los niños sordos viven en una situación de biculturalismo. Podemos encontrar dos contextos socioculturales. Por un lado, los hijos sordos de padres oyentes y, por otro, hijos sordos de padres sordos. Pues bien, Brubaker y Szakowski (2000) señalan que el desarrollo socioemocional de los niños sordos es menos problemático en las constelaciones de padres-hijos en las que los padres adaptan sus métodos de comunicación al modo de comunicación de sus hijos, lo que se viene denominando como “*matching*”, que en las que no hay dicha adaptación.

Matsumoto, Leroux y Yoo (2005) descubrieron que uno de los factores que mejor predecían la aculturación exitosa era la capacidad para la regulación emocional. Sus experimentos fueron realizados con inmigrantes y dicha regulación emocional predecía mejor una aculturación exitosa que la inteligencia o el dominio del idioma. Simon (2009), a partir de estos estudios, hipotetizaba que la capacidad de regulación emocional de un alumno sordo era también crucial a la hora de insertarse en la escolaridad oyente.

Denmark (1994) señala que los niños sordos son más inmaduros y temperamentales que sus pares oyentes. Una revisión realizada por Simon (2006) acerca de los estudios realizados en esta población, indican que las diferencias culturales y la situación sociolingüística pueden explicar parte de la variación.

En relación a la expresión de las emociones, desde el punto de vista de los aspectos psicosociales, en la edad escolar el papel del grupo de iguales es fundamental en el proceso de socialización. La expresión de las emociones básicas y secundarias es una de las vías utilizadas por los niños para su incorporación a los procesos grupales. De nuevo en el ámbito expresivo, el uso social compartido o “compartimiento social de la emoción”, formulado por Rimé (1989) cobran gran importancia.

En el caso de los niños sordos, es importante señalar que los usos sociales compartidos que puedan hacer de dichas expresiones emocionales van a estar contextualizados en diferentes ámbitos: centros educativos donde hayan sido escolarizados otros niños sordos o no, hogares de naturaleza oyente sin referentes sordos a su alrededor, o por el contrario, que puedan formar parte de una comunidad sorda más extensa y que les proporcione un referente adulto donde ellos puedan verse reflejados.

Desde el punto de vista socioeconómico, algunas investigaciones apuntan que los individuos con un nivel más elevado manifiestan una mejor ejecución en los test de habilidades no verbales y, más específicamente en los test de expresiones faciales, que los individuos de nivel socioeconómico más bajo (Izard, 1971).

Por último, atendiendo a la personalidad y centrándonos en el estudio de la cara, Matsumoto et al. (2000) encontraron evidencias de que ciertos factores de personalidad (modelo de los Cinco Grandes), como la apertura mental y, en menor medida, la conciencia y extraversión, predecían exactitud en las expresiones faciales. El rasgo de neuroticismo, por otro lado, predijo una menor exactitud. Como resumen de estos datos, tal y como señalan Mestre et al. (2007), los individuos más predispuestos a prestar atención a las pistas sociales y situacionales pueden ser más capaces de reconocer las expresiones faciales de otros.

7.2.3. Aspectos diferenciales de la percepción y expresión de las emociones

La investigación en relación a la percepción y expresión de las emociones también ha mostrado algunas diferencias en relación al género. A los 3 años y, considerando diferentes culturas, las mujeres muestran una mayor habilidad para percibir las expresiones faciales de la emoción que los varones (Babchuk, Hames y Thompson, 1985; Kirouac y Doré, 1985; Rotter y Rotter, 1988).

Existen dos hipótesis que intentan dar una explicación a este aspecto diferencial. La primera sería la denominada *Hipótesis de la Subordinación*. Esta hipótesis defendería que la mayor capacidad de las mujeres para percibir las emociones es debida a la tradicional subordinación social a la que han sido o están siendo sometidas (Henley, 1977; LaFrance y Henley, 1994; Snodgrass, 1992). La idea clave de esta hipótesis es

que es más valioso para los subordinados comprender las emociones de aquellos a los que se subordinan que lo contrario (Keltner, Gruenfeld y Andersen, 2003).

La otra hipótesis sería la denominada *Hipótesis de la Acomodación* (Rosenthal y DePaulo, 1979). Se basa en el hecho de que las destrezas superiores del reconocimiento de la emoción de las mujeres no son igualmente aplicables a todas las formas de la expresión emocional. Por ejemplo, los hombres serían superiores en el reconocimiento de la información que se expresa subliminalmente, normalmente, a través de canales de comunicación poco controlados, como los movimientos del cuerpo, es lo que se viene denominando como el “*leakage*”.

Tal y como señalan Blanck, Rosenthal, Snodgrass, DePaulo y Zuckerman (1981), tanto hombres como mujeres, en la adolescencia, parecen tener el mismo nivel de imprecisión para captar la información emocional por diferentes canales; sin embargo, las mujeres, con el desarrollo, van mejorando la destreza para reconocer emociones facilitadas por el canal facial, lo que les permite acomodarse socialmente.

Mestre, Palmero y Guil (2004), utilizando el MSCEIT como medida de Inteligencia Emocional, comprobaron en una muestra de 346 sujetos que las mujeres eran más eficaces en la rama de percepción emocional que los varones. Así mismo, Mufson y Nowicki (1991) pusieron de manifiesto que los hombres reconocían las expresiones faciales con menor exactitud que las mujeres y que dicha diferencia disminuía cuando se les informaba, previamente, que esta tarea medía su competencia social.

En relación a la expresión de las emociones, ocurre algo similar en relación al género. Hall (1984) argumentó que las mujeres observan a los otros más frecuentemente que los hombres, lo que permite recoger mayor información no verbal. Ickes, Gesn y Grahams (2000) explicaban cómo en los ejercicios de exactitud empática que probaban la sensibilidad no verbal, las mujeres superaron a los hombres sólo en los experimentos que las hacían conscientes y más motivadas ante una buena ejecución.

Por lo tanto, las mujeres podrían tener más automatizadas estas habilidades que los varones, sin embargo, en situaciones de procesos controlados, como podría ser la realización de alguna prueba, los varones podrían llegar a ser tan empáticos como las mujeres, dedicando un mayor esfuerzo mental. De la misma manera, ellas con una

buena predisposición y estando motivadas, podrían alcanzar una puntuación parecida a la de ellos en tareas de ejecución de orientación o aptitud espacial.

La atención y el esfuerzo mental serían dos procesos clave para la percepción y la expresión emocional (Mestre et al., 2004).

“Manejar el silencio es más difícil que manejar la palabra.”

Georges Clemenceau

8.- LENGUAJE Y DESARROLLO EMOCIONAL

8.1.- Vínculo del lenguaje con las emociones. Consideraciones generales.

Mucho se ha estudiado y escrito acerca del lenguaje. Desde el punto de vista psicoevolutivo, están analizadas y categorizadas las etapas por las que las personas pasamos para una correcta adquisición y desarrollo del mismo.

Tal y como venimos señalando hasta ahora, el modelo elegido de Inteligencia Emocional, basado en las cuatro ramas de Mayer y Salovey, incluye desde la percepción, el uso de la emoción para facilitar el pensamiento, la comprensión y la regulación emocional. Para el desarrollo de estas cuatro dimensiones es fundamental, como se ha puesto de manifiesto en las páginas precedentes, el lenguaje, tanto verbal como no verbal.

Respecto a los mecanismos que determinan tanto la comprensión como la expresión de las emociones, el lenguaje cumple un papel fundamental. De esta manera, se facilita la interacción social y la capacidad de comprender cómo pueden sentirse los otros. Ya desde niños, vamos elaborando lo que se conoce como Teoría de la Mente, término que procede de la primatología (Premack y Woodruff, 1978), y que puede definirse como la capacidad que permite a los sujetos explicar la propia conducta y la de los demás basándose en la atribución de estados mentales (Carpendale y Lewis, 2006; Perner, 1991; Wimmer y Perner, 1983).

Astington y Jenkins (1999) vinculaban el desarrollo de dicha teoría con el grado de desarrollo lingüístico. Señalaban que no es que la inmadurez lingüística enmascarara las competencias subyacentes de los niños, sino que los desarrollos lingüísticos respaldaban y sustentaban los avances en la comprensión de la mente.

Tal y como señalan Resches, Serrat, Rostan y Esteban (2010), existe un interés por explicar las diferencias individuales en el desarrollo de la comprensión social. De ahí, la necesidad de estudiar las relaciones entre la emergencia de la Teoría de la Mente y otros procesos evolutivos. Existe evidencia empírica que señala que son las capacidades lingüísticas las más ampliamente correlacionadas con las habilidades sociocognitivas, particularmente las implicadas en la comprensión de la falsa creencia (Milligan, Astington y Dack, 2007).

Tras la investigación, de más de tres décadas, con primates no humanos, se propone una hipótesis según la cual existiría una relación de implicación directa entre el lenguaje y Teoría de la Mente; concluyendo que las habilidades mentalistas más complejas, como la atribución de creencias, resultan imposibles en criaturas sin lenguaje (Call y Tomasello, 2008).

En segundo lugar, las primeras evidencias de Teoría de la Mente en humanos coinciden con los comienzos de la adquisición del lenguaje. A su vez, el período de mayor desarrollo en Teoría de la Mente es, al mismo tiempo, el período de desarrollo y consolidación de las capacidades lingüísticas, razón por la cual sería esperable, al menos, algún tipo de influencia recíproca.

Aunque los argumentos más sugerentes, a favor de una vinculación directa entre lenguaje y Teoría de la Mente, provengan del estudio del desarrollo atípico. Por una parte, los niños con autismo, que habitualmente fallan en tareas de Teoría de la Mente, suelen presentar retrasos lingüísticos o patrones de desempeño atípico (Happé, 1995). Incluso, al examinar más detenidamente las condiciones que hacen posible que algunos niños autistas superen las tareas estándar de Teoría de la Mente, la evidencia longitudinal señala que el nivel de habilidad verbal constituye el indicador más poderoso del desempeño en dichas tareas (Tager-Flusberg y Joseph, 2005).

Por otra parte, a partir del estudio de los niños sordos se demuestra que aquellos sujetos que presentan dificultades para el razonamiento mentalista presentan también retrasos significativos en su desempeño lingüístico, independientemente de su inteligencia no verbal, de su ajuste sociocognitivo e incluso de su actuación en tareas de función ejecutiva (P. de Villiers, 2005)

Brown y Dunn (1996) afirmaban que hablar sobre las emociones ayuda a los niños pequeños a comprender las suyas propias. Denham, Zoller y Couchoud (1994) señalaban que la comprensión de la emoción en los niños se podía predecir en función de su habilidad lingüística global.

Estas conclusiones son respaldadas por más trabajos, como los realizados en muestras de adolescentes por Mestre, Guil y Gil-Olarte (2004) y Mestre, Guil y Mestre (2005). Estos autores encontraban una correlación moderada entre la tercera rama del MSCEIT, comprensión de emociones, y las pruebas de comprensión y razonamiento verbal.

Cuando se habla de lenguaje, es necesario realizar, en un primer momento, una diferenciación terminológica de algunos conceptos que, usados como sinónimos en el contexto coloquial, pueden llevarnos a error. Y más, en el caso que nos ocupa, como es el estudio de la inteligencia emocional de personas sordas que pueden o no compartir un código comunicativo mayoritario con el resto de personas oyentes, como es la Lengua Oral.

Tomando como referencia a Gallego y Gallardo (1995), Rondal (1991) y Saussure (1973) diferenciaremos entre comunicación, lenguaje, lengua y habla.

Podemos entender el Lenguaje como la capacidad de poder establecer comunicación mediante signos, ya sean orales o escritos. De esta manera, el lenguaje presenta muchísimas manifestaciones distintas en las diversas comunidades que existen en nuestro planeta. Estas manifestaciones son lo que conocemos por lenguas o idiomas, como el español, el inglés, el francés o el alemán. No sería correcto hablar, por tanto, de “lenguaje español” o de “lenguaje francés” ni de “lenguaje de signos”, en el caso que nos ocupa.

El término de Comunicación, por lo tanto, sería más general y englobaría al lenguaje que, como forma más importante de comunicación, sería el objeto de estudio de la lingüística que consiste en la capacidad humana de asociar significados a determinados conceptos.

El lenguaje al ser una capacidad o facultad extremadamente desarrollada en el ser humano, constituye un sistema de comunicación más especializado que los de otras

especies animales, a la vez fisiológico y psíquico, que pertenece tanto al dominio individual como al social, y que nos capacita para abstraer, conceptualizar, y comunicar.

El prelenguaje es un sistema de comunicación rudimentario que se aprecia en el lenguaje de los bebés, y que constituye la base de la adquisición de éste. Se da a través y mediante un conjunto de cualidades necesarias para que el bebé pueda adquirir el lenguaje, y lo constituyen capacidades neurofisiológicas y psicológicas entre las que destacan percepción, motricidad, imitación y memoria.

Por otro lado, la lengua es, como hemos dicho, un sistema de signos que los hablantes aprenden y retienen en su memoria. Es un código, un código que conoce cada hablante, y que utiliza cada vez que lo necesita. Este código es muy importante para el normal desarrollo de la comunicación entre las personas, pues el hecho de que todos los hablantes de una lengua lo conozcan es lo que hace que se puedan comunicar entre sí.

La lengua, especialmente para usos extralingüísticos, es llamada también idioma. Es un modelo general y constante para todos los miembros de una colectividad lingüística. Los humanos crean un número infinito de comunicaciones a partir de un número finito de elementos, por ejemplo a través de esquemas o mapas conceptuales. La representación de dicha capacidad es lo que se conoce como lengua, es decir el código. Una definición convencional de lengua es la de "signos lingüísticos que sirven a los miembros de una comunidad de hablantes para comunicarse".

En este contexto, el habla sería la recreación de ese modelo que conoce toda la comunidad lingüística. Es un acto singular, por el cual una persona, de forma individual y voluntaria, cifra un mensaje concreto, eligiendo para ello el código, los signos y las reglas que necesita. Dicho de otra manera, es el acto por el cual el hablante, ya sea a través de la fonación (emisión de sonidos) o de la escritura, utiliza la lengua para establecer un acto de comunicación. Supone una materialización o recreación momentánea de ese modelo en cada miembro de la colectividad lingüística. Son las diversas manifestaciones de habla las que hacen evolucionar a la lengua. En el caso de las personas sordas, también encontraríamos una materialización de ese modelo lingüístico, compartido por el resto de personas sordas, como es la Lengua de Signos.

Aunque existen diversas teorías acerca del momento en que surgieron las Lenguas de Signos, podemos señalar que, por ejemplo, ya Platón en su "Crátilo" comenta su

naturalidad y plasticidad. El diálogo platónico “Crátilo” ocupa un lugar destacado en la historia de la lingüística. Es una obra fundacional de un gran filósofo. Plantea un debate sobre la naturalidad o convencionalidad de las palabras, en el que interviene Sócrates como árbitro de la cuestión. La historia de la lingüística ha apreciado en esta obra un antecedente de la teoría del signo lingüístico. Pero ha tenido dificultades para interpretarla porque la intención del diálogo excede el ámbito del lenguaje. El Crátilo es un emblema ambivalente de la historia de la lingüística, que suscita preguntas no sólo sobre su sentido sino sobre el papel de la historiografía y sus mitos.

Según la Confederación Nacional de Sordos (CNSE), las personas sordas, a lo largo del tiempo, han incorporado de forma natural las lenguas de signos como respuesta creativa a la limitación sensorial de la sordera. Son lenguas naturales de carácter visual, espacial, gestual y manual en cuya conformación intervienen factores históricos, culturales, lingüísticos y sociales (Ley 27/2007, artículo 4).

Las lenguas de signos cumplen fielmente con todas las características formales del lenguaje humano; poseen una gramática visual rica y propia, son lenguas de cultura y dependen en su evolución y desarrollo de la comunidad de personas que la usan, las personas sordas, sordociegas y sus familias.

No hay una única lengua de signos en todo el mundo, cada país posee una o varias lenguas de signos. Tampoco existe una lengua de signos por cada lengua oral ya que las lenguas de signos han evolucionado de forma natural en el contacto entre personas. Incluso varios países que comparten el mismo idioma hablado utilizan diferentes lenguas de signos.

Como muchas lenguas minoritarias, la lengua de signos ha estado muchos años marginada y relegada al uso personal. Sin embargo, pese a prohibiciones y obstáculos, se ha mantenido viva y su comunidad usuaria ha protegido y transmitido su patrimonio lingüístico de generación en generación. Las lenguas de signos en España han pasado de una situación puramente doméstica y restringida a una situación, como la de hoy en día en la que su uso trasciende a todos los ámbitos y contextos sociales.

En la actualidad conviven en el Estado Español dos lenguas de signos, la Lengua de Signos Española y la Lengua de Signos Catalana en la Comunidad Autónoma de

Cataluña, tal y como reconoce la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. La Lengua de Signos Catalana está reconocida a través de la Ley 17/2010, de 3 de junio, de la Lengua de Signos Catalana. Además tenemos la Ley 11/2011, de 5 de diciembre, por la que se regula el uso de la Lengua de Signos Española y los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con sordoceguera en Andalucía. Asimismo, existen referencias a la Lengua de Signos Española en los Estatutos de algunas Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura e Islas Baleares, así como la Lengua de Signos Catalana en el Estatuto de Autonomía de Cataluña.

Como características más importantes de las Lenguas de Signos podemos destacar las siguientes:

- Utilizan el canal visual y gestual, frente a las lenguas orales que utilizan el canal auditivo y oral.
- Las manos, los brazos, el tronco y el rostro son los órganos de articulación.
- La palabra o unidad mínima con sentido es el signo.
- La articulación de estos signos está constituida por siete parámetros formacionales:
 - la configuración y forma que adoptan las manos,
 - el movimiento que realizan,
 - la orientación que adoptan,
 - el punto de contacto con el cuerpo,
 - el lugar de articulación del signo lingüístico,
 - el plano en el que se coloca el signo
 - los componentes no manuales (la expresión facial).

Una vez conceptualizados los términos más importantes cuando hablamos de lenguaje y definida la Lengua de Signos, debemos detenernos en la desmembración artificial que se realiza de los componentes del lenguaje. Nos detenemos en ello porque nos parece de vital importancia destacar cómo la comprensión y expresión emocional se relacionan con los mismos (ver Tabla 6), y de ahí, la relación indiscutible de la comunicación y el lenguaje con el desarrollo de la inteligencia emocional.

Tabla 6: Relación de elementos constitutivos del lenguaje, con las emociones. Elaboración propia.

DIMENSIONES	COMPONENTES	UNIDADES	RELACIÓN CON EMOCIONES
LENGUA ORAL			
FORMA	Fonético Fonológico Morfo-Sintáctico	Sonido Fonema Oración Palabra Morfema	Elementos suprasegmentales: entonación, duración, ritmo. Tipos de oraciones según su naturaleza y longitud media de los enunciados.
CONTENIDO	Léxico Semántico	Morfema Palabra	Vocabulario relacionado con campos semánticos y redes de significado emocionales.
USO	Pragmático	Contexto Discurso Funciones lingüísticas	Protodeclarativos y protoimperativos Funciones lingüísticas
LENGUA DE SIGNOS			
FORMA	Fonético Fonológico Querología* Morfo-Sintáctico	Fonemas Rasgos fonéticos: -Configuración o forma que adopta la mano según la configuración de los dedos. -Movimiento, dado que muchas señas son dinámicas e involucran un cambio de posición, la forma en que se realiza este movimiento se usa para introducir diferencias semánticas. Queremas: rasgos geométricos y de movimiento. Uso específico del espacio y la simultaneidad a la hora de signar.	Componentes no manuales: importancia de la expresión facial y lenguaje no verbal.
CONTENIDO	Léxico Semántico	Signos	Vocabulario relacionado con campos semánticos y redes de significado emocionales. Importancia de expresión facial, que aporta significado.
USO	Pragmático	Contexto Discurso Funciones lingüísticas	Protodeclarativos y protoimperativos Funciones lingüísticas

(*) Un querema es una unidad básica de una lengua signada, es funcionalmente y psicológicamente equivalente a los fonemas de las lenguas orales. Actualmente los términos están en desuso y en la literatura científica moderna tiende a hablarse de "fonología" y "fonema" aún para designar a las unidades mínimas no fonéticas de estas lenguas. Los términos "querología" y "querema" fueron acuñados en 1960 por William Stokoe de la Universidad de Gallaudet como parte del intento de describir las lenguas de señas como auténticas lenguas naturales, aunque esa posición no fue universalmente aceptada y la terminología fue desechada.

Tal y como describe Jarque (2012), la investigación sobre las lenguas signadas utilizadas por las personas sordas y sordociegas ha contribuido enormemente a la teoría general sobre el lenguaje humano. Principalmente, ha puesto de manifiesto que la capacidad para el lenguaje humano es plástica. Hay varias modalidades lingüísticas, o canales de transmisión y recepción, disponibles: modalidad vocal-auditiva, modalidad gestual-visual y modalidad gestual-táctil –en el caso de las personas sordociegas. Según Meier (2002), el descubrimiento de que signo y habla son vehículos para el lenguaje es uno de los descubrimientos empíricos más cruciales de las últimas décadas en el área de la lingüística.

En el caso que nos ocupa, nos vamos a detener en la relación que tiene el lenguaje con el desarrollo emocional de las personas. Como podemos observar en la tabla expuesta previamente (Tabla 5), comparando la Lengua Oral y la Lengua de Signos, dos son los ámbitos o dimensiones que, a nuestro juicio, se encuentran más involucradas en la adquisición y desarrollo de la inteligencia emocional. Se trata de la semántica y de la pragmática. Es decir, del vocabulario relacionado con las emociones, dimensión léxico-semántica, y del uso que se da del lenguaje, ante diferentes interlocutores y en contextos variados.

Desde el punto de vista de la Pragmática, uno de los aspectos imprescindibles para poder lograr un acto comunicativo es la existencia de intención comunicativa. Dicha intención no es difícil de imaginar que va ligada, en las primeras etapas, a una satisfacción de necesidades básicas. Pero, incluso en esa atención a las primeras demandas, comienza a haber intercambios emocionales, a través –principalmente- de la diada madre-hijo, que será enriquecida con la figura paterna, dependiendo del tipo de familia en la que nos encontremos.

En los núcleos familiares oyentes, los primeros intercambios comunicativo-emocionales se producen a través del contacto corporal y, desde el punto de vista lingüístico, la entonación cobra vital importancia. En los núcleos familiares de personas sordas, donde la Lengua de Signos es la lengua materna compartida, el lenguaje no verbal, el

intercambio de miradas, las expresiones faciales –que juegan el papel de la entonación en el mundo oyente- y el tacto, articulan los primeros intercambios emocionales y comunicativos. El problema lo encontramos en aquellos núcleos familiares donde se pueden romper las diadas iniciales por no compartir el código comunicativo: padres sordos con hijos oyentes y padres oyentes con hijos sordos. Cuando en estos casos no se reciben unas orientaciones iniciales, los padres pueden pasar por diferentes estados emocionales como es la negación, el shock, la depresión... por lo que el intercambio comunicativo lingüístico y emocional se puede ver muy afectado. En estas circunstancias es normal que nos invadan pensamientos y afectos del tipo “*para qué le voy a contar y hablar si no me oye, si no me entiende*”, “*no logro saber qué le ocurre*”, provocando adicionalmente estados emocionales de frustración y sentimientos de incapacidad e impotencia.

Tal y como refleja Adriá (2008), en su obra acerca del desarrollo psicológico infantil, desde el punto de vista social-pragmático, las habilidades lingüísticas iniciales del niño serían una consecuencia de la asunción, por parte del mismo, de que las personas a su alrededor son agentes intencionales (Carpenter, Nagell y Tomasello, 1998). La asunción de la intencionalidad (concepto referido a la naturaleza referencial de la conciencia), como característica de la conciencia y la interacción social de los humanos, se establecería a través de procesos comunicativos básicos, típicamente, procesos de atención conjunta, sobre los cuales se desarrollaría el lenguaje.

Situamos las primeras tomas de turnos, según Bruner (1981) y Kaye (1982), en los intercambios que tienen lugar entre madre e hijo durante el amamantamiento, donde mientras la madre se encontraba activa (hablando, acariciando, etc.), el bebé se mostraba pasivo, y viceversa. Este tipo de conductas se consideraban extensibles a pautas generales de comportamiento, y en especial, se consideraron antecedentes de los turnos lingüísticos posteriores. A través de estas situaciones repetidas de acoplamiento y sincronía, se van estableciendo los primeros procesos de contacto emocional, de coordinación interpersonal entre el niño y su cuidador.

Este concepto está íntimamente relacionado con lo que Trevarthen (1977) denominó Intersubjetividad Primaria. Según autores como Shatz (1983) o Garton (1992), los adultos realizan desde el principio una atribución de intencionalidad a la conducta del niño, esencial para el establecimiento de las primeras bases comunicativas. Nosotros añadiríamos, vitales también para el desarrollo socio-emocional, porque el adulto va interpretando estados de ánimo y emocionales del bebé: “*está contento*”, “*este niño es feliz*”, “*extraña*”, “*está nervioso*”...etc. Y todas estas atribuciones se realizan a través del lenguaje, de ahí que el niño pueda ir incorporando ese vocabulario (ámbito léxico-semántico) a su bagaje comprensivo, en un primer momento, y expresivo posteriormente, y al desarrollo de la Teoría de la Mente.

Los niños desarrollan, a partir de aquí, procesos comunicativos referenciales mediante el desarrollo de gestos preverbales de señalización o deícticos, y así regulan la atención adulta hacia sus deseos (gestos protoimperativos), o bien, muestran y comparten un tema (gestos protodeclarativos). Estos últimos implicarían ya procesos de Intersubjetividad Secundaria según Trevarthen (1979) y el establecimiento de un triángulo relacional (Hobson, 1995), al que nosotros añadiríamos la naturaleza emocional, en el que el niño y adulto se comunican intencionalmente respecto al mundo circundante.

Desde los primeros momentos del ser humano, lenguaje y emoción se encuentran unidos. Tomamos como referencia el “baby-talk” descrito por Bruner (1983), es el nombre que se usa para designar un subcódigo lingüístico que emplean los adultos y los niños mayores de 5-6 años, de forma espontánea, cuando se dirigen y comunican con niños más pequeños. Las características del baby-talk tienen la intención de mejorar y controlar la eficacia de la comprensión de los mensajes por parte del niño, así como de suponer ayudas importantes para la imitación y el aprendizaje del lenguaje. Podemos decir igualmente, que constituye la base de la expresión emocional.

Al dirigirnos a los bebés tendemos a hablar más despacio, con más pausas y de mayor duración, y a subir el tono de voz (empleamos un registro más agudo). Se ha demostrado que las madres, desde el punto de vista prosódico, usan más tonos de voz y realizan más variaciones de los bajos a los altos (Fernald y Mazzie, 1991). Se cuida más la pronunciación y se realizan más preguntas (Hoff, 2001). Somos más expresivos, nuestras frases son más cortas y simples, repetimos con frecuencia una parte o el todo de la frase, usamos un número más limitado de palabras (en su forma

más sencilla y con mayor número de diminutivos), se hacen constantes referencias al contexto mientras se señala o manipula los objetos concretos con los que interactuamos, y utilizamos un mayor número de gestos y mímica.

En una revisión realizada por Saint-Georges et al. (2013) acerca del lenguaje infantil en la interacción y su relación con las emociones y cogniciones, se pone de manifiesto como la adaptación del lenguaje, por parte de los adultos a los niños, es un fenómeno generalizado, que desempeña algunos roles importantes en el desarrollo infantil. Revisaron todos los estudios empíricos o experimentales que se habían publicado desde 1966. Se encontraron características lingüísticas y prosódicas generales de lo que hemos denominado, anteriormente, como “baby talk”. Saint-Georges et al., (2013) lo denominan como “infant-directed speech” (IDS) en una variedad de idiomas, y dicha adaptación no se limitaba a las madres. Este IDS variaba si teníamos en cuenta factores asociados con el cuidador (por ejemplo, culturales, psicológicos y fisiológicos) y del niño (por ejemplo, la reactividad y la retroalimentación interactiva). Los IDS promocionaban el afecto, la atención y el aprendizaje del lenguaje. Dichos autores ponían de manifiesto como los aspectos cognitivos del IDS habían sido ampliamente estudiados mientras que los afectivos todavía necesitaban ser desarrollados. Sin embargo, durante las interacciones, las siguientes observaciones fueron de interés: (1) La prosodia IDS refleja cargas emocionales y cumple con las preferencias de los niños, y (2) la contingencia infantil de la madre y sincronía son cruciales para la producción y la prolongación de IDS. Por lo tanto, el IDS es parte de un bucle interactivo que puede desempeñar un papel importante en el desarrollo cognitivo y social del niño.

Similares características se han observado en la Lengua de Signos, usada por las madres con sus hijos sordos (Masataka, 1996). En este caso, se describe una gesticulación más lenta y exagerada y un mayor uso de repeticiones. Los niños, desde el primer mes de vida, responden mostrando mayor preferencia ante este estilo de comunicación verbal que ante un estilo más parecido a la comunicación entre adultos (Cooper y Aslín, 1994). Esto es así también con niños sordos y oyentes ante el lenguaje signado de las madres, lo que constituye una evidencia de que es un efecto no mediado por la modalidad empleada (Masataka, 1996).

Masataka (1996) realizó un estudio acerca de la percepción del lenguaje infantil en la lengua de signos japonesa, en bebés oyentes de 6 meses de edad. El experimento consistía en mostrar a bebés sordos de 6 meses de edad unas cintas de video con 5 guiones idénticos signados, en lengua de signos japonesa, por 5 madres sordas a sus bebés sordos o hacia sus amigos sordos. El experimento demostró que los bebés mostraron una mayor atención y respuesta afectiva. El presente estudio exploró la posibilidad de que este mismo fenómeno pudiera extenderse a niños oyentes, que nunca habían sido expuestos a la lengua de signos. Cuando la misma cinta de estímulo, usada anteriormente, fue mostrada a 45 bebés de 6 meses de edad oyentes, también mostraron una mayor capacidad de respuesta de atención y afectiva hacia el mensaje signado. Este hecho sugiere que los bebés están preparados para detectar el lenguaje signado sin experiencia específica en dicha modalidad.

Tal y como señalan Adamson y Chance (1998), en los primeros cinco años de vida, la evolución de la comunicación puede ser dividida en tres períodos. El primer período comienza en el momento del nacimiento, cuando los lactantes se comunican a través de sus llantos, miradas, vocalizaciones, y los primeros gestos. Estos comportamientos de comunicación temprana no son intencionales, pero abren el camino para la comunicación intencional posterior. En el segundo período, de los seis a 18 meses, la participación comunicativa de los lactantes con los adultos se torna intencional (Bakeman y Adamson, 1984). Uno de los principales hitos es la aparición de atención conjunta que implica la coordinación visual del lactante con la de otra persona respecto de objetos y sucesos (Mundy y Gomes, 1998). En el tercer período, desde los 18 meses en adelante, el lenguaje supera a la acción como el principal medio de aprendizaje y comunicación para niños y niñas. Por ejemplo, los preescolares pueden participar en conversaciones acerca de emociones que toman en cuenta el estado emotivo del otro (Dunn, Brown, Slomkowski, Tesla y Youngblade, 1991). También pueden usar el lenguaje para su auto-control (Berk y Potts, 1991); y tienen la capacidad de negociar verbalmente (Bloomquist, August, Cohen, Doyle y Everhart, 1997).

En el caso de los niños sordos, si no han adquirido un código que permita comunicarse y, en los núcleos familiares de padres oyentes con hijos sordos, no se haya superado la barrera psicológica de no poder lograr la comunicación con sus hijos, no será difícil imaginar que el desarrollo emocional no se realizará en las mismas condiciones.

Por tanto, el ámbito pragmático es de vital importancia para, no solo el desarrollo lingüístico, sino también para el intercambio emocional. Ya sea a través de un código oral o signado, las personas necesitamos poder realizar intercambios comunicativos en los que el contenido sea emocional. En el caso de los niños sordos que nacen en ambientes oyentes en los que no se comparte un código signado, si no se pone remedio de forma temprana, podrán verse mermadas las oportunidades de intercambios afectivos con las personas que les rodean. El lenguaje no solo se emplea para denominar. Es muy importante tenerlo en cuenta. Es necesario vigilar si, las intervenciones con los niños sordos, sobre todo desde el punto de vista logopédico y pedagógico, están destinadas a la adquisición de vocabulario, donde predomina la función denominadora del lenguaje, donde priman los sustantivos, dejando de lado funciones como la imaginativa, la reguladora (que sirve para controlar la propia conducta y el comportamiento de otros), la interaccional (que sirve para establecer relaciones con otros) o la personal (para poder identificarse y expresarse a sí mismo) (Halliday, 1973).

Tabla 7. Funciones lingüísticas de Halliday (1973). (Elaboración propia).

FUNCIONES	DEFINICIÓN	EJEMPLIFICACIÓN
1ª FASE		
INSTRUMENTAL	Satisfacción de necesidades materiales	<i>“yo quiero”</i> Llanto, gritos, pataletas, etc.
REGULATORIA	Controla comportamientos de otros.	<i>“haz como te digo”</i> <i>“Yo quiero...A mí me gusta”</i>
INTERACCIONAL	Para familiarizarse con otros. Interacción con otros. Socialización.	<i>“tú y yo”</i> <i>“siéntate aquí”</i> <i>“me gusta estar contigo”</i>
PERSONAL	Se identifica y se expresa a sí mismo. Registrar lo que se piensa de sí mismo. Autovaloración. Práctica de valores.	<i>“aquí estoy yo”</i>
HEURÍSTICA	Explora el mundo interno y externo	<i>“dime por qué, para qué sirve”</i>
IMAGINATIVA	Crea un mundo propio	<i>“vamos a suponer”</i>
INFORMATIVA	Comunica nueva información	<i>“tengo algo que decirte”</i>
2ª FASE		
MATÉICA	Une la Personal y la Heurística	<i>“de aprender”</i>
PRAGMÁTICA	Une la Instrumental y la Reguladora	<i>“de hacer”</i>
IDEACIONAL	Para expresar contenidos producto de la experiencia y de la visión del mundo. Interpreta las cosas de forma literal	<i>“yo lo veo así...”</i>
INTERPERSONAL	Opera para establecer y mantener relaciones sociales, con significado expresivo y conativo.	<i>“ayúdame a...”</i>
TEXTUAL	El medio lingüístico en sí mismo. Uso contextual de significados y organización coherente con cohesión entre las partes de un todo.	Elaborar un discurso, redactar un ensayo.

Cuando los niños tienen dificultades para comprender a los demás y para expresarse ellos mismos, no sorprende que puedan existir consecuencias adicionales como problemas psicosociales y de adaptación emocional. Por otra parte, una proporción relativamente alta de niños en edad escolar que presentan trastornos psicosociales y emocionales, con frecuencia tienen problemas con el lenguaje y la comunicación, tal y como afirman las investigaciones realizadas por Cohen (2001).

En un estudio que se realizó en el National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, Bethesda (1995) estimó que entre el 8% y 12% de los niños preescolares tienen alguna forma de trastorno del lenguaje. La mayoría de los casos no son detectados hasta que cumplen dos o tres años de edad, al ver que no hablan. Además, aproximadamente la mitad de los niños en edad preescolar o escolar que son

derivados a servicios de salud mental o puestos en clases especiales, tienen trastornos del lenguaje o discapacidades del aprendizaje relacionadas con el lenguaje.

Tal y como señalan Wetherby y Prizant (2001), no existen datos sobre la prevalencia de problemas de comunicaciones pre-verbales en los lactantes, aunque la disponibilidad de nuevas herramientas de selección está posibilitándolo actualmente. Una gama de trastornos psicosociales y emocionales ha sido asociada a trastornos del lenguaje. En los lactantes, los problemas con la regulación de emociones y comportamiento (por ejemplo, dificultades para ser tranquilizados, dificultades para comer o dormir) son los más comunes, tal y como reflejan Barwick, Cohen, Horodezky y Lojkasek (2004). El vocabulario físico y expresivo se asocia con el vocabulario hablado a la precoz edad de 19 meses (Dionne, Tremblay, Boivin, Laplantey Perusse, 2003).

Puede resultar difícil separar los problemas psicosociales y emocionales de las dificultades con el lenguaje y la comunicación. Los trastornos del lenguaje pueden ser sutiles y pasar inadvertidos a menos que se realice una evaluación formal, tal y como señalan Cohen, Barwick, Horodezky y Vallance (1998). Por ejemplo, Kaler y Kopp (1990) demostraron que el hecho que los niños de 1 a 3 años cumplieran las instrucciones de los adultos, se relacionaba con su capacidad de comprensión del lenguaje. En otro estudio, Evans (1996) encontró que muchos preescolares descritos como tímidos, reticentes o inhibidos, tenían trastornos del lenguaje que interferían con su formación y mantenimiento de amistades. Los niños con trastornos del lenguaje tenían dificultades para participar en las conversaciones de sus pares y luego eran excluidos, con lo cual tenían aún menos oportunidades de aprender y practicar las habilidades sociales necesarias para interactuar con sus pares. No identificar ni tratar dichos problemas puede tener consecuencias graves.

Desde los años preescolares en adelante, el diagnóstico más frecuente entre niños y niñas con trastornos del lenguaje que son referidos a centros de habla-lenguaje y clínicas de salud mental, es el Trastorno de Déficit Atencional (con o sin Hiperactividad) (Beitchman, Nair, Clegg, y Patel, 1986; Cantwell y Baker, 1991; Cohen, Menna, Vallance y Barwick, 1998).

Los trastornos del lenguaje no se dan aisladamente y desde la primera infancia el desarrollo del lenguaje está vinculado también a la cognición, cognición social y habilidades motoras, tal y como señalan los autores citados.

Los estudios longitudinales han producido resultados bastante sólidos en relación a los niños con trastornos del lenguaje (Cohen, 2002). Los trastornos del lenguaje y la comunicación se relacionan constantemente con el aprendizaje y los problemas psicosociales y emocionales desde la lactancia hasta la adolescencia (Beitchman, 2001); Stattin Klackenber-Larsson, (1993); Williams y McGee, (1996). La peor prognosis corresponde a niños que tienen dificultades en comprender el lenguaje o en múltiples áreas del lenguaje que se prolongan más allá de la edad de cinco años (Whitehurst y Fischel, 1994).

Tanto factores genéticos como ambientales contribuyen al desarrollo del lenguaje, psicosocial y emocional (Rutter, 2003). Los niños que tienen dificultades para comunicarse no envían mensajes claros y, por ende, puede ser difícil entenderles y reaccionar ante ellos adecuadamente. La cantidad y tipo de estimulación del lenguaje en el hogar, tal y como señalan Hart y Risley, (1995), y algún tipo de estrés familiar, como el maltrato infantil (Coster y Cicchetti, 1993), también contribuyen al desarrollo del lenguaje en los niños.

Siguiendo la línea de desarrollo de Cohen (2005), en su obra *“Impacto del Desarrollo del Lenguaje sobre el Desarrollo Psicosocial y Emocional de los niños pequeños”*, deberemos seguir investigando acerca de si hay algo específico en el lenguaje que justifique que éste sea foco de estudio. Por una parte, el lenguaje puede ser simplemente una de las diferentes funciones del desarrollo originadas por un factor común subyacente (Hill, 2001). Por otra parte, el lenguaje podría tener un rol central en el desarrollo de los trastornos psicosociales y emocionales, ya que el lenguaje internalizado y las reglas traspassadas verbalmente juegan un rol importante tanto en el auto-control como en el rendimiento a través de los dominios (Denckla, 1996).

8.2.- Aspectos diferenciales del desarrollo en las personas sordas desde la primera infancia. Ámbitos comunicativo-lingüístico y cognitivo.

Resulta de vital importancia la detección precoz de la discapacidad auditiva, ya que es considerada un problema sanitario por las repercusiones que tiene en la adquisición del

lenguaje y, consecuentemente, en el plano cognitivo y en el desarrollo emocional, académico, social y familiar en el niño y la familia (Marco, Morera y Morant, 2004; Monsalve y Núñez, 2006; Peralta, 2011). Es más, determinadas deficiencias auditivas, cuando no se detectan y diagnostican precozmente con su consiguiente intervención, se transforman en plurideficiencias (Monsalve y Núñez, 2006).

8.2.1. El desarrollo comunicativo y lingüístico.

Los procesos de socialización lingüística son distintos como distintos son los ambientes en los que se desarrollan los niños sordos. Los niños sordos cuyos padres son signantes (utilizan la lengua de signos) adquieren de forma espontánea la lengua de signos que se utiliza en el ambiente familiar. La relación es similar a la que se produce entre el niño oyente y el lenguaje oral hablando en su familia. En esta situación se halla al menos el 10 % de niños sordos cuyos padres también son sordos. Los demás niños sordos tienen padres que, de entrada, no conocen la lengua de signos y utilizan la lengua oral, aunque se ven obligados a aprender algún sistema de comunicación signado al valorar las consecuencias positivas que puede tener para su hijo, en la mayoría de los casos la lengua de signos propia de la comunidad de personas sordas (Myers, 2000).

Desde el punto de vista de la comunicación temprana, las diferencias entre los niños sordos y los oyentes comienzan a manifestarse desde los primeros meses de vida. Los lloros, balbuceos y arrullos de los primeros cuatro meses son iguales en unos y en otros, pero estas expresiones vocales empiezan a descender en los niños sordos con pérdidas auditivas severas y profundas a partir de los cuatro-seis meses. La ausencia de feedback auditivo de sus propias vocalizaciones contribuye decisivamente a esta desaparición. Mientras que los niños oyentes comienzan desde los primeros meses a desarrollar pautas de entonación adecuadas al lenguaje oral que escuchan, a responder diferencialmente a estas entonaciones y a establecer la relación entre sonido y visión, los niños sordos no manifiestan de forma semejante estos comportamientos. Aguado (2000) sostiene la importancia del balbuceo para la adquisición del lenguaje y, a pesar de la distinción auditiva que existe entre un niño normal y uno sordo, indica que ambos transitarán por la etapa del balbuceo de igual forma y lo desarrollarán de modo similar, sin embargo, será en el desarrollo lingüístico del sordo en el que este periodo cobre más

relevancia. Conviene no olvidar que balbucear estimula el área cerebral responsable del lenguaje y, en el caso de presentar alguna pérdida auditiva, cubre la falta de los estímulos externos (que sí percibe el niño con audición promedio), advirtiéndolo de sus mismas producciones acústicas, incentivando sus circuitos neurológicos y gracias a ello, la formación de su sistema fonético (Aguado, 2000).

Breuning, Quantín, Moretti, Prieto y González (1995), realizaron un estudio acerca de la importancia del balbuceo canónico en las hipoacusias neurosensoriales. El balbuceo canónico puede definirse como la emisión de clara naturaleza silábica, formadas por un núcleo vocálico con resonancia completa, un margen consonántico no glótico y una duración total entre 100ms y 500ms. Se trata de producciones que el adulto identifica fácilmente como sílabas de tipo CV simple, CV reduplicado o VC como predictor de hipoacusia en niños sin antecedentes de riesgo conocidos.

El objetivo del estudio de Breuning et al. (1995) era analizar los factores de alto riesgo determinantes de la hipoacusia neurosensorial de diferente grado, observados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Garrahan. De una muestra de 3000 niños, entre 1989 y 1993, fueron estudiados 700 por hipoacusia neurosensorial, evaluándose la edad a la que fueron diagnosticados la uni o bilateralidad de la afección y su grado de severidad. Se observó que 114 (16,3 %) consultaron antes de los 2 años; 165 (23,4 %) entre los 2 años y 3 años y 10 meses y 421 (60,15 %) entre 3 años y 11 meses y 16 años y 4 meses. Entre los factores de alto riesgo audiológico conocidos, predominaron la anoxia perinatal (N 103; 13,3 %), postmeningítico (N 76; 10,9 %) y ototóxicos (N 72; 8,8 %). Sin embargo no se encontraron factores predisponentes en 190 niños (27,1 %) de los que en 75 la hipoacusia estuvo asociada a factores genéticos, mientras que los 115 restantes (16,4 %) fueron considerados de etiología desconocida. En este grupo de pacientes se encontró retraso en el comienzo del balbuceo canónico (rango 15- 50 meses; media 24 meses). La secuela auditiva fue bilateral en 507 niños (72,4 %) y unilateral en 193 (27,1 %). La pérdida auditiva entre 15 y 70 dB ocurrió entre 316 niños (45,1 por ciento) y mayor de 70 dB en 384 (54,9 %). La conclusión de este estudio fue que la búsqueda del balbuceo canónico es un predictor de hipoacusia en niños sin antecedentes de riesgo conocidos

Niños sordos y oyentes producen similares vocalizaciones prelingüísticas, sin embargo, su aparición es más tardía en los infantes sordos. Esta producción, que es una repetición

de componentes de señas, es similar en todos los niños sordos hijos de padres sordos. Se ha planteado que el balbuceo manual es pasado por alto por padres oyentes e investigadores (Marschark y Lukomski, 2001).

Tal y como afirman Gregory y Mogford (1981), el proceso de adquisición del lenguaje oral por los niños sordos profundos es muy diferente al de los niños oyentes y al de los propios sordos en relación con la lengua de signos. Los niños sordos, especialmente si la sordera es profunda, se enfrentan a un difícil y complicado problema como es el de acceder a un lenguaje que no pueden oír. Su adquisición no es, por tanto, un proceso espontáneo y natural, vivido en situaciones habituales de comunicación e intercambio de información, sino que es un difícil aprendizaje que debe ser planificado de forma sistemática por los adultos. Las palabras se incorporan poco a poco al vocabulario del niño, convirtiéndose su adquisición en un objetivo en sí mismo, lejos de un contexto comunicativo interactivo.

La persona sorda entra en contacto con el lenguaje a una edad en la que otros niños han dominado ya completamente esta habilidad y en la que, quizá, el periodo formativo más importante para el lenguaje ya va en declive (Lenneberg, 1967). No obstante, pese a esta dificultad, conviene señalar que actualmente, el mundo de las personas sordas ha sufrido una verdadera revolución con la llegada de los implantes cocleares. Muchos niños sordos, detectados de forma temprana, son implantados y el contacto con la lengua oral se produce mucho antes, si lo comparamos con las investigaciones realizadas previamente.

Respecto al ámbito semántico que señalábamos en el apartado anterior, existe un estudio muy interesante realizado por Fernández Viader y Pertusa (1995), en el que se recogen los primeros veinte términos que forman parte del vocabulario de dos niñas sordas (ya sea vocabulario oral, signos caseros o lengua de signos) educadas en diferente contexto lingüístico. El seguimiento comprende un año de vida de cada una de las niñas, abarcando a partir de las edades de 1;7(22) (caso A) y de 2;0(28) (caso B).

El Caso (A) presenta sordera profunda de percepción, congénita y es hija de padres sordos. El lenguaje empleado en el contexto familiar es la lengua de signos LSC (Lengua de signos de la comunidad sorda de Cataluña). El padre tiene dificultades para la comprensión de la lectura labial. La madre tiene mayor competencia en lectura labial

y expresión oral que el padre y, en ocasiones, especialmente en las sesiones de filmación, utiliza con su hija la comunicación oral además de la lengua de signos.

El caso (B) tiene una sordera profunda de percepción perinatal, al parecer consecuencia de una lesión en el momento del parto. Los padres son oyentes y en el hogar utilizan exclusivamente la lengua oral (el catalán). Las dos niñas llevan audífonos en ambos oídos con buena adaptación. No obstante, su uso no les permitía acceder a la inteligibilidad del habla humana.

Respecto al contenido del primer vocabulario de las niñas sordas, comparando la Lengua de Signos y la Lengua Oral, ambas siendo educadas en la oralidad, el vocabulario que han desarrollado a las edades de 1 año, 11 meses y 7 días en la primera y de 2 años, 4 meses y 10 días en la segunda, es signado y oral. A estas edades, cada niña ha alcanzado los 20 primeros términos en cualquiera de las modalidades de comunicación que utilizan, bien sea en palabras o en signos, y en éstos, a su vez tanto pueden ser signos «caseros» como de la lengua de signos.

En las conclusiones del estudio, se observaron diferencias entre ambas, teniendo en cuenta el contexto lingüístico familiar (oral o signado), lo cual pone de manifiesto la importancia del lenguaje de signos como mediación semiótica del sordo, para favorecer el acceso al conocimiento y al lenguaje. Son escasas las emisiones orales que las niñas producen de manera aislada, sin acompañamiento o apoyo de algún signo. Por otro lado, la mayoría de sus producciones orales resultan ininteligibles.

Esto, en ocasiones, da lugar a incomprensiones por parte de los interlocutores y, en consecuencia, a tener que recurrir al uso de signos. Por el contrario, las producciones de emisiones signadas aisladas, sin apoyo oral, son las más frecuentes, en especial en el Caso A, la niña de diádas homogéneas, donde los padres son sordos. En este caso, influye el código lingüístico dominante en el hogar, dado que es el contexto en el que se realizaron los registros.

Fernández Viader y Pertusa (1995), analizaron el contenido de los primeros veinte términos, encontrando resultados claramente diferentes a los de Gregory y Mogford (1981). Las niñas del estudio utilizaban predominantemente nominales y palabras acción, no expresiones sociales, como concluían Gregory y Mogford (1981). Los datos del estudio de Gregory y Mogford (1981) estaban basados en una muestra de la cual se excluyeron a los niños sordos profundos. Tal y como señalan Fernández Viader y

Pertusa (1995), las diferencias entre ambos grupos se verían aumentadas si en la muestra se hubieran incluido tales casos.

El citado estudio de Gregory y Mogford (1981) analiza el léxico más representativo de los niños sordos de su investigación. En sus resultados muestran que el vocabulario oral de los niños sordos parece estar más relacionado con el etiquetado de acciones y de relaciones sociales que con el etiquetado de objetos.

Sus principales conclusiones fueron las siguientes (Gregory y Mogford, 1981):

- Los niños sordos necesitan más tiempo para alcanzar la primera palabra y las primeras 10 palabras.
- La emergencia de sus primeras palabras es cualitativamente diferente.
- La velocidad de incremento de su vocabulario no aumenta de manera significativa a partir de las 50 palabras.
- El vocabulario inicial contiene relativamente menos nominales generales y relativamente más palabras personales sociales.
- Su vocabulario de 50 palabras contiene más palabras acción.
- Su vocabulario de 100 palabras contiene significativamente más modificadores.

En términos generales, la conclusión de todos los estudios que se han realizado al respecto es que la comunicación gestual no debe ser contemplada solamente como un añadido o un sustituto de la lengua oral, sino como un precursor o incluso un facilitador del desarrollo del lenguaje (Castro, 2003).

En cuanto a la adquisición del lenguaje de signos, se ha demostrado que los sordos atraviesan etapas semejantes a las observadas en la adquisición del lenguaje oral por los oyentes (Padden y Perlmutter, 1987). No obstante, los niños sordos de padres sordos, producen los primeros signos más tempranamente que las primeras palabras producidas por los niños oyentes. Entre las explicaciones dadas a este hecho se pueden señalar: (a) la mayor facilidad de articulación de la lengua de signos, (b) que los signos lingüísticos son en cierta medida continuadores de los gestos prelingüísticos, (c) el carácter icónico

de los primeros signos y (d) el desarrollo neuro-muscular del sistema usado para signar sobreviene antes que el desarrollo del sistema usado para hablar (Wilbur, 1979).

Tal y como señala Herrero (2005), los primeros gestos producidos por todos los niños (sean sordos u oyentes) son deícticos y circunscritos al contexto. La deixis es un aspecto del mensaje lingüístico referido al tiempo, el espacio o las personas. Por lo tanto, los primeros gestos de los bebés surgen para señalar o indicar lugares, personas y espacios temporales (por ejemplo: allá, aquí, este, esto, ese). Con el tiempo, el uso de los gestos referenciales usados por todos los niños comienza a ser cada vez más descontextualizados, es decir van más allá del contexto inmediato que determina la situación comunicativa.

En cuanto al desarrollo gestual de los bebés sordos, Petitto y Marentette (1991) han realizado estudios circunscritos a la etapa de balbuceo, en ellos cuestionan que si el balbuceo sucede debido a la maduración de una capacidad del lenguaje y a los mecanismos de articulación responsables de la producción del habla, entonces éste debería ser específico para el habla. Sin embargo, si el balbuceo ocurre debido a la maduración de una capacidad del lenguaje de base neurológica y a una capacidad expresiva capaz de procesar diferentes tipos de señales, entonces debería ocurrir tanto en lenguajes con modalidad hablada como en lenguajes con modalidad signada. Las autoras descubrieron que el balbuceo vocal y el balbuceo manual poseen ciertas características comunes: (1) en ambos tipos de balbuceo los niños usan un grupo restringido de unidades fonéticas, (2) en ambos tipos de balbuceo se presenta organización silábica, y (3) ésta organización se produce sin significado o referente aparente. En dicha investigación también demostraron la existencia de organización silábica en el balbuceo manual, de este modo se descubrió que la estructura nuclear de la sílaba en lenguaje signado se basa en el movimiento de abrir y cerrar la mano. La estructura nuclear de la sílaba en el lenguaje oral cumple con el mismo principio, en este caso abrir y cerrar los labios.

En la misma línea de investigación, Masataka (1996) observó que los bebés sordos expuestos a lenguaje de signos, producen muchas más formas de balbuceo manual (combinaciones de movimientos y configuraciones de la mano que exhiben la estructura fonológica del lenguaje de signos formal) que los bebés oyentes. El balbuceo manual

ocurre en aproximadamente el 40 % de la actividad manual en los bebés sordos y menos del 10 % de la actividad manual de los bebés oyentes. Petitto (2000) lleva a cabo nuevos estudios en el área y concluye que la etapa de comunicación prelingüística emerge, tanto en niños sordos como en oyentes, entre los 9 y 12 meses y la comunicación gestual poslingüística entre los 12 y 48 meses. En relación con el balbuceo, Petitto (2000) indica que tanto los niños sordos como los oyentes cursan las mismas etapas; entre los 7 y 10 meses se presenta el balbuceo silábico y entre los 10 y los 12 el balbuceo diferenciado. Aclara que el balbuceo en los niños sordos se da a través de actividades motoras diferentes a las rutinas motoras normales del niño.

Acredolo y Goodwyn (1985, 1988, 1990 y 2001) observaron la combinación de dos gestos simbólicos y dos palabras en un niño el mismo día. Petitto (1990) encontró patrones similares en la evolución prelingüística de niños sordos y oyentes entre los 7 y 20 meses de edad. Las vocalizaciones comunicativas dejan paso a las simbólicas (palabras) y éstas al lenguaje oral. Del mismo modo, los gestos comunicativos se convierten en simbólicos (signos) y se combinan en el lenguaje signado. Esta similitud básica, sin embargo, no impide que se manifiesten determinadas diferencias debidas a su distinta modalidad de expresión, manual u oral. Estas profundas semejanzas encontradas entre la adquisición y el desarrollo de la lengua de signos y la lengua oral no deben obviar que cada una de estas lenguas tiene una modalidad propia de expresión, lo que provoca diferencias específicas entre ambas.

Por lo tanto, y tal como refleja Herrera (2005), las investigaciones realizadas por lingüistas y psicólogos del lenguaje, a través de exhaustivos estudios (Bellugi y Fischer, 1972; Padden y Perlmutter, 1987; Johnson, Liddell y Erting, 1989; Petitto, 2000; Liddell, 2003; entre muchos otros), han conducido a concluir que el lenguaje de signos tiene una estructura formal parecida a las lenguas habladas, con los mismos niveles de análisis lingüísticos. Concluyendo que los niños sordos que aprenden lenguaje de signos desde su edad más temprana, pasan por las mismas etapas que los niños oyentes que aprenden un lenguaje hablado.

Se cree que la privación del lenguaje puede afectar adversamente no solo al aprendizaje académico, respecto a la conceptualización, sino también al 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 partimos de la idea de que la adquisición del lenguaje es esencial para el desarrollo del “yo” (Mead, 1934), 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.

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).

Una introspección en el modo de educar a los sordos ha demostrado que, a pesar de las buenas intenciones de los educadores y los programas de intervención, es el sistema de enseñanza el causante del retraso en los niños con sordera. Aun cuando por lo regular al niño se le proporciona la lengua de signos para comunicarse, ésta se le enseña a través de un metalenguaje, es decir, se le enseña un lenguaje a partir de otro que aún no posee (Marschark, 2008).

Desde hace ya varios años, existen modalidades de Educación Combinada en España, donde las prácticas educativas procuran el acceso a la Lengua de Signos y a la Lengua

Oral de forma simultánea, un bilingüismo que está dando muy buenos resultados, no solo a nivel de adquisición de lenguaje y de un buen nivel de competencia curricular, si no también, respecto al desarrollo socioemocional de las personas sordas. En estos proyectos participan tanto niños como adultos, ya que en estos centros los niños tienen referentes de adultos sordos competentes a nivel comunicativo de la Lengua de Signos y a nivel profesional. Tienen más compañeros sordos de todas las edades con los que se pueden relacionar; no olvidemos que el ámbito pragmático es fundamental para el desarrollo de la comunicación y el desarrollo emocional de las personas, tal y como venimos indicando en este apartado. De este modo, la Lengua de Signos y la Lengua Oral conviven de forma simultánea en su vida diaria. El resto de niños oyentes también se interesa por desarrollar cierta competencia en Lengua de Signos y aprender a convivir de forma natural, con otros niños que se comunican de forma diferente. Adquieren más estrategias de comunicación no verbal de forma espontánea, ya que la intención comunicativa de los niños, desde las edades más tempranas, supera las barreras de comunicación. Pueden verse estas prácticas educativas en el C.E.I.P “El Sol”, Escuela Infantil “Piruetas”, en el C.E. “Gaudem” y C.E. “Ponce de León”, en Madrid.

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”. Levine (1956) los describió con una inmadurez emocional caracterizada por "egocentrismo, inestabilidad, impulsividad y sugestionabilidad". Myklebust (1960) halló que las personas sordas son "inmaduras para el cuidado de otros". Entre los 60 y 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. Greenberg y Kusché (1987), además de Schlesinger y Meadow (1972), observaron que los niños y los adultos sordos tienden a ser más inmaduros emocionalmente que sus iguales oyentes. Altshuler (1974) y Rainer, Altshuler y Kallman (1969) caracterizaron a los sordos como egocéntricos, carentes de empatía, y dependientes. Lewis (1968) anotó que a los niños sordos se les describe con frecuencia como inmaduros en el conocimiento de sí mismos, egocéntricos, carentes de autoconfianza e iniciativa y con tendencia a ser rígidos más que flexibles.

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.

Kappy (1996) investigó cómo el estilo atribucional y el autoconcepto pueden ser una gran ayuda en las consecuencias psicológicas asociadas con el hecho de ser miembros de un grupo estigmatizado. A través del Cuestionario de Estilo Atribucional Expandido (EASQ) investigó las diferentes variables de atribuciones interna-externa entre tres grupos de estudiantes: estudiantes oyentes, estudiantes sordos con comunicación bimodal y estudiantes sordos con comunicación 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. 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, tanto específicos como globales, pero sí 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.

En relación al desarrollo de la Teoría de la Mente en los niños sordos, González, Linero y Barajas (2009), realizaron un estudio acerca de la comprensión de sentidos no literales en una muestra de adolescentes sordos y oyentes. El objetivo era analizar la capacidad de comprensión de los diferentes usos del lenguaje figurado, tales como: ironía, mentira y comparación. En una muestra formada por 76 niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; 38 con sordera severa o profunda y 38 normoyentes. Los participantes sordos y oyentes, emparejados en nivel socio-cultural y edad, fueron evaluados a través de la Batería de Historias Extrañas (Happé, 1994). Ambos participantes mostraron rendimientos similares en tareas de comparación, mientras que un número pequeño de niños sordos pasaba las tareas de ironía y mentira. Los análisis de las diferencias en dichos rendimientos mostraban que los participantes sordos solían detectar el significado no literal, pero no reconocían la motivación con la que se hacía. Se estudió el efecto de la edad en los participantes sordos, observándose que, en algunos tipos de ironía e historias falsas, no había diferencias en la ejecución entre participantes más jóvenes y mayores.

Cuando se analiza el retraso en el desarrollo de la Teoría de la Mente la pregunta que se plantea es la que de forma muy clara expone Silvestre (2001): "¿es la sordera o incluso el retraso de lenguaje consecuente con ella en la mayoría de los casos la responsable de estas dificultades en situarse en el punto de vista de los demás?, ¿o simplemente es la falta de estimulación adecuada en este sentido debido a la falta de información por parte de algunos padres y educadores de la importancia que tiene para el desarrollo de la criatura sorda este tipo de informaciones?" (p. 38). Las investigaciones realizadas hasta el momento (Jackson, 2001; Lundy, 2002; Woolfe, Want y Siegal, 2002) no permiten demostrar una de las explicaciones frente a la otra.

En general, todos los estudios que se han realizado con niños sordos (severos o profundos y prelocutivos, hijos de padres oyentes), empleando tareas de falsa creencia clásicas, coinciden en observar que los sujetos sordos no resuelven estas tareas a la edad en la que lo hacen los niños oyentes (González et al., 2009).

Peterson y Siegal (1995) encontraron rendimientos deficitarios similares entre sujetos sordos y autistas, pues el 62% de los sujetos sordos (edades comprendidas entre los 8 y 13 años) no resolvían de forma adecuada una tarea clásica de falsa creencia. Pero esta orientación hacia la consideración de un déficit de los sujetos sordos similar al de los autistas se ha ido abandonando a favor de otra que defiende la existencia de un retraso en el desarrollo de la Teoría de la Mente en sujetos sordos; lo que no parece tan claro es cuál es la amplitud de este retraso, pues los datos resultan controvertidos (González et al., 2009).

Deleau (1996) observó un retraso superior a 2 años en los niños sordos con mejores resultados, mientras que Russell, Hosie, Gray y Hunter (1998) encontraron que los niveles de resolución correcta superaron el 50% a partir de los 13 años, lo que indica un retraso mayor de 8 años.

Lundy (2002) registró un retraso de 3 años como mínimo, es decir, que los niños sordos comienzan a resolver estas tareas a partir de los 6/7 años y no a los 4/5 años como los niños oyentes.

Según González et al. (2009), estas diferencias parecen lógicas si se tiene en cuenta las importantes diferencias interindividuales que se registran en la población sorda, que pueden acrecentarse aún más si se trata de niños sordos de países distintos con sistemas educativos distintos.

8.2.2.- El desarrollo cognitivo

El libro de Myklebust (1964) sobre la psicología del sordo apoya la hipótesis de que el desarrollo de la inteligencia de los sordos es diferente al de los oyentes. El dato principal en el que se basa es que su pensamiento está más vinculado a lo concreto y

presenta más dificultades para la reflexión abstracta. Esta constatación no impide que en muchas pruebas de inteligencia, especialmente aquellas con menor contenido verbal, los resultados que obtienen los sordos sean similares a los de los oyentes. Por estas razones es posible desarrollar una psicología propia de las personas sordas. Esta diferencia procede de las limitaciones que tienen los sordos para acceder a la información, por lo que su atención se centra sobre todo en sus experiencias internas. La ausencia del sonido limita el acceso al lenguaje, lo que a su vez va a influir en el desarrollo del pensamiento abstracto y reflexivo.

Sin embargo, Furth (1973), después de numerosos estudios, concluyó que la competencia cognitiva de los sordos es semejante a la de los oyentes. Los sordos atraviesan por los mismos procesos de desarrollo aunque de una manera un poco más lenta debido a las “deficiencias experienciales” que el sordo vive.

Respecto al desarrollo de la inteligencia sensoriomotora y el desarrollo del juego simbólico, son escasas las investigaciones realizadas. Se ha comprobado que el desarrollo sensoriomotor de los niños sordos es semejante al de los oyentes, y el lenguaje cumple una función muy importante en el desarrollo del juego social y el juego de roles (Marchesi, Valmaseda, Alonso y Paniagua, 1994); (Marchesi, Alonso, Paniagua y Valmaseda, 1995).

Tal y como señalan Wood, Wood, Griffiths y Howarth (1986), el pensamiento lógico concreto e hipotético deductivo de los niños sordos presenta una evolución similar a la de los niños oyentes, aunque con un retraso entre dos y cuatro años, en función del nivel de abstracción requerido para alcanzar el concepto estudiado. El pensamiento hipotético-deductivo es el que caracteriza la etapa de las operaciones formales. Piaget (1937) ha reconocido la importancia del lenguaje para alcanzar este nivel intelectual, por lo que cabe esperar que los niños sordos con mayor retraso lingüístico tengan más dificultades para dominar este tipo de pensamiento. Además de dicho déficit lingüístico, Woods et al., (1986) añaden que la causa del problema debería vincularse también al tipo de enseñanza que reciben los sordos, demasiado concreta y literal (Woods et al., 1986).

Puesto que la adquisición de conocimientos está muy relacionada con la capacidad de recibir información y elaborarla adecuadamente, los sordos pueden presentar mucho más restringidos sus conocimientos de realidad. La investigación realizada por Esteban Torres (1986) sobre el recuerdo de cuentos y narraciones en niños sordos pone de manifiesto estas limitaciones. Los niños sordos de cuatro a seis años, con pobre nivel lingüístico, presentan muchas más dificultades para recordar secuencias narrativas de la vida diaria que los niños oyentes y que otros niños sordos que han adquirido la lengua de signos.

La tesis doctoral realizada por Harris (1977), donde se analiza el estilo cognitivo reflexivo o impulsivo de los niños sordos, refleja que aquellos niños que han adquirido la lengua de signos desde pequeños tienen una manera más reflexiva de enfrentarse a los problemas que aquellos otros niños sordos que, solamente, se han enfrentado con la lengua oral y que, todavía, no la han interiorizado suficientemente.

Por lo tanto, ante la afirmación ampliamente consensuada de “pensamiento y lenguaje están íntimamente relacionados”, debemos añadir que el desarrollo emocional y socioafectivo necesita de un vehículo para poder materializarse y que el propio lenguaje parte de una emoción, traducida en una intención comunicativa, que será el punto de partida del desarrollo emocional. Lenguaje y emoción nacen y se desarrollan de forma conjunta y complementaria.

A modo de conclusión, podemos destacar las aportaciones de Marchesi (1990) que destaca como los sordos tienen una inteligencia semejante a la de los oyentes. El único retraso, en las escalas del desarrollo sensoriomotor, lo encontraríamos en la escala de imitación vocal. La secuencia de adquisiciones de los distintos conceptos en el ámbito de las operaciones concretas sería la misma en los sordos que en los oyentes, aunque existe un desfase temporal entre unos y otros, tanto mayor cuanto más complejas sean las operaciones lógicas implicadas. En el caso de las operaciones formales, caracterizadas por el pensamiento hipotético-deductivo, los adolescentes sordos manifiestan mayor retraso, e, incluso, no alcanzan este estadio.

Estos estudios indican que las personas sordas en comparación con las oyentes tienden a tener un pensamiento más vinculado a lo directamente percibido, más concreto y con menor capacidad de pensamiento abstracto e hipotético (Marchesi, 1990, p.233).

“El silencio es el elemento en el que se forman todas las cosas grandes.”

Thomas Carlyle

9.- CONSIDERACIONES GENERALES DE LA SORDERA

9.1.- Introducción

Existe, actualmente, una amplia diversidad terminológica para referirnos al mundo de la sordera. Si bien es cierto que la mayoría de los términos guardan una estrecha relación, es necesario señalar que no pueden ser empleados como sinónimos.

Las personas sordas han sido espectadores activos en la evolución lingüística de muchas palabras que se les han aplicado como colectivo. Apuntamos el hecho de ser “espectadores activos” porque, parte de la semántica usada para referirse a su realidad, ha sido diseñada por el mundo oyente. De ahí que haya surgido la necesidad de tomar parte activa en el hecho vital de poder dar nombre a su mundo. La evolución pasa desde haber sido considerados como personas *sordomudas*, cuando la gran mayoría de ellos emiten voz al gritar, llorar, reír, etc.; hasta personas minusválidas, deficientes y/o discapacitados. Por esta razón, es conveniente realizar –en un primer momento- una aclaración terminológica.

Los términos que actualmente se utilizan para referirnos a este colectivo son los siguientes: deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. Tal y como analizamos a continuación, algunos ya en desuso.

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDMM). En 1983, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) publica la versión española de la CIDDM, que mereció la aprobación de la OMS, como versión oficial en español.

Naciones Unidas, en 1983, publica su Programa de Acción Mundial para personas con discapacidad, cuya terminología en versión española no coincidía con la propuesta del INSERSO en su traducción, por lo tanto, el entonces Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalías, publicó una traducción armonizada (Santos, Zenker, Fernández y Barajas, 2006).

El objetivo de la CIDDM, por lo tanto, se centró en clasificar las consecuencias que tenía en la persona la enfermedad – no tanto sus barreras- y en su relación con la sociedad. Tal y como recogen Santos et al., (2006), la evolución terminológica sería la siguiente, como se puede observar en la Figura 8.

Figura 8. Evolución terminológica de la concepción de las personas con algún tipo de discapacidad. Fuente CIDDM (Elaboración propia).

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

Cada uno de los términos es definido por la OMS en la CIDDM, de la siguiente forma:

- Enfermedad: situación intrínseca que abarca cualquier tipo de trastorno o accidente.
- Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de la edad, sexo o factores sociales y culturales.

Este planteamiento lineal no está exento de críticas, ya que se ha planteado la posibilidad de que existan minusvalías derivadas directamente de una enfermedad, pero sin causar deficiencia, no habiendo producido tampoco discapacidad pero sí minusvalía (Santos et al., 2006).

Actualmente, en España, nos encontramos bajo el paradigma del Modelo de la Diversidad (Palacios y Romañach, 2006). Este nuevo modelo parte de una visión basada en los Derechos Humanos y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas

por su diversidad funcional. El término diversidad funcional fue propuesto por primera vez por Manuel Lobato y Javier Romañach el 12 de Mayo de 2005, en el mensaje nº 13.457 del Foro de Vida Independiente.

Palacios (2004) realiza un análisis acerca de los diferentes modelos que, incluso actualmente pueden coexistir en mayor o menor medida, sobre el trato a las personas con algún tipo de discapacidad.

Un primer modelo, denominado de prescindencia, en el que se supone que las causas que dan origen a la diversidad funcional tienen un motivo religioso, y en el que las personas con este tipo de diferencias se consideran innecesarias para la comunidad. La sociedad, desde este enfoque debe de prescindir de estas personas. Las políticas derivadas son de naturaleza eugenésica, de dependencia, de sometimiento y/o de caridad.

El segundo modelo es el denominado rehabilitador. Las causas del origen de la diversidad funcional no son religiosas, sino científicas. Desde este modelo, las personas ya no son consideradas inútiles o innecesarias, siempre que sean rehabilitados. Se pretende normalizar incluso forzando a la desaparición u ocultamiento de la diferencia.

Por último, el tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que originan la diversidad funcional no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales; y que las personas con diversidad funcional pueden contribuir a la comunidad en igual medida que el resto de mujeres y hombres sin diversidad funcional, pero desde la valoración del respeto y la autonomía. Se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera para garantizar una igualdad de oportunidades.

En el caso que nos ocupa, la sordera, presentamos una visión globalizadora de todas las denominaciones descritas anteriormente, y nos situamos bajo el paradigma de la diversidad auditiva, aunque debido a todas las referencias bibliográficas anteriores a este modelo, nos refiramos de forma indistinta a las personas con diversidad auditiva como colectivo de personas sordas.

- Deficiencia o defecto auditivo: como cambio o desviación de los rangos de normalidad que puede surgir en las estructuras o funciones auditivas.

- Discapacidad auditiva: se relacionaría con las restricciones que la deficiencia impone a la capacidad para realizar una actividad dentro de lo que se considera normal.
- Minusvalía o impedimento: como la desventaja que viene impuesta por ese cambio auditivo y que afecta a las habilidades comunicativas en la vida diaria. Los factores que contribuyen al impedimento auditivo son: la edad del individuo, la edad de aparición del deterioro auditivo, la naturaleza y alcance de esta deficiencia, el efecto que el deterioro auditivo ha causado en sus habilidades comunicativas, las necesidades comunicativas de la persona y la naturaleza de su entorno comunicativo, el tratamiento y/o rehabilitación recibida, el sentimiento individual hacia sus dificultades auditivas, la reacción del entorno que rodea al paciente e historial de exposición a ruidos.

Tal y como señala Santos et al. (2006), los términos más complejos serían discapacidad y minusvalía, ya que la deficiencia o pérdida auditiva solo hacen referencia a la función del órgano auditivo tomado aisladamente.

9.2.- Bases anatómicas y neurofisiológicas de la audición

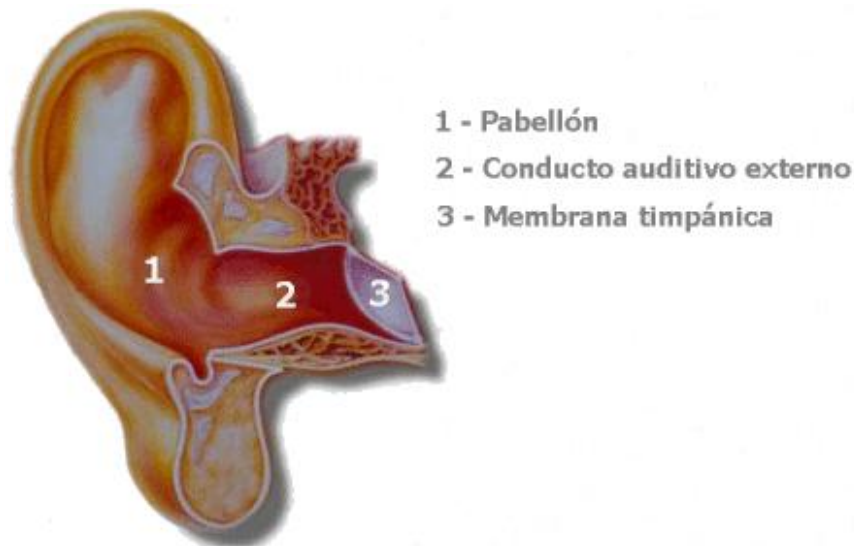
El oído es el órgano del sentido de la audición, está situado en el interior del cráneo, dentro del hueso temporal en ambos laterales de la cabeza. Este órgano está conectado directamente con el cerebro a través del nervio auditivo, VIII par craneal. La maduración de este órgano no es completa desde el nacimiento, se consolida su formación - aproximadamente – sobre los doce meses (Herrán, 2005).

Gracias a este órgano sensorial percibimos los sonidos, pero también juega un papel muy importante en el equilibrio y en la conciencia espacial, que viene definida como la facultad de darnos cuenta en todo momento de nuestra posición en el espacio (Gallego, y Gallardo, 1995). El órgano de la audición tiene tres partes diferenciadas: oído externo, oído medio y oído interno.

El oído externo es el encargado de recoger el estímulo sonoro que entra por el pabellón auditivo, es amplificado en esta cavidad, pasa a través del conducto auditivo externo y llega al tímpano. Está formado por el pabellón auricular y por el conducto auditivo

externo: en el extremo interno del conducto encontramos que el revestimiento de la piel constituye la capa externa de la membrana timpánica (ver Imagen 1).

Imagen 1. Oído externo. (Extraído de Fisioterapia de La Serna).



El oído medio está formado por tres componentes, (ver Imagen 2)

- Caja del tímpano: dentro se encuentra la membrana del tímpano y la cadena de huesecillos: Martillo, Yunque y Estribo.
- Mastoides: es una formación triangular perteneciente al peñasco temporal que se encuentra por detrás de la caja del tímpano. No es una estructura compacta, sino un panal de celdas, que son denominadas Celdas mastoideas y se encuentran unidas entre sí.
- Trompa de Eustaquio: se encarga de poner en comunicación la caja del tímpano con la rinofaringe. Interviene en la regulación de la presión del oído medio. Para que los huesecillos de la caja timpánica funcionen bien, han de estar con una presión atmosférica determinada. La Trompa de Eustaquio suele estar cerrada, aunque al realizar acciones de deglución o bostezo se abre mediante la contracción de la musculatura del velo del paladar, renovando el aire de la caja y regulando, de esta forma, la presión.

La onda sonora en el aire provoca una vibración de la membrana timpánica que es recogida por el mango del martillo y transmitida por la cadena de huesecillos, los cuales presentan movimientos en forma de palanca y a nivel de la platina del estribo se traducen en movimientos de compresión o tracción sobre la ventana oval. La presión de las ondas acústicas hace que la membrana timpánica transforme la onda sonora en vibración mecánica y ésta hace mover la cadena de huesecillos.

Imagen 2: Oído medio. (Extraído de Blausen 0330 Ear Anatomy Middle Ear Español).



El oído interno es la parte esencial de la audición y del equilibrio (ver figura 9). Se encuentra formado por:

- Laberinto óseo: contiene al laberinto membranoso y a los líquidos laberínticos. Está compuesto por tres porciones:
 - Vestíbulo: parte central
 - Caracol óseo: parte anterior
 - Conductos semicirculares: parte posterior
- Laberinto membranoso: dentro del cual, encontramos un líquido llamado endolinfa que cumple una función metabólica: aporte de oxígeno, intercambio de iones, etc., su alteración está relacionada con los vértigos.

En el espacio comprendido entre el laberinto óseo y el membranoso, encontramos otro líquido llamado perilinfa. Éste sirve de protección y sostén.

El Laberinto membranoso está compuesto por una serie de vesículas entre las que señalamos:

- Utrículo y Sáculo: están unidas entre sí por dos conductos que confluyen en otro común, llamado Conducto Endolinfático que permite que la endolinfa circule libremente a través de todo el laberinto membranoso. Dentro existe un receptor llamado Mácula, constituido por células basales, células sensoriales ciliadas y células de sostén.
- Cóclea o Caracol Membranoso: se encuentra dentro del caracol óseo. Tiene una pared posterior o Membrana Basilar constituida por fibras conjuntivas que le dan a dicha membrana una enorme elasticidad y capacidad vibratoria. La cóclea contiene en su interior un acúmulo de células muy específicas que constituyen el órgano de Corti. Ésta reposa sobre la Membrana Basilar y está atravesado por el Túnel de Corti.
- Conductos semicirculares Membranosos: situados dentro de los conductos semicirculares óseos, entre los que queda un espacio denominado espacio perilinfático, existiendo en algunas zonas vellosidades que transudan perilinfa. En estos conductos existe un órgano similar a las máculas llamado Crestas Ampulares, constituido por células sensoriales ciliadas. Máculas y Crestas Ampulares constituyen los receptores del equilibrio.

Imagen 3: Oído interno. (Extraído de Audifon).



En el oído interno la onda sonora entra por la ventana oval. Los movimientos de la platina del estribo hacen que las células neurosensoriales del órgano de Corti rocen y se compriman contra la membrana tectoria, transformando el estímulo mecánico en excitación nerviosa. Por lo tanto, es a nivel de las células ciliadas del órgano de Corti donde se produce el cambio de energía mecánica en eléctrica.

Las Vías Nerviosas Auditivas

El nervio auditivo (VIII par) emerge de la base del bulbo, llega al conducto auditivo interno y lo recorre en toda su extensión y, antes de llegar al fondo de dicho conducto, se divide en dos ramas: una anterior o nervio coclear que va al caracol y otra posterior o nervio vestibular que va al vestíbulo.

La vía auditiva ascendente va desde el caracol hasta la corteza cerebral y consta de tres neuronas. Los impulsos nerviosos de un oído ascienden hasta la corteza cerebral del hemisferio contralateral, es decir, los sonidos percibidos por el oído derecho producen una actividad nerviosa en la corteza auditiva del hemisferio cerebral izquierdo.

La vía auditiva descendente está formada por las fibras nerviosas que emergen del córtex temporal y asientan en las células ciliadas sensoriales del órgano de Corti. Están relacionadas con el procesamiento y refinamiento de las influencias auditivas ascendentes. Inhiben o suprimen actividades neuronales no requeridas, como son los ruidos.

Por lo tanto, el impulso nervioso transcurre por el nervio coclear hasta llegar a los núcleos bulbo-protuberanciales y desde aquí a la corteza temporal donde se convertirá en sensación.

Tal y como resumen Gallego y Gallardo (1995), presentamos en la Tabla 8 la funcionalidad de algunas de las estructuras más importantes de la anatomía del oído.

Tabla 8. Funcionalidad de estructuras anatómicas del oído. Extraído de Gallego y Gallardo (1995) (pp.42).

ESTRUCTURA ANATÓMICA	FUNCIÓN
Pabellón Auricular	Recoger y concentrar la onda sonora
C.A.E (conducto auditivo externo)	Vehiculiza la onda sonora
Tímpano	Vibra el influjo de la presión sonora y transmite esta vibración al martillo
Martillo, Yunque y Estribo	Juego de palancas transmisor de las vibraciones. Junto con el tímpano, sistema acoplador de impedancia del medio aéreo al líquido endoclear
Ventana Oval	Medio a través del cual las vibraciones se transmiten hasta el líquido del oído interno
Ventana Redonda	Punto de expansión de los líquidos laberínticos en su movimiento vibratorio
Trompa de Eustaquio	Comunica el oído medio con el exterior para su aireación y mantenimiento de la presión adecuada
Caracol o Cóclea	Lugar de asiento de las terminaciones sensitivas del nervio auditivo. Transductor del estímulo mecánico de presión sonora en estímulo eléctrico-biológico. Selección de frecuencias, clave inicial para la inteligibilidad

Para llegar al proceso de decodificación a nivel de Sistema Nervioso Central, una vez que el mensaje verbal ha sido transmitido, tiene lugar un complejo proceso (Gallego y Gallardo, 1995).

La onda sonora, a nivel del órgano de Corti en el oído interno, se transforma en un impulso nervioso que transcurre por el nervio acústico hasta llegar a los núcleos bulbo protuberanciales. Desde aquí, se dirige al núcleo geniculado del tálamo donde se inicia el procesamiento central de la información verbal.

En el tálamo se produce un mecanismo de regulación de los impulsos auditivos; esta sobrecarga puede deberse a dos causas: una sobrecarga sensorial o a la novedad de las palabras, que será la que modifique el umbral de estimulación.

Al área de Wernicke, o área de recepción auditiva primaria situada en la parte superior del lóbulo temporal, llega la información filtrada y regulada, además de los impulsos del sistema límbico que marcan el grado de refuerzo que acompaña al mensaje verbal. El área de Wernicke y las áreas de asociación auditiva forman una unidad funcional destinada a la comprensión del significado de las palabras así como a la evocación de la palabra oída.

La decodificación es posible gracias a las conexiones que existen entre el área de Broca, área motora del habla, y el área de Wernicke, ya que no sólo se comprende el significado de las palabras, sino las relaciones sintácticas que existen entre ellas, llevando a cabo la comprensión de frases gramaticalmente complejas.

9.3.- Patología de la audición

Tras analizar las estructuras anatómicas y revisar la funcionalidad de las mismas, pasamos a describir cuáles son las alteraciones o diferentes patologías auditivas que podemos encontrar en las personas sordas. Su descripción resulta vital ya que nos hará ver que no todas las personas que tienen alterada la audición comparten los mismos rasgos ni tienen las mismas limitaciones.

La pérdida auditiva se mide en decibelios (dB), y se calcula teniendo en cuenta la intensidad a la que hay que amplificar un sonido para que pueda ser percibido por la persona con déficit auditivo. Llegados a este punto, es necesario describir las cualidades del sonido donde las personas con discapacidad auditiva presentan dificultades (Gallego y Gallardo, 1995) Son las siguientes:

- Tono: cualidad que permite distinguir un sonido grave de otro agudo. Es de vital importancia, ya que los sonidos de la cadena oral o fonemas, se distribuyen en curvas de agudos o graves. La altura de un sonido está determinada por la frecuencia de las vibraciones de la fuente sonora. Los sonidos agudos se deben a movimientos vibratorios de alta frecuencia y los graves a movimientos de baja frecuencia. El oído humano no puede percibir más que los sonidos cuyas frecuencias están comprendidas entre 20 y 20.000 vibraciones por segundo. La frecuencia de un sonido se mide en Hertzios (Hz), ciclos por segundo.
- Intensidad: cualidad que permite distinguir un sonido fuerte de otro débil. Viene determinada por la amplitud de las vibraciones sonoras, aunque el oído no podrá percibir un sonido cuya amplitud sea inferior a cierto valor. La intensidad mínima se denomina “*umbral de audición*”. La intensidad máxima, es decir el límite que puede soportar el oído, se denomina “*umbral de dolor*”.
- Timbre: cualidad para distinguir dos sonidos emitidos por dos fuentes sonoras diferentes. Viene determinado por la forma de las ondas sonoras.

- Duración: cualidad que determina el tiempo de permanencia de las vibraciones sonoras.

Una vez analizadas las cualidades del sonido, pasamos a describir como puede ser definida la sordera. No existe una única definición, ésta viene determinada en función de una serie de parámetros que se describen en la Tabla 9 (Gallego y Gallardo, 1995).

Tabla 9. Parámetros descriptivos de la sordera. Fuente: Gallego y Gallardo, 1995. (Elaboración propia).

PARÁMETROS DESCRIPTIVOS DE LA SORDERA				
MOMENTO DE APARICIÓN	Prelocutiva Hereditaria		Postlocutiva Adquirida	
LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	Transmisión	Neurosensorial	Central	Mixta
GRADO DE PÉRDIDA	Ligera	Media	Severa	Profunda

Según la localización de la lesión, las sorderas pueden ser:

- De transmisión o conductivas: la deficiencia se encuentra en la transmisión del sonido en el oído medio.
- De percepción o neurosensoriales: se producen como consecuencia de una atrofia o degeneración de los órganos del oído interno.
- Mixtas: localizadas en el oído medio e interno.
- Centrales: el oído se encuentra en buen estado, pero la lesión se localiza a nivel del sistema nervioso central. Oye pero no decodifica.

Según el momento de aparición, encontramos:

- Hereditarias: el niño nace ya con la lesión. Está causada por la alteración de un gen y se transmite por combinación genética. Actúa sobre el oído interno malformando alguno de sus órganos, es progresiva y no suele tener tratamiento clínico.

- Adquiridas: sus factores causales no se encuentran en los genes, fueron adquiridas durante el desarrollo embrionario o después del parto. Se puede diferenciar entre:
 - Prenatales.
 - Perinatales: en torno al nacimiento.
 - Postnatales: antes de la adquisición del lenguaje se denominaran prelocutivas y, si ocurren cuando la persona ha empezado a hablar serán postlocutivas. Este es uno de los parámetros con mayor peso a la hora de desarrollar lenguaje.

Según el tipo de deficiencia auditiva o pérdida, atendiendo a la clasificación del *Bureau International d'Audiophonologie* (1997), encontramos:

- Ligera: pérdida entre 20 y 40 dB.
- Media: entre 40 y 70 dB.
- Severa: entre 70 y 90 dB.
- Grave o profunda: más de 90 dB.

Las implicaciones según el grado de pérdida van desde pequeños errores en la articulación o errores en la identificación de algunos fonemas, tal y como ocurriría en la deficiencia ligera; pasando por un lenguaje productivo limitado con errores en la articulación más generalizados, llegando incluso sólo a identificar las vocales a través de la audición, como ocurriría en los casos de sordera media. En los casos de pérdida severa y profunda, la percepción de algunos sonidos sería posible pero la adquisición del lenguaje oral no se haría por vía natural ni espontánea. Es necesaria la enseñanza sistemática de la Lengua Oral. Las dificultades socioeducativas vienen asociadas a estos dos últimos grupos (Villalba, 2004).

9.4.- Las causas de aparición de la sordera

A continuación, se propone un cuadro resumen (Tabla 10) donde aparecen señaladas no sólo las causas de la sordera sino también los síndromes y/o enfermedades denominadas “*raras*” que llevan asociada la pérdida auditiva en mayor o menor grado.

Tabla 10. Etiología de la sordera y Síndromes asociados. (Elaboracion propia).

GENÉTICAS	
Con trastornos metabólicos y endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome de Pendred b) Síndrome de Allport c) Síndrome de Hunter d) Síndrome de Hurler e) Síndrome de Morquio
Con trastornos tegumentarios y pigmentarios	<ul style="list-style-type: none"> a) Albinismo con sordera b) Síndrome de Waardenburg c) Síndrome del leopardo d) Pili Torti e) Síndrome de distrofia ungueal y sordera de Robinson. f) Lentigo múltiple

<p>Con trastornos oculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome Huallgren b) Síndrome de Laurence - Moon y Biedl -Bardet c) Síndrome de Mobius d) Síndrome de Usher e) Síndrome de Cockayne f) Síndrome de Refsun
<p>Con trastornos craneofaciales y esqueléticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome de Klippel - Feil b) Síndrome oto-palato digital c) Enanismo distrofico d) Síndrome de Apert e) Síndrome de Treacher-Collins-Franceschetti f) Síndrome de Crouzon g) Síndrome de Marfan h) Síndrome de Pierre Robin i) Síndrome anemico de Fanconi j) Síndrome de Goldhenar k) Síndrome de Moh l) Osteogénesis imperfecta m) Acondroplasia n) Enfermedad de Pyle
<p>Con trastornos en el corazón</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Síndrome de Jervell y Lange Nielsen
<p>Con trastornos en el sistema nervioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Parálisis cerebral b) Distrofia muscular grave c) Síndrome de Richards-Rundel

Con trastornos somáticos varios	<ul style="list-style-type: none"> a) Trisomía 13-15 b) Trisomía 18 c) Síndrome de Turner.
NO GENÉTICAS	
PRENATALES	
Sepsis congénitas	
Virales	<ul style="list-style-type: none"> - Rubéola - Varicela - Embriopatía gripal - Sarampión - Herpes - Paperas - SIDA - Otros
Bacterianas	<ul style="list-style-type: none"> - Sífilis Congénita - Tuberculosis - Otras
Parasitarias	- Toxoplasmosis
Tóxicas maternas	
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaco - Alcohol

	- Adición
Medicación comprobada	<ul style="list-style-type: none"> - Quinina - Gentamicina - Amikacina - Estreptomicina - Kanamicina - Neomicina - Talidomina
NATALES	
<p>Hipoxia</p> <p>Ictericia</p> <p>Prematurez y/o bajo peso</p> <p>Traumatismos durante el parto</p> <p>Sepsis neonatales: Meningitis, Encefalitis, otros.</p> <p>Tóxicas: las mismas referidas en tóxicas maternas</p> <p>Eritroblastosis fetal</p>	
POSTNATALES	
Sepsis postnatales	<ul style="list-style-type: none"> a) Virales <ul style="list-style-type: none"> -Paperas -Sarampión -Gripe -Herpes Zoster -Otras b) Bacterianas <ul style="list-style-type: none"> -Meningitis TBC -Meningitis y Meningoencefalitis -Sífilis adquirida -Brucelosis y otras.
Ototóxicos	Las mismas señaladas en prenatales y natales
Traumáticas	
PRINCIPALES SÍNDROMES	
GENÉTICAS	
I. Con trastornos metabólicos y endocrinos	
	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómica recesiva - Sordomudez - Hipotiroidismo c/ bocio esporádico

Síndrome de PENDRED	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para absorber iodo inorgánico - Hipoacusia perceptiva especialmente en agudos - Puede acompañarse de retardo mental
Síndrome de ALPORT	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Más frecuente en hombres - Hipoacusia- neurosensorial - desde el nacimiento - progresiva - se profundiza en 10 años - Nefropatía grave y progresiva.
Síndrome de HUNTER	<ul style="list-style-type: none"> - Mucopolisacaridosis II - Herencia ligada al cromosoma X - Deterioro mental y neurológico - Macrocefalia - Mano en garra - Hipoacusia neurosensorial progresiva - Corneas claras - No afecta a las mujeres
Síndrome de HURLER	<ul style="list-style-type: none"> - Mucopolisacaridosis I - Autosómica recesiva - Deficiencia mental - Facies basta - Córneas opacas - Tiene giba y mano en garra - Cuello corto
Síndrome de MORQUIO	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Mucopolisacaridosis IV - Grave cifosis y genu valgum - Opacidad corneal tardía - Hipoacusia neurosensorial progresiva - Coeficiente intelectual: suele ser normal
II. Con trastornos tegumentarios y pigmentarios	
Albinismo con sordera	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante

	<ul style="list-style-type: none"> - Albinismo total del cuerpo menos iris y fondo de ojos. - Hipoacusia neurosensorial progresiva
Síndrome de WAARDENBUG	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Dorso nasal ancho y alto - Albinismo parcial (mechón blanco) - Heteronomía del iris (diferente color ojos) - Hipertelorismo - Hipoacusia neurosensorial generalmente bilateral y severa
Síndrome del LEOPARDO	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Múltiples pecas - Estenosis pulmonar - Alteraciones electrocardiográficas - Retraso del crecimiento - Hipertelorismo leve - Hipoacusia neurosensorial leve a moderada - A veces hipogonadismo y déficit mental
Síndrome de PILI TORTI y Sordera de BJORNSTAD	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Cabello ensortijado - Hipoacusia neurosensorial moderada a profunda
Distrofia UNGUEAL y Sordera y ROBINSON	<ul style="list-style-type: none"> Autosómica dominante - Displasia ectodérmica - Dientes en forma de clavija - Hipoacusia neurosensorial moderada
Síndrome DE HALLGREN	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Retinitis pigmentaria - Hipoacusia Congénita - Trastornos vestibulocerebelosos (ataxias) - Trastornos mentales
Síndrome de LAWRENCE - MOON - BIELD	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Obesidad - Deficiencia mental - Polidactilia, sindactilia, o ambas - Retinitis pigmentaria - Hipoplasia genital, hipogonadismo o ambos

	- Hipoacusia neurosensorial ocasional
Síndrome de MOBIUS (o MOEBIUS)	- Autosómico recesivo - Facies de mascara - Parálisis del VI y VII Par - Pueden comprometerse también el III, IV, IX, X, XI y XII (pares) - Micrognatia - A veces, déficit mental
Síndrome de USCHER	- Autosómico recesivo - Retinitis pigmentaria - Hipoacusia neurosensorial severa a profunda
Síndrome de COCKAYNE	- Autosómico recesivo - Retinitis pigmentaria - Aspecto senil - Hipoacusia neurosensorial profunda - Deficiencia en el crecimiento - Microcefalia
IV. Con trastornos craneofaciales y esqueléticos	
Síndrome DE KLIPPEL FEIL	- Autosómica dominante de expresión variable - Cuello corto con línea capilar baja - Movimiento de cabeza limitado - A veces, anomalías cardiovasculares o renales - Hipoacusia neurosensorial variable y, a veces, mixta.
Síndrome OTO-PALATO-DIGITAL (S. de Taybi)	- Semidominante ligada al Cromosoma X - Estatura pequeña - Paladar hendido con anodontia parcial - Extremidades de los dedos anchas - Deficiencia mental leve - Hipoacusia conductiva moderada
Síndrome de ENANISMO DISTROFICO	- Autosómico recesivo - Estatura baja de comienzo prenatal - Limitación articular con pie zambo - Huesos tubulares cortos

	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón auricular con masas quísticas blandas - Hipoacusia de conducción o mixta por fusión de huesecillos - Estenosis de conducto auditivo externo
Síndrome de APERT (Acrocefalosindactilia)	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Craneostenosis irregular - Hipoplasia mesofacial - Sindactilia ósea, cutánea o mixta - Falange del pulgar y dedo gordo del pie ancha - Hipoacusia de conducción
Síndrome de TREACHER COILINS (S. de Franceschetti-Klein)	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Disostosis mandibulofacial - Hendiduras palpebrales antimongoloides - Hipoplasia malar - Hipoplasia mandibular - Malformación de pabellones auriculares - Deformidad del conducto auditivo externo - Hipoacusia de conducción, neurosensorial o mixta.
Síndrome de CROUZON (Disostosis craneofacial)	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Orbitas poco profundas - Craneostenosis prematura - Hipoacusia de grado variable neurosensorial y o conductiva.
Síndrome de MARFAN	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Aracnodactilia con hiperextensibilidad - Estatura alta - Subluxación del cristalino - Dilatación aórtica - Orejas grandes - Hipoacusia neurosensorial y/o de conducción de grado variable.
Síndrome de PIERRE ROBIN	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Anomalía primaria del desarrollo mandibular - Glosoptosis - Paladar blando hendido

	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia neurosensorial y/o de conducción.
Síndrome ANEMICO de FRANCONI	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Retraso mental - Cráneo pequeño y estatura pequeña - Hipoplasia o aplasia del pulgar - Pancitopenia - Hiperpigmentación de la piel - Hipoacusia de conducción
Síndrome de GOLDENHAR (Anomalía facio-auriculo Vertebral)	<ul style="list-style-type: none"> - Posible herencia dominante de grado variable - Síndrome del arco braquial primero y segundo - 70% anomalías unilaterales (Asimétrico) - Hipoplasia malar, maxilar y/o mandibular - Microtia - Hemivertebras o hipoplasia de vertebras - Hipoacusia de conducción (a veces compromiso del O.interno)
Síndrome de MOHR	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómica recesiva - Leve enanismo - Lengua hendida - Hendidura parcial de la línea media del labio superior - Reduplicación parcial del dedo gordo del pie - Hipoacusia de conducción
Síndrome de OSTEOGENESIS IMPERFECTA (Enf.de LOBSTEIN)	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico dominante - Estatura pequeña - Articulaciones y ligamentos hiperextensibles - Fracturas Múltiples - Escleróticas azules - Hipoacusia de conducción y/o mixta - Existe una variedad autosómica recesiva (Enf.de Vrolik) de corta sobrevida y evolución grave.
Enfermedad de PYLE	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómica recesiva - Displasia metafisaria (ensanchamiento de la metafisis) - Genu Valgum

	- Limitación en la extensión del codo
V. Con trastornos en el corazón	
Síndrome de JERVELI y LANGE NIELSEN	<ul style="list-style-type: none"> - Autosómico recesivo - Fallas de la función cardiaca con arritmias - Hipoacusia neurosensorial grave
VI. Con trastornos en el sistema nervioso	
<p>Parálisis cerebral</p> <p>Distrofia muscular grave</p> <p>Síndrome de Richards-Rundel</p>	
VII. Con trastornos somáticos varios	
Síndrome de TRISOMIA 13-15	<ul style="list-style-type: none"> - Trisomía del grupo D (13 al 15) en forma total o parcial - Labio leporino y/o fisura palatina - Microftalmia - Polidactilia - Hiperconvexidad de las uñas de las manos - Defectos cutáneos - Cuero cabelludo posterior - Alteraciones cardiacas - Hipoacusia neurosensorial
Síndrome de TRISOMIA 18	<ul style="list-style-type: none"> - Trisomía total o parcial del cromosoma 18 - Deficiencia mental - Asentamiento bajo de las orejas - Mano cerrada - Esternón corto - Ductus arterioso persistente - Hipoacusia neurosensorial de grado variable
Síndrome de TURNER	<ul style="list-style-type: none"> - Defectuosa distribución cromosómica con falta de cromosomas X en forma total o parcial - Solo en mujeres - Estatura baja - Disgenesia ovárica - Tórax ancho con pezones separados - Linfedema congénito - Retraso mental leve - Hipoacusia neurosensorial y/o de conducción de grado variable.

9.5.- Epidemiología de la sordera

Tal y como señalan en su estudio de investigación Delgado et al. (2001), la prevalencia de la hipoacusia en el recién nacido y el lactante se estima entre 1,5 y 6 casos por 1000 nacidos vivos (según se trate de severa o de cualquier grado). El 84% es congénita y el 16% adquirida, progresiva o de comienzo tardío, un tercio de las cuales son debidas a meningitis.

La prevalencia de la sordera congénita es importante por su repercusión en el lenguaje; es decir aquella que es permanente, bilateral y moderada, severa o profunda, es del orden de 1,5 por 1000 nacidos vivos.

Tradicionalmente, se asume que las sorderas adquiridas permanentes son tan prevalentes como las congénitas. En estados donde el cribado universal ha operado durante cinco años o más y han sido identificados cientos de neonatos con sordera permanente congénita, se han detectado pocas sorderas adquiridas permanentes. A pesar de que la evidencia es incompleta, surge con fuerza la hipótesis emergente de que muchas, si no la mayoría de las sorderas consideradas adquiridas en el pasado, son en realidad pérdidas leves congénitas, las cuales son progresivas.

En la edad escolar, la prevalencia de hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por 1000, y de cualquier grado, hasta de 13 por 1000. Un estudio realizado en la Comunidad Europea que menciona Delgado et al. (2011), con el criterio de corte de 50 dB a los ocho años, arroja un resultado de 0,74 a 1,85 casos por 1000. En niños afectados por determinados factores de riesgo, la incidencia puede elevarse hasta el 4% para hipoacusias severas y hasta el 9% si se suman las leves y las unilaterales.

La otitis media serosa es extraordinariamente prevalente en la edad pediátrica. Rara vez produce, por sí sola, una pérdida superior a 20 o 30 dB. Su repercusión sobre el desarrollo del lenguaje es materia de discusión. La clave del manejo de los pacientes con otopatía serosa persistente es la determinación de su pérdida auditiva y la vigilancia del desarrollo del lenguaje. El impacto de la otitis media serosa (OMS) en niños con pérdida auditiva es mayor que en aquellos que tienen una audición normal. A la sordera sensorial o conductiva permanente se añade la pérdida conductiva adicional asociada a

la OMS. La OMS reduce aún más el acceso a la estimulación auditivo-oral y al desarrollo del lenguaje hablado.

Según datos de la comisión para la detección precoz de la hipoacusia (2000), los nuevos casos de sordera profunda diagnosticados al año en España suponen el uno por mil de los recién nacidos. Por ello, se estima que, en la actualidad, nos encontramos con 490 nuevos casos de sordera profunda por año. Tal y como señalan Jáudenes y Patiño (2007):

- Cinco de cada mil recién nacidos presenta una sordera de distinto grado, lo que en España supone la cifra de 2.500 niños/año.
- Alrededor de dos mil familias, cada año, están afectadas por la presencia de una discapacidad auditiva en uno de sus hijos.
- Más del 95% de los niños sordos nacen en el seno de familias oyentes, siendo, por tanto, su lengua materna la lengua oral de su entorno.
- El 80% de las sorderas infantiles permanentes están presentes en el momento de nacer.
- Sólo en el 50% de los recién nacidos con sordera se identifican indicadores de riesgo.
- El 60% de las sorderas infantiles tienen origen genético.
- El 35% de las sorderas neurosensoriales son adquiridas.
- El 4% de los niños entre tres y cuatro años padecen otitis de repetición que afectan a su audición.

Si recurrimos a las bases de datos del INE y del IMSERSO, publicados en octubre del 2011, sobre el número de personas sordas que hay en España, de los 47.021.031 habitantes, 2.314.996 son discapacitados, en todas las categorías y 114.894 sordos (56.106 hombres y 58.788 mujeres). Dentro del número de personas sordas censadas en España se incluyen los sordos de la tercera edad, los mayores que han perdido el oído, los implantados cocleares, los hipoacúsicos, etc. Solamente hay 13.300 sordos que usan la Lengua de Signos, según afirma el INE (2011).

A continuación, nos detendremos en un breve análisis sobre cuáles son las ayudas técnicas que pueden mejorar la calidad de vida de las personas sordas, debido a las implicaciones, tanto en el acceso y desarrollo de la comunicación, como en una mayor integración y bienestar psicológico.

9.6.- Ayudas técnicas

A continuación, destacamos de entre las ayudas técnicas para las personas sordas, dos que han sido incluidas en nuestra investigación.

9.6.1.- El audífono

Es un circuito electrónico diseñado para amplificar la señal acústica de forma que los sonidos sean audibles para el usuario. Estos aparatos están electrónicamente formados por varios componentes encargados de la recepción, procesamiento y emisión de la señal acústica al interior del oído. Está compuesto por varios elementos:

Micrófono(s): Encargados de captar el sonido del exterior, para su posterior procesamiento. En este punto la energía acústica se transforma en energía eléctrica para continuar a lo largo de todo el circuito donde esta señal será procesada. Pueden contar con uno o más micrófonos dependiendo del modelo de audífono.

Amplificador: Circuito electrónico capaz de amplificar la señal acústica recibida a través de los micrófonos, en él está alojado el chip del audífono.

Microprocesador: Es el encargado del procesamiento de la señal, donde además en los audífonos digitales se incorporan todas las prestaciones tecnológicas.

Auricular: Transforma la energía eléctrica en energía acústica para su posterior emisión al interior del oído.

Existen diferentes tipos de audífono que se diferencian principalmente en el modo de colocación, potencia, y adecuación al perfil audiométrico del paciente. Aquí mostramos algunos modelos actuales (ver Imagen 4).

Imagen 4. Tipos de audífonos. (Centro Auditivo Cuenca 13, Valencia).



9.6.2.- Implante coclear

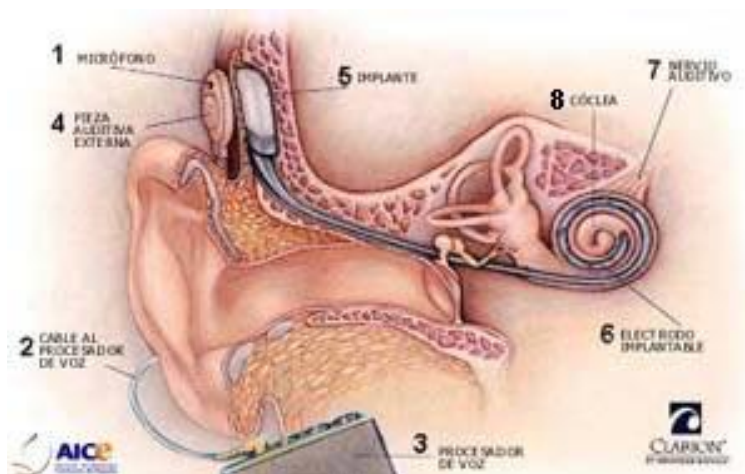
El implante se asemeja a un audífono en la parte de procesamiento de la señal, pero en vez de utilizar un altavoz para emitir las ondas de sonido amplificadas, se compone de un "haz" de electrodos que van implantados directamente en la cóclea (órgano del oído), de forma que cumplen la función de las células ciliadas ya que estimula directamente el nervio auditivo. Un implante coclear es un dispositivo implantado quirúrgicamente que ayuda a superar algunos problemas de audición cuyo origen está en el oído interno o cóclea. Estos implantes posibilitan la audición en todo el mundo a más de 325.000 personas con sorderas profundas neurosensoriales bilaterales y en torno a unas 13.500 en nuestro país, de las que un 40 % son niños, tal y como refleja La Federación de Asociaciones de Implantados Cocleares, Federación AICE (2017).

Podemos dividirlo en las siguientes partes: (ver Imagen 5)

Parte externa: Compuesto por el procesador de sonido semejante a un audífono y la bobina, que es la encargada de crear un campo magnético gracias a un imán, el cual permite recoger la información que procede del microprocesador para enviarla mediante ondas de radiofrecuencia al transductor, haz de electrodos.

Parte interna: Compuesto del haz de electrodos conexiados directamente en la cóclea o caracol.

Imagen 5. Implante coclear (Extraído de web oficial, Asociación de Implantados Cocleares en España, AICE).



Gracias a este novedoso sistema, personas completamente sordas han conseguido recuperar la audición, al igual que los recién nacidos con sordera prelocutiva y que, por lo tanto, no han aprendido a hablar. En el caso de los niños adaptados tempranamente, los resultados obtenidos son muy satisfactorios debido a que los bebés y niños menores de 3 años poseen una plasticidad neuronal mucho mayor y un mayor número de células auditivas que los adultos. Por esta razón, cuanto antes se realice la adaptación en un niño o bebé hipoacúsico mejor será la rehabilitación y la adquisición del lenguaje oral para una incorporación a una vida normal.

Este tipo de implante está destinado a personas con el nervio auditivo dañado, que es el encargado de llevar la información de la cóclea hasta el tronco cerebral y encéfalo para su correcta decodificación.

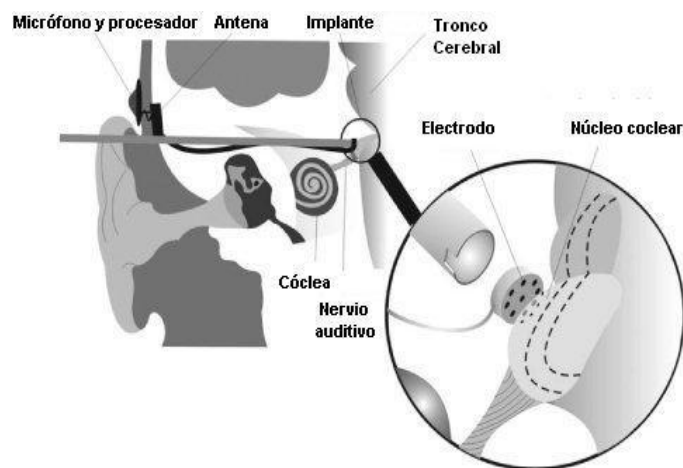
9.6.3.- Los implantes troncoencefálicos.

Los Implantes Auditivos de Tronco Cerebral (IATC) estimulan directamente el núcleo coclear en el tronco encefálico y fueron creados para las personas con neurofibromatosis tipo 2 (NF2) (Caro y Cebo, 2006). Funciona de manera similar al implante coclear pero está creado para omitir la cóclea y el nervio coclear estimulando directamente el núcleo coclear en el troncoencefalo Kanowitz, Shapiro y Golfinos (2005). Es decir, estimula a

las neuronas de segundo orden. Está formado por los elementos internos: electrodos, receptor, transductor y bobina; y las partes externas compuestas por micrófono y el procesador del sonido para codificar la información sonora y enviarla al receptor interno para la posterior estimulación. Los implantes auditivos de tronco cerebral desempeñan la función de estimulación directamente en el núcleo coclear, lugar donde terminan las fibras nerviosas que salen de la cóclea y que pueden estar deterioradas por algún tipo de patología (enfermedad) en las fibras nerviosas, tal como la neurofibromatosis o algún tumor auditivo. (Ver imagen 6)

Para la implantación de este sistema es necesaria una operación quirúrgica. Se realiza normalmente en uno de los lados incluso aprovechando en muchas ocasiones la misma operación en la que puede ser extirpado un tumor auditivo. Los electrodos se colocan alrededor del núcleo coclear para conseguir una correcta estimulación y tras pasado aproximadamente un mes, se podrá llevar a cabo la activación del implante de tronco cerebral.

Imagen 6. Implante troncoencefálico. Extraído de <https://www.newscientist.com/article/dn4540-first-brainstem-implants-aim-to-tackle-deafness/>



*“En una mente desordenada, como en un cuerpo desordenado,
el sonido de la salud es imposible”.*

Cicerón.

10.- INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD

10.1.- Inteligencia emocional, salud y personas oyentes

La Inteligencia Emocional nos protege o, al menos, modera y nos hace menos vulnerables al estrés, la ansiedad y la depresión (Fernández Berrocal y Extremera, 2007). Existen multitud de estudios (Ciarroci, Forgas y Mayer, 2006) que avalan esta hipótesis. La principal de las características, de la investigación sobre Inteligencia Emocional y salud, es que intentan superar el concepto negativo de enfermedad, centrando su objetivo en el estudio de la salud y el bienestar.

Por lo tanto, nos encontramos bajo el paradigma de la psicología positiva, en la que conceptos como bienestar, satisfacción vital y felicidad, constituyen los núcleos de profundización (Ciarroci, et al., 2006). Además, en este contexto, toma especial relevancia el estudio de la relación entre el proceso de salud-enfermedad y variables “positivas” tales como la inteligencia emocional, la competencia social o la conducta prosocial (Martínez, 2009).

Desde la perspectiva tradicional del estudio de la psicología aplicada a los procesos de enfermedad, conviven núcleos de investigación como los factores de riesgo asociados, entre los que destacan el estrés (Ramos, Rivero, Piqueras, García-López y Oblitas, 2008; Rivero, Piqueras, Ramos, García-López, Martínez y Oblitas, 2008) o las emociones negativas (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García-López y Oblitas, 2008; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009), el patrón de conducta tipo A (Friedman y Rosenman, 1974), el locus de control (Rotter, 1966), la baja autoestima (Rector y Roger, 1997) y los estilos de personalidad (Ramos et al., 2008; Rivero et al., 2008). El nuevo enfoque de la Psicología positiva pone de manifiesto que los determinantes de la enfermedad no son los mismos que los de la salud, y por lo tanto se hacen necesarios planteamientos diferentes.

Tal y como señala Fernández Berrocal y Extremera (2005), los primeros trabajos que vincularon la salud con la inteligencia emocional, fueron los llevados a cabo por el grupo de investigación liderado por Peter Salovey, empleando como instrumento de evaluación el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS). Estos trabajos realizados, demuestran que la claridad y reparación emocional correlacionan negativamente con la ansiedad y depresión, mientras que la dimensión de atención, correlaciona en sentido positivo. Por lo tanto, una persona con Inteligencia Emocional debería percibirse en dicha prueba con niveles altos de claridad y reparación emocional y niveles medios de atención (Extremera y Fernández-Berrocal et al., 2006; Gohm, 2003; Rude y McCarthy, 2003). Así pues, la IE ha sido considerada por diferentes autores como un buen protector frente a la aparición de trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión, ya que disminuye la vulnerabilidad al estrés y evita la aparición de estos trastornos.

Tomando como base el mismo instrumento de evaluación, se pueden concretar determinados estilos emocionales perjudiciales, como el constituido por las personas “abrumadas emocionalmente” (*emotionally overwhelmed*), que pueden definirse como personas con alta intensidad y atención emocional, pero baja claridad emocional. Tal y como señala Gohm (2003), este estilo emocional es perjudicial porque está asociado a un estilo de respuesta rumiativo y a una escasa habilidad para regular las emociones y las situaciones de estrés, con los consiguientes problemas de salud mental y física. Además, este perfil es bastante habitual en la población, casi el 30% de las personas se perciben de esta manera.

En una revisión exhaustiva realizada por Martínez, Piqueras y Ramos (2010), se ha constatado que de los estudios que relacionan IE y salud mental, se puede concluir que niveles altos de IE están relacionados significativamente con el bienestar emocional y la salud mental. Por lo tanto, niveles bajos de IE se relacionan con ciertos problemas emocionales, tales como depresión, dificultad para verbalizar sentimientos, escasa conciencia emocional, ansiedad, problemas de personalidad y conductas adictivas.

Por otra parte, en relación a los estudios de IE y problemas de salud física o médica, y pese a los escasos estudios realizados, la mayoría de los autores Zautra, Mith, Affleck y Tennen (2001) destacan el papel moderador de la IE sobre el afrontamiento de los síntomas de enfermedades médicas. Así, niveles altos de IE o de capacidad de comprensión y reparación emocional se han relacionado con una menor intensidad del

dolor postoperatorio (Carranque et al., 2004). Esto indicaría que la IE podría funcionar como un protector contra acontecimientos estresantes, negativos o aversivos (como sufrir una enfermedad o un proceso operatorio) desempeñando un papel crucial en el proceso de adaptación del individuo ante la enfermedad.

Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (2000) han investigado las relaciones entre IE y el ajuste psicológico de los pacientes que van a ser sometidos a procesos médico-quirúrgicos. En este contexto, Carranque et al. (2004) realizan una investigación con el objetivo de evaluar la relación existente entre la IE de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos abdominales, que producen dolor postoperatorio de intensidad moderada-severa y el dolor real que refieren. Estableciendo como hipótesis inicial, que los pacientes que posean una mejor habilidad para comprender y regular sus emociones presentarán menos dolor postoperatorio tras el acto quirúrgico. Los pacientes que presentaron niveles más altos de inteligencia emocional (mayor capacidad de comprensión y reparación emocional) evaluaron su dolor postoperatorio como menos intenso.

Un ejemplo concreto lo tenemos en la investigación realizada por Zautra et al., (2001), en la que investigan acerca de las relaciones entre la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) y el dolor crónico. Estudiaron la relación entre claridad, afecto negativo y dolor en enfermos crónicos de artritis y fibromialgia. Como resultado, vieron que el afecto positivo reducía la relación entre el afecto negativo y el dolor. Aquellos pacientes con fibromialgia con alta claridad tuvieron más afecto positivo y menos negativo. Por lo tanto, la focalización emocional puede funcionar como una estrategia de afrontamiento.

Latorre y Montañés (2004) examinaron las relaciones entre el TMMS, la ansiedad, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud en una muestra de adolescentes. Los resultados mostraron una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar. La percepción positiva de la salud se relacionó con un incremento de las conductas de salud y con un menor consumo de alcohol y drogas. En la misma línea, Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro (2006) analizaron la relación entre la IEP y el consumo de tabaco y cannabis en estudiantes universitarios. Los resultados reflejan niveles bajos en el componente de reparación emocional, del TMMS, en estudiantes consumidores

tempranos de tabaco o cannabis. La falta de claridad emocional parecía estar relacionada con el consumo ocasional de cannabis y el componente de atención emocional no estaba implicado en el consumo de estas sustancias.

Una conducta protectora de la salud es la práctica del ejercicio físico (Queirós, Cancela y Fernández-Berrocal, 2004b). En un estudio realizado por dichos autores, los resultados mostraron que, en comparación con los que no realizaban ejercicio físico, la actividad física se relacionaba positivamente con los tres factores del TMMS. La práctica de ejercicio podría representar un factor protector relevante del deterioro de las habilidades socioemocionales de las personas.

Ramos et al. (2009) realizan una aportación interesante a la hora de concretar el entendimiento de la emoción como un concepto compuesto de un estado fisiológico asociado a una cognición. Esta perspectiva podría aportar claridad en la comprensión de la noción de IE al facilitar la clasificación de las emociones (agradables: alegría, placer; desagradables: ira, miedo y tristeza) y, por consiguiente, facilitar a su vez la toma de decisiones (resolución de problemas).

Numerosos autores (Adeyemo, 2008; Matthews, Zeidner y Roberts, 2002; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999) han destacado que las habilidades para identificar, comprender y regular las emociones propias y las de los demás son esenciales para adaptarse a situaciones estresantes vitales. Las puntuaciones altas en IE del TMMS se han asociado con una mejor recuperación ante eventos negativos (Salovey et al., 1995), menor nivel de estrés ante los exámenes o estresores de tipo experimental (Goldman, Kraemer, y Salovey, 1996; Mikolajczak, Petrides, Coumans y Luminet, 2009; Salovey, Stroud, Woolery, y Epel; 2002), mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva (Fernández-Berrocal et al., 2001; Fernández-Berrocal et al., 1999; Martínez-Pons, 1997), mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales (Salovey et al., 2002) y satisfacción sexual (Burri, Cherkas y Spector, 2009), menor número de pensamientos de venganza y de enfado tras un conflicto (Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001) y menor uso desadaptativo de Internet y el teléfono móvil (Beranuy, Oberst, Carbonell, y Chamarro, 2009).

Un meta-análisis realizado en 7898 sujetos encontró que niveles altos de IE estaban significativamente relacionados con una buena salud mental (Schutte, Malouff,

Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke, 2007). Por otra parte, algunas investigaciones han constatado que los niveles bajos de IE se relacionan con ciertos desajustes emocionales como la sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal et al., 1999; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002), la alexitimia o dificultad para expresar verbalmente sentimientos y escasa conciencia emocional (Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005), niveles mayores de ansiedad (Salovey et al., 2002), trastornos de personalidad (Leible y Snell, 2004), conducta antisocial (Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison, 2001), trastornos de la alimentación, como la bulimia (Costarelli, Demerzi y Stamou, 2009; Markey y Vander-Wal, 2007; Pettit, Jacob, Page y Porras, 2010) y sintomatología somática (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009).

Se han desarrollado estudios relacionados con la IE y la sintomatología ansiosa y depresiva. Inicialmente, fue Nolen-Hoeksema (1991, 2000) quien propuso una teoría en la cual describió el modo en el que los sujetos manejaban sus sentimientos y pensamientos en momentos de tristeza, este manejo influía en la severidad y duración de los síntomas depresivos y ansiógenos. Así, un estilo de afrontamiento basado en un estilo rumiativo prolongó los síntomas depresivos, mientras que un estilo basado en la realización de actividades distractoras o búsqueda de resolución de problemas aliviaban los síntomas de tristeza (Nolen-Hoeksema, 1991, 2003).

Respecto a los estilos de afrontamiento, desde el punto de vista de la Psicología del Bienestar, como ya se ha señalado, Gohm y Clore (2002) concluyeron que la valoración de la experiencia emocional y la asunción de confianza en la propia habilidad para atender, comprender y regular nuestras emociones, se asociaba con un estilo de afrontamiento positivo. Las personas con altas puntuaciones en IEP tendían a centrarse y a desahogar sus emociones pero no a evitar la situación estresante mediante conductas o supresión mental.

Del mismo modo, indicadores de IE han mostrado una alta relación con la resolución de problemas y el trabajo en equipo (Augusto, Aguilar-Luzón, y Salguero de Ugarte, 2008; Jordan y Troth, 2004; Saklofske, Austin, Galloway y Davidson, 2007).

En efecto, alguno de los primeros estudios, como el de Martínez-Pons (1997) comprobó el poder predictivo de la IE en áreas de funcionamiento personal como las metas (de

dominio y de éxito competitivo), la satisfacción vital (calidad de vida general) y la sintomatología depresiva. Este autor halló que la IE correlacionó positivamente con la satisfacción vital y las metas de dominio, mientras que lo hizo negativamente con síntomas depresivos. Además, la influencia de la IE sobre la satisfacción vital estuvo mediada por la variable de dominio de las tareas y la influencia de la IE sobre la depresión también fue indirecta a través de la percepción de satisfacción vital. En conclusión, cuanto más elevada era la IE mayor era la capacidad para realizar comportamientos adaptativos orientados hacia tareas; adicionalmente, los niveles elevados en estas dos áreas mejoraban la percepción sobre la calidad de vida, disminuyendo la sintomatología depresiva (Martínez-Pons, 1997).

En consonancia con estos resultados, a lo largo de los años noventa comenzaron a surgir una serie de estudios que destacaron la relación significativa entre salud mental e IE (Fernández-Berrocal y Ramos-Díaz, 1999; Goldman et al., 1996; Martinez-Pons, 2000; Schutte et al., 1998). Así, Fernández-Berrocal y Ramos-Díaz (1999) llegaron a la conclusión de que la IE predecía el ajuste psicológico y que la IE era un concepto básico para entender cómo variables disposicionales se relacionaban con el estrés, el afrontamiento y la adaptación (Saklofske et al., 2007).

Los primeros estudios en población de habla hispana (Fernández-Berrocal et al., 1999), han destacado que tanto la reparación como la claridad correlacionaron negativamente y de forma significativa con el Inventario de Beck para la Depresión (BDI). Las mujeres con un estado anímico normal se diferenciaron de las mujeres depresivas por tener puntuaciones menores en las escalas de atención a los sentimientos, mayores en claridad y reparación de los estados emocionales de la escala TMMS. Por lo tanto, las mujeres con una puntuación alta en las escalas de reparación y claridad del TMMS informaron de niveles más bajos de depresión

Tal y como refleja la exhaustiva revisión de Martínez et al. (2010), a partir del comienzo de la era del año 2000, se ha producido un aumento exponencial del número de estudios transculturales en relación a la inteligencia emocional. La mayoría de estos estudios internacionales y nacionales han indicado una relación alta y significativa entre IE y salud mental (Austin et al., 2005; Bastian et al., 2005; Borges, Stratton, Wagner y Elam, 2009; Brown y Schutte, 2006; Brackett y Mayer, 2003; Ciarrochi et al., 2001; Ciarrochi et al., 2006; Day et al., 2005; Dawda y Hart, 2000; Donaldson-Feilder y

Bond, 2004; Dulewicz et al., 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal et al., 2004; Ghorbani et al., 2002; Jain y Sinha, 2005; Leible y Snell, 2004; Oginska-Bulik, 2005; Pau y Croucher, 2003; Riley y Schutte, 2003; Salovey et al., 2002; Saklofske et al., 2003; Schmidt y Andrykowski, 2004; Slaski y Cartwright, 2002; Tsaousis y Nikolaou, 2005; Yan et al., 2008).

Así, Gohm, Baumann y Sniezek (2001) investigaron el papel de las experiencias emocionales y las dificultades cognitivas en situaciones de estrés agudo en un grupo de bomberos aplicando el TMMS. Los resultados del estudio revelaron que los bomberos que presentaban mayores niveles de claridad emocional informaban de un menor número de dificultades cognitivas (quedarse en blanco, etc.) durante las simulaciones de fuego. Así, las personas que tenían clara su reacción emocional ante una situación de estrés agudo invertían menos tiempo rumiando en su respuesta emocional, lo que les permitía prestar más atención a la tarea que estaban realizando. Estos mismos autores en un estudio realizado con estudiantes, encontraron que la IEP se asociaba con mayores niveles de felicidad actual, mayor porcentaje de felicidad previa, niveles más elevados de afecto positivo, mayor satisfacción vital y altas puntuaciones en autoestima (Gohm y Clore, 2002). Asimismo, los niveles en el TMMS se relacionaron de forma inversa con ansiedad general y ansiedad social. Además, las puntuaciones en el TMMS también se asociaron de forma significativa con el estilo atribucional. Así, los estudiantes que tenían una alta puntuación en el TMMS tendían a hacer atribuciones adaptadas de éxito hacia su vida.

Por otra parte, las puntuaciones altas en el TMMS se relacionaron de forma significativa con estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, mayor afrontamiento positivo, planificación de la acción y mayor búsqueda de apoyo social y emocional (Gohm y Clore, 2002).

La investigación sobre la depresión y su vinculación con los factores del TMMS sigue suscitando controversia y diferentes explicaciones teóricas (Fernández-Berrocal y Extremera, 2007). Rude y McCarthy (2003) apreciaron que las personas depresivas puntuaron más que las no depresivas en supresión de pensamientos y obtuvieron menores puntuaciones en atención y claridad emocional. Lischetzche y Eid (2003) ponen de manifiesto el papel de la reparación emocional frente a la claridad a la hora de

moderar las relaciones existentes entre atención y bienestar emocional. En consecuencia, en los individuos con alta reparación emocional, una elevada atención emocional era beneficiosa para el bienestar emocional, mientras que los que tenían una baja reparación emocional, una elevada atención les afectaba negativamente en su bienestar emocional (Lischetzche y Eid, 2003).

Las personas deprimidas se caracterizaron por presentar pensamientos rumiativos por lo que puntuaron más en la supresión de pensamientos y obtuvieron menos puntuaciones en atención y claridad emocional (Rude y McCarthy, 2003).

Estudios posteriores han encontrado una relación entre baja ansiedad, claridad y reparación emocional y alta percepción de la salud y bienestar (Latorre y Montañez, 2004). En esta misma línea, Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner (2004) estudiaron la relación entre el factor de reparación del TMMS con los síntomas de depresión endógena y depresión por desesperanza medida mediante el BDI. Estos autores observaron que las relaciones entre regulación emocional y depresión por desesperanza eran más intensas que entre regulación emocional y depresión endógena. Del mismo modo, otros estudios han puesto de manifiesto una relación positiva entre claridad y apoyo social y salud mental, siendo la claridad y la reparación emocional predictoras de apoyo social y salud mental (Montes-Berges y Augusto, 2007).

La atención emocional se relacionó positivamente con la sintomatología ansiosa y depresiva y negativamente con el rol emocional, funcionamiento social y salud mental. En cambio, la claridad y reparación emocional se relacionaron negativamente con ansiedad y depresión, y positivamente con las escalas de salud percibida (SF-36), incluyendo las dimensiones de físico, funcionamiento social, salud mental, vitalidad y percepción de salud. De igual modo, se ha llegado a confirmar el carácter predictivo de la atención, claridad y reparación emocional sobre los niveles de ansiedad y depresión y áreas relacionadas con la salud mental, social y física (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006).

Fernández-Berrocal, Alcalde, Extremera y Pizarro (2006) analizaron la relación entre la IEP y la ansiedad, depresión, medidas de supresión de pensamientos y autoestima en adolescentes. Los resultados indicaron que la reparación emocional se relacionó positivamente con la autoestima y que la IEP correlacionó negativamente con la depresión y la ansiedad. La claridad y reparación emocional estuvieron asociadas a un

mejor ajuste psicológico, independiente de los efectos de la autoestima y la supresión de pensamientos.

En otro estudio llevado a cabo con adolescentes se encontró que los adolescentes “normales” se diferenciaban de los “disfóricos” por su menor puntuación en atención emocional, ansiedad y supresión de pensamientos. Al mismo tiempo tenían unos índices de afrontamiento, regulación del estado de ánimo y utilización del apoyo social más elevados (Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006).

A pesar de estos datos, todavía son escasos los trabajos que han mostrado que las personas emocionalmente inteligentes utilicen estrategias de afrontamiento más efectivas para manejar sus sentimientos negativos (Matthews, Zeidner y Roberts, 2002).

En un estudio realizado por Augusto-Landa, López-Zafra y Pulido-Martos (2011), se examina el papel de los componentes de la Inteligencia Emocional Percibida: atención, claridad y reparación emocional, como predictores de las dimensiones de afrontamiento, en una muestra de 251 profesores de escuela primaria (89 hombres y 162 mujeres), con edades desde los 22 a los 60 años. Los participantes completaron el cuestionario de estrategias de afrontamiento PEI, junto con sus datos sociodemográficos. Los resultados indican que las personas con mayor claridad y reparación emocional emplean estrategias conductuales, cognitivas y basadas en las emociones, en la resolución y afrontamiento de problemas. Los resultados de dicho estudio apoyan la asunción propuesta por Epstein (1998) acerca de como los individuos con mayor inteligencia emocional podrían activar estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes.

Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) realizan un estudio acerca de las estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. En el caso de los participantes sin ansiedad, las estrategias más utilizadas son aquellas relacionadas con la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; estas estrategias están dirigidas a minimizar los efectos del estresor abordándolo de forma directa. De hecho, el planteamiento de posibles soluciones, la búsqueda de apoyo en otras personas y la valoración de los aspectos positivos de la situación, implican un estilo activo de afrontamiento, es decir, aquél que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación. No obstante, las estrategias más utilizadas por los sujetos ansiosos,

incluyen dos de las anteriores, (la solución de problemas y la reevaluación positiva), pero éstas son utilizadas de forma significativamente menor.

También se evidencia la estrategia de evitación cognitiva, característica esencial del estilo de afrontamiento evitativo, es decir, el que se basa en intentar retraerse o huir del estresor y sus consecuencias (Fernández, 1997); caracterizado por el uso de estrategias, a su vez, pasivas que consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación, consideradas como desadaptativas (Lazarus y Folkman, 1986). A través de ésta el sujeto logra “descentrarse” de la situación problemática, evitando o disminuyendo las reacciones emocionales secundarias. Sin embargo, la evitación no constituye solución para el problema sino la disminución de la reacción emocional momentánea.

Al comparar las medias de las estrategias de afrontamiento para los dos grupos, se logra identificar que hay diferencias significativas en reevaluación positiva y solución de problemas, siendo mayor la media en el grupo sin ansiedad; lo cual, en el primer momento evidencia que el repertorio cognitivo-conductual enfocado en la reducción de los efectos evaluados como potencialmente dañinos de un estresor y la capacidad para identificar oportunidades en situaciones adversas es menor en el grupo con ansiedad.

En el grupo de participantes con ansiedad se evidencia que la media de la estrategia reacción agresiva es significativamente mayor que la del grupo sin ansiedad, lo cual podría explicarse como una respuesta impulsiva sin mediación cognitiva frente a la amenaza percibida como inminente y al temor de experimentar las emociones que se puedan desencadenar, permitiendo así la disminución de la carga emocional que representa esta situación estrategias como la expresión de la dificultad de afrontamiento y la búsqueda de apoyo profesional, presentan medias significativamente mayores en el grupo con sintomatología ansiosa. Dichas estrategias son de tipo conductual y están encaminadas al aprovechamiento de los recursos disponibles en el medio social en el que se desenvuelve la persona, que ante la imposibilidad percibida para enfrentar el evento conflictivo por sí misma, busca un control externo; lo que denota, nuevamente, la característica evitativa en los sujetos con ansiedad (Gantiva et al., 2010).

Los resultados de esta investigación muestran claramente que las estrategias de las personas ansiosas se caracterizan por la evitación y la percepción de pérdida de control, elementos fundamentales en las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad (Barlow, 2002); sin embargo, también muestra que la personas con ansiedad, suelen utilizar estrategias que se consideran como adaptativas (solución de problemas y

reevaluación positiva), lo que indicaría que estas personas hacen el intento de adaptarse, pero es posible que no cuenten con las habilidades suficientes para poner en práctica, de forma eficaz, éstas estrategias, lo que lleva a la frustración y por lo tanto, a retroalimentar la percepción de falta de control y la posterior evitación.

Por otra parte, del grupo de estudios que han analizado las relaciones entre IE y ansiedad y depresión, algunos autores han remarcado la importancia de las diferencias culturales y/o de género como variables mediadoras de esta relación. Así, algunos estudios transculturales han encontrado una asociación entre depresión e inteligencia emocional percibida, género y dimensiones culturales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey et al., 2000; 1995; 2002).

Parece ser que los países con culturas más individualistas presentaron una expresión y experiencia de emociones negativas más intensas (Fernández, Carrera, Sánchez, Páez, y Candía, 2000; Fernández-Berrocal et al., 2005).

En cuanto a las diferencias de género y edad, la mayoría de los estudios han indicado que las mujeres puntuaban ligeramente más alto que los hombres en IE, y que las puntuaciones tendían a incrementarse con la edad (Thayer, Rossy, Ruiz-Padial y Johnsen, 2003; Van-Rooy, Alonso y Viswesvaran, 2005). Las mujeres puntuaron más que los hombres en atención a las emociones, lo cual es consistente con la tendencia en las mujeres a pensar y rumiar más sobre sus emociones. De hecho, cuando se controló estadísticamente la varianza asociada a esta mayor atención, las diferencias de género en sintomatología depresiva no fueron significativas.

Según señalan Thayer et al. (2003) y Van-rooy et al. (2005), cuando las personas exhiben una alta atención a sus emociones acompañados de niveles altos de claridad y reparación emocional, estas habilidades se asocian con los efectos positivos de un mayor procesamiento de la información vinculado a las mujeres. Sin embargo, si existe una alta atención a las emociones pero sin equilibrio respecto a los niveles de claridad o reparación, se puede caer en una espiral emocional debido a la falta de estrategias antirrumiativas.

Tal vez siguiendo el planteamiento anterior Thayer et al. (2003) y Van-rooy et al. (2005), algunos estudios (Fernández-Berrocal et al., 2001; Lynn y Martin, 1997; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999), han encontrado que las mujeres presentaban mayores síntomas depresivos y mayores niveles de atención a sus emociones, al igual que menor capacidad de reparación emocional. No obstante, estos datos no son concluyentes y son necesarios más estudios.

Siguiendo con la variable de género, en España, Fernández Berrocal et al., (1999) analizaron la incidencia de la IEP sobre el ajuste psicológico de la mujer durante el periodo inicial de gestación. A partir de 217 mujeres embarazadas, se concluyó que la reparación y claridad emocional correlacionaron negativamente y de forma significativa con el BDI; las mujeres con altas puntuaciones en IE (reparación y claridad) informaban de niveles bajos de depresión. Por otra parte, apareció una dependencia secuencial entre los componentes del TMMS: atención, claridad y reparación. Es decir, los factores de atención y claridad correlacionaron entre sí significativamente, al igual que reparación y claridad. Sin embargo, no correlacionaron significativamente atención y reparación. Por lo tanto, en el contexto real, una persona no podría diferenciar entre las emociones si primero no las atiende y tampoco podría repararlas o manejarlas eficazmente a menos que supiera cuáles son. Uno de los resultados más interesantes de este grupo de embarazadas es cómo de las clasificadas en un estado normal, respecto a las depresivas, puntuaban de forma más baja en atención emocional y, de forma más elevada en claridad y reparación de los estados emocionales.

En otro estudio liderado por los mismos autores, Extremera y Fernández-Berrocal (2002), en el que analizaban el papel que los componentes de IE del TMMS tenían sobre la calidad de vida de mujeres de mediana edad, no se encontraron diferencias en los diferentes dominios de salud en función del estatus menopáusico de las mujeres cuando se controló la edad. Pero, aquellas mujeres con mayores niveles de reparación de sus estados afectivos mostraron puntuaciones más ajustadas en todos los dominios de salud, independientemente, de si habían entrado o no en el climaterio. Por lo tanto, dichas mujeres mostraron mejor funcionamiento físico, mayor rol físico y emocional, niveles más elevados de vitalidad y funcionamiento social y una salud general percibida mayor. Sus puntuaciones en dolor corporal eran menores que los de aquellas mujeres que informaban mayor dificultad para regular sus emociones negativas.

Cabello, Navarro, Latorre y Fernández (2014), realizan un estudio acerca de la habilidad de las personas con nivel educativo universitario para prevenir el deterioro de la Inteligencia emocional, relacionado con la edad. Este estudio muestra que la edad correlaciona de forma negativa con tres de las cuatro ramas del modelo de Inteligencia Emocional: percepción, facilitación y comprensión de emociones. No se encuentra una relación significativa con el manejo de emociones. La edad incluso correlaciona de forma negativa con el nivel educativo, de tal manera que la gente más mayor tenía menor nivel educativo que la gente joven. El género no presentaba correlaciones significativas con el total de la Inteligencia Emocional ni con las tres ramas, anteriormente citadas. En contraste, el género correlacionaba de forma positiva con el manejo de emociones. Las mujeres mostraban mayores puntuaciones que los hombres. El género no correlacionaba con el nivel educativo. Pero el nivel educativo sí correlacionaba de forma positiva con el total de la Inteligencia Emocional.

Estudios sobre como la edad afecta a las habilidades de la I.E. han mostrado resultados variados. Mientras algunos estudios revelan puntuaciones mejores en las cuatro ramas de la I.E. para adultos con mayor edad (Mayer, Caruso y Salovey, 1999). Otros trabajos encuentran que la edad correlaciona de forma negativa con la percepción emocional (Day y Carroll, 2004; Palmer et al., 2005). De hecho, un meta-análisis reciente concluye que la gente mayor tiene dificultades en el reconocimiento de sus emociones (Ruffman, Halberstadt y Murray, 2009).). Otros estudios no han encontrado relaciones significativas entre la edad y las ramas del MSCEIT (Farrelly y Austin, 2007; Webb et al., 2013). Aunque una de las lagunas de esos estudios ha sido el fallo en la exploración del rango de edad; muchos se centran en poblaciones universitarias y cuentan con participantes con una media de edad menor de 30 años.

A tenor de los resultados de los diferentes estudios, parece claramente contrastada la importancia de fomentar el desarrollo de la IE desde la niñez para prevenir la aparición de trastornos emocionales y mejorar las estrategias de afrontamiento ante procesos de enfermedad (Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty y Keshavan, 2007; Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison, 2001; Karahan y Yalcin, 2009; Yalcin, Karahan, Ozcelik y Igde, 2008; Slaski y Cartwright, 2000; Trinidad, Unger, Chou, Azen y Johnson, 2004).

De hecho, investigaciones realizadas sobre el estilo de apego McCarthy, Moller y Fouladi (2001) demuestran que los hijos que presentaban mayores niveles de apego paternal y maternal informaban de menores niveles de estrés percibido, mayor confianza en su habilidad para atender y regular sus emociones negativas y también confiaban menos en el uso de la supresión de pensamientos como forma de afrontar sentimientos negativos. Sin embargo, los hijos que se caracterizaban por un estilo parental de naturaleza sobreprotectora informaban de menor confianza en la habilidad para identificar y regular emociones negativas, un mayor nivel de estrés percibido y mayor uso de la supresión de pensamientos como estrategia para regular el afecto.

Desde el ámbito de la Psicología Positiva se deriva la necesidad de trabajar en el desarrollo de intervenciones preventivas y de promoción de la salud desde el enfoque de la inteligencia emocional en el ámbito escolar y familiar, de forma temprana. Algunos de los objetivos de estos programas podrían ser los siguientes: (1) dotar de estrategias educativas a los padres y madres mediante seminarios o talleres prácticos (coordinados desde las Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos) y (2) fomentar el autocontrol emocional, las habilidades emocionales y sociales desde edades muy tempranas a través de actividades de aprendizaje cooperativo (Martínez, Inglés, Piqueras y Ramos, 2010).

10.2.- Inteligencia emocional, salud y personas sordas

A continuación, vamos a detenernos en analizar cuáles son los trastornos psicológicos que afectan al colectivo objeto de nuestro estudio y cómo influyen, directamente, en su estado de salud. La relación entre la deficiencia auditiva y los problemas relacionados con la salud mental, particularmente ansiedad y depresión, ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica; esto se refleja en la escasa literatura que puede hallarse en las búsquedas bibliográficas realizadas al respecto (Connolly, Rose y Austen, 2006).

En una amplia revisión bibliográfica realizada por Casas, Linares, Lemos, y Restrepo (2009), en la que se estudia la incidencia de la depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva, y se analiza críticamente el conocimiento producido en las investigaciones publicadas durante el período 1993-2007, se determina que las personas con deficiencia auditiva presentan mayor presencia de síntomas emocionales y

comportamentales, tienen menores niveles de calidad de vida, y presentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en comparación con las personas oyentes.

Aunque como ya señalaba Canestrari (1978), el considerar a los sordos como grupo homogéneo desde un punto de vista psicológico, puede presumir de la existencia de una actual "psicología de la sordera", y correr el riesgo de caer en generalizaciones. Muchas de las características que han sido consideradas como funcionalmente relacionadas a la gravedad del déficit auditivo (agresividad, inmadurez afectiva y personalidad impulsiva) pueden ser adscritas a condiciones psicológicas resultantes de una alteración sensorial más que de un déficit audiológico por sí mismo; la deficiencia auditiva no es la causa directa del nivel de desarrollo de personalidad.

En una investigación realizada por Restrepo y Clavijo (2004) se pone de manifiesto que las personas con deficiencia auditiva son proclives a ser socialmente inmaduras, egocéntricas, deficientes en adaptabilidad social, y a presentar rigidez en sus interacciones e impulsividad, lo que podría configurarse como un tipo de personalidad característica de esta población. Añaden que estos sujetos establecen unas relaciones sociales más difusas, menos estructuradas, más inflexibles y menos funcionales, lo que puede desencadenar en ellos dificultades como ansiedad y depresión.

Fellinger, Holzinger, Gerich y Goldberg (2007) realizaron un estudio donde se buscaba comparar los niveles de estrés mental y la calidad de vida en las personas con deficiencia auditiva que conocen la lengua de signos, aquellas que no la conocen y la población oyente. La muestra estuvo constituida por un total de 373 miembros de la Asociación de Problemas Auditivos, los cuales respondieron el "WHO'S Quality of Life", el "12-item General Health Questionnaire" y el "Symptom Inventory, SCL-90", especificando datos sobre el inicio y estado actual de la sordera. Los resultados pusieron de manifiesto que las personas con deficiencia auditiva que no utilizan la lengua de signos tienen mayores dificultades en las relaciones sociales que aquellas que si lo utilizan, y ambos grupos están en desventaja en relación con la población oyente en todos los ámbitos (físico, psicológico, social, ambiental). De igual manera, se halló que las personas con deficiencia auditiva presentaron niveles sintomáticos más altos en ansiedad, somatización, ideación paranoide, depresión y sensibilidad interpersonal. Los

autores concluyen que para las personas con deficiencia auditiva, la calidad de vida se relaciona con la posibilidad de escuchar; además señalan que un factor protector para esta población podría ser el aprendizaje del lenguaje de signos, ya que esto les permitiría mejorar sus relaciones sociales, tanto con aquellas que tienen la misma discapacidad como con las que no la tienen. Al mismo tiempo, esto permitiría disminuir la ansiedad que genera en ellos el no poder comunicarse y establecer relaciones y vínculos interpersonales.

Tal y como señala Téllez (2005), las mujeres y los hombres sordos viven en un mundo de contrastes, de lo que es y lo que no es. Es difícil que entiendan puntos medios si no se les explican claramente las situaciones, y esto no se debe a que no tengan capacidad de comprender, sino que, generalmente, las personas que les rodean son oyentes que no manejan la lengua de signos y, más aún, es difícil que existan personas con la paciencia para aprenderla.

Además, la persona sorda se encuentra privada de escuchar el tono y el volumen de la voz, que son características que, al comunicarnos, nos permiten transmitir o informar acerca de nuestros afectos y nuestro enojo; los oyentes aprendemos como manejar los tonos de la voz, el sarcasmo, la ira, la ternura y el amor. La relación del sonido con las emociones es una parte importante entre los lazos afectivos entre la madre y el o la hija. La falta de audición puede interferir en la facultad de identificar los sentimientos claramente. Las personas sordas transmiten sus emociones por medio de su lengua de signos, pero lo recargan de actitudes y demostraciones físicas gestuales para poder transmitir de manera más clara lo que quieren comunicar, esto hace que parezcan personas temperamentales o incluso un poco agresivas, pero es un recurso más que utilizan para expresarse (Téllez, 2005).

En el estudio de la relación existente entre discapacidad auditiva y estados de ánimo, merece destacarse la investigación realizada por Zazove, Meador, Aikens, Nease y Gorenflo (2006), donde se buscaba evaluar la validez del uso de escalas escritas en comparación con versiones adaptadas a la lengua de signos, en personas con deficiencia auditiva. Se puso de manifiesto la existencia de diferencias entre el inglés como lengua oral y la lengua de signos en la manera de describir la depresión, lo que demuestra la importancia de utilizar instrumentos adaptados para la comunidad con deficiencia

auditiva. En este sentido, en nuestra investigación, tal y como detallaremos posteriormente, se han adaptado las escalas de evaluación escogidas a la Lengua de Signos Española.

Abolfotouh y Telmesani (1993) analizan las características psicológicas y sociales de los estudiantes ciegos y sordos en la ciudad de Abha, en Arabia Saudita. Para tal fin, se estimó la prevalencia de la depresión entre los estudiantes sordos y ciegos mediante el Children Depression Inventory (CDI) y se determinaron algunas tendencias sociales de los estudiantes en cuanto a sus amistades, aficiones e intereses profesionales futuros, los problemas de la vida diaria debido a la condición de minusvalía, y la satisfacción con los servicios institucionales y de personal mediante una entrevista estructurada. La muestra estuvo formada por 152 estudiantes varones, 44 ciegos y 108 sordos. Se encontró que la depresión fue más frecuente entre los estudiantes ciegos que entre los estudiantes sordos. La dificultad en la movilidad fue el principal problema entre los estudiantes ciegos, mientras que la dificultad en la comunicación fue el principal problema entre los sordos. La lectura fue la afición más común para ciegos, mientras que jugar fútbol fue la más común para los sordos. Se encontró, además, que los estudiantes ciegos estaban menos interesados en los amigos y en los hobbies y que mostraban mayor dependencia que los estudiantes sordos.

Kvam, Loeb y Tambs (2007) analizan igualmente los síntomas de ansiedad y de depresión entre individuos oyentes y sordos. Contaron con una muestra de 42.815 sujetos oyentes a partir de una prueba de audiometría en el estudio Nord Trondelag Hearing Loss study (NTHL) (1995-1997), y de una muestra de 431 individuos sordos, registrados voluntariamente en el registro de sordos de Noruega.

Se encontró que los individuos sordos respondieron positivamente a los indicadores de ansiedad y depresión en comparación con la muestra de personas oyentes. Igualmente, se evidenció que las personas sordas mostraron niveles más altos en miedo, desesperanza y tristeza. Estos resultados se compararon en relación a la edad de adquisición de la deficiencia auditiva, encontrando que aquellos que perdieron la audición tempranamente (entre los 4 y 9 años) manifestaban menores niveles de miedo y tristeza que aquellos que la perdieron en etapas posteriores.

Van Eldik, Treffers, Veerman y Verhulst (2004) evalúan los problemas de salud mental en una muestra de niños sordos holandeses, en base a las respuestas dadas por sus padres en el "Child Behavior Checklist". La muestra estuvo formada por 238 niños sordos (138 niños y 100 niñas), con edades entre 4 y 18 años de edad, pertenecientes a escuelas para niños sordos en el estado de Netherlands. Los resultados indicaron que el 41% de los niños tenían problemas emocionales o de comportamiento; índice casi 2,6 veces más alto que el encontrado en una muestra normal. Estos problemas parecían ser más frecuentes en familias donde había una comunicación pobre entre padres e hijos. Igualmente, se encontró que aquellos con edades entre los 12 y 18 años mostraron más problemas de ansiedad, depresión y problemas sociales que los niños que tenían entre 4 y 11 años. Finalmente, se subrayó que los niños sordos con una inteligencia relativamente baja mostraron más problemas sociales, de pensamiento y de atención que aquellos con una inteligencia relativamente elevada.

Sinanović, Brkić, Salihović, Junuzović y Mrkonjić (2004) trataron de determinar las diferencias entre el grado de ansiedad y de depresión en las personas con graves deficiencias auditivas en relación con el sexo y el estado civil. Para la realización de su estudio, tomaron una muestra de 54 sujetos, 35 hombres y 19 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 61 años, con pérdida auditiva superior a 60 dB. Como instrumentos de evaluación utilizaron el Symptom Checklist-90-revised (SCL-90-R), para evaluar el nivel de ansiedad y de depresión y el Stockholm Marital Stress Scale, para el examen de estrés marital. Los resultados mostraron que los individuos con deficiencia auditiva mostraban ciertos niveles de ansiedad y de depresión que se correlacionaban significativamente con el estado civil, estrés matrimonial y problemas de comunicación. Así, las personas sordas casadas presentaban mayor nivel de ansiedad que las solteras. Se determinaron diferencias significativamente estadísticas para el grado de ansiedad, edad y problemas de comunicación entre las personas sordas casadas y las solteras. Las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres, pero esas diferencias no fueron significativas, desde el punto de vista estadístico.

Siguiendo la revisión bibliográfica tan exhaustiva realizada por Casas et al. (2009), se pueden determinar algunas conclusiones relevantes para el estudio de la ansiedad y de la depresión en personas con deficiencia auditiva, al igual que para su intervención por parte de los diferentes profesionales de la salud mental. Al comparar las muestras de

personas con deficiencia auditiva con aquellas de sujetos oyentes, se encuentra que las primeras presentan mayor presencia de síntomas emocionales y comportamentales que las segundas, aunque en muchos casos no pueda hacerse un diagnóstico concluyente de ningún trastorno (Kvam, Loeb y Tambs, 2006; Van Eldik et al., 2004). Así pues, en general, las personas con deficiencia auditiva tienen menores niveles de calidad de vida que la población oyente, aspecto que se ve atenuado por la posibilidad de comunicación a través de la lengua de signos (Fellinger et al., 2007).

La revisión de las investigaciones indica que las personas con deficiencia auditiva presentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad que de depresión, al compararlas con personas con deficiencia visual, debido a la dificultad en la comunicación (Agrawal y Kaur, 2001). Lo contrario sucede con los trastornos de depresión, los cuales son más frecuentes en personas ciegas que en personas sordas (Abolfotouh y Telmesani, 1993). Los anteriores planteamientos se ven matizados, a su vez, por el nivel de severidad y la etapa evolutiva de las personas (Agrawal y Kaur, 2001), debido a las preocupaciones e intereses que genera cada uno de los momentos del desarrollo.

Adicionalmente, esta revisión (Casas et al., 2009) señala que la presencia de síntomas ansiosos se ve modulada por la edad en la que se presenta la pérdida auditiva, de tal forma que aquellas personas que pierden la audición tempranamente manifiestan menores niveles de angustia, que aquellas que la pierden en etapas posteriores (Agrawal y Kaur, 2001; Kvam et al., 2006; Van Eldik et al., 2004).

Con relación al género, se ha encontrado que las mujeres con deficiencia auditiva presentan mayores niveles de ansiedad y de depresión que los hombres, aunque esta diferencia no es significativa (Sinanović et al., 2004).

Las dificultades emocionales y de comportamiento en niños con deficiencia auditiva parecen ser mayores que en niños oyentes (Fellinger et al., 2007; Kvam et al., 2007; Van Eldik et al., 2004), lo cual justifica y pone en evidencia la necesidad de programas de intervención temprana con este tipo de población, que favorezca las condiciones de salud mental y el desarrollo en todos los niveles.

Las personas con deficiencia auditiva pueden presentar dificultades en el desarrollo social, debido a los problemas relacionados con la comunicación, lo cual influye de manera negativa en su calidad de vida y los sitúa en una posición de desventaja con respecto a la población oyente (Fellinger et al., 2007). Sin embargo, este hecho se ve modulado por la utilización de la lengua de signos, lo que favorecería las relaciones interpersonales (Fellinger et al., 2007), y además, podría disminuir el malestar subjetivo relacionado por la deficiencia auditiva, aumentando el sentido de competencia personal. La habilidad de comunicarse a través de la lengua de signos puede ser considerado un factor de protección, ya que se ha encontrado una asociación entre la calidad de vida y la posibilidad de escuchar (Fellinger et al., 2007). La lengua de signos puede constituirse en una herramienta alternativa de comunicación ante la dificultad auditiva, permitiendo a estas personas tener unas mejores relaciones sociales y disminuir la ansiedad que genera el no poder escuchar (Fellinger et al., 2007).

En relación al estudio de los aspectos emocionales vinculados a la discapacidad, y en particular a la sordera, la mayor parte de las investigaciones se han realizado en torno al autoconcepto (Pless, Roughmann y Haggerty, 1972); Dibner, 1973; McFern, 1973 y Parish y Copeland, 1978). Encontraron que los niños con discapacidad en un marco integrado tenían un autoconcepto positivo a pesar de que sus profesores los describían de forma negativa (Parish y Copeland, 1978). Igualmente, Parish, Dych y Kappers (1979) relataron que los profesores demostraban actitudes más negativas hacia varios grupos de niños con discapacidad física adquirida que hacia los niños sin discapacidad.

Pless et al. (1972), Dibner (1973) y McFern (1973) compararon en el área del autoconcepto a adolescentes normales con adolescentes sordos, ciegos o con discapacidad física. Los resultados indicaron que en todos los casos se observaba un autoconcepto negativo.

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).

En un estudio realizado por Marcial (2013), acerca del nivel de autoconcepto en niños sordos, se observaron que aspectos como la timidez, introversión, irritabilidad y hasta agresión en algunos niños sordos estaban relacionados con su nivel de autoconcepto. Además, se analiza la relación entre la incapacidad de escuchar y de comunicarse de forma oral y el autoconcepto negativo. El estudio se desarrolla en dos instituciones educativas en Guatemala, con una muestra de 71 niños sordos y se les aplica la prueba EPAI 95.

Los resultados informan que el 70% de los niños presenta un autoconcepto negativo, que se refleja en una deficiencia en los aspectos constitutivos de la personalidad tales como la autonomía o sentimiento de independencia, la seguridad y confianza en sí mismo en la realización de tareas, en la capacidad de competir en los deportes, en el ámbito familiar y escolar, en las relaciones sociales y principalmente en cómo se sienten. Se determinó que los indicadores del autoconcepto que se encuentran más bajos son: sentimiento de independencia, autovalía en la competencia propia, seguridad y confianza en él mismo, en la realización de tareas varias y en las relaciones sociales.

En este estudio se deduce que uno de los factores que afecta el desarrollo óptimo del autoconcepto de los niños y niñas es la pérdida de audición. Como consecuencia de ello, se suman otros factores como la dependencia que crean los padres en los niños sordos repercutiendo en la falta de confianza, la dependencia hacia las personas que los cuidan y algunos niños muestran una tendencia a preferir estar solos o alejarse de los grupos.

Silvestre (1995) en un estudio llevado a cabo en Cataluña sobre el autoconcepto de los adolescentes sordos observó, que si se les compara con el grupo de oyentes, presentan un nivel de autoestima similar, sin embargo, a diferencia de éstos, se presentan a sí mismos preferentemente por su aspecto físico, en lugar de por otros aspectos de carácter

psíquico; y, sin embargo, no hacen referencia directa a su sordera o a la pertenencia a un grupo, ni de deficientes auditivos, ni a otros grupos de oyentes, como al grupo de clase o de aficionados a un club, etc.

Resultados que interpretan por el contexto en que se encuentran los niños sordos estudiados, la mayoría pertenece a familias de oyentes y están integrados en una clase en la que no hay ningún otro alumno sordo y, en algunos casos, tampoco lo hay en la escuela.

En otro estudio realizado por Leung y Choi (1990) compararon en inteligencia no-verbal, autoconcepto y competencia social, a 30 niños con deficiencias auditivas severas o profundas, de 9 a 12 años, que estaban integrados en escuelas públicas ordinarias, con dos grupos de iguales, uno de una escuela de niños de audición normal, y el otro de una escuela especial para sordos. Los tres grupos de niños completaron el Test de Matrices Progresivas y la Escala de Piers- Harris de Autoconcepto para niños. Se observó que los niños sordos integrados obtenían resultados comparables a los niños oyentes en competencia social e intelectual, mientras que mostraban déficits en dos dimensiones del autoconcepto. Y en relación con los niños sordos de escuelas especiales, los integrados alcanzaban puntuaciones más altas en inteligencia no-verbal y en el autoconcepto global.

Myklebust (1960) argumentaba que la sordera se imponía a la experiencia por limitar la interacción y el feedback lingüístico del entorno social, afectando al desarrollo del autoconcepto. Tal y como desarrolla este autor, los niños sordos de 9 a 12 años realizan percepciones menos exactas sobre sí mismos que los niños oyentes. Además, destaca el papel esencial del lenguaje en el desarrollo del autoconcepto, permitiendo que cada uno atribuya significado a las experiencias sociales y a la interpretación de dichas experiencias. Como el lenguaje es parte del proceso de interacción social y de la comunicación, la habilidad lingüística del niño facilita el proceso de interacción social. Por lo tanto, según Myklebust (1960) los problemas en el desarrollo del lenguaje asociado con la discapacidad auditiva 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. Tal y como ponen de manifiesto, 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 este proceso de recolocación, como denominaban dichos autores, los adolescentes sordos se refugiaban en sí mismos.

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 con discapacidad auditiva. Los adolescentes necesitan de un tiempo de transformación profunda biológica, fisiológica y social que requiere 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. El autoconcepto de los niños sordos se veía influenciado porque asumían

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 Cates (1991).

El modelo sugerido por Meadow-Orlans (1983) propone que si el individuo se socializa y culturiza con la comunidad sorda, estas percepciones no aparecen.

En España, en la Universidad del País Vasco, Ayerbe Barandiarán y Paul Ochotorena (1986) estudiaron la autoestima del deficiente auditivo, describiendo 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, se señala la existencia de otros factores internos, relacionados con la personalidad del individuo que juegan un papel importante en la imagen que tiene el sujeto de sí mismo.

Respecto a la competencia social de las personas sordas, Puigcerver (2003) indica 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.

En el campo de las relaciones sociales, la sordera conlleva a una dependencia de los demás, sobre todo en los años antes de la adultez, por lo que la oportunidad para conocer y entrar en relación con los demás está en manos de otras personas. Los padres y madres generalmente les limitan estas interacciones o las vigilan y controlan de forma excesiva, y las posibilidades de encontrar amigos o pareja se reducen (Téllez, 2005).

Satapathy y Singhal (2001) analizaron la relación del estrés, la autoestima y las conductas problemáticas con 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 (edades entre 13 y 21 años). Los resultados revelaron que los problemas de conducta, el estrés y los resultados académicos suelen ser los mejores predictores del ajuste socio-emocional. Las variables de base contribuyeron al ajuste en el caso de los estudiantes ciegos, y los ingresos familiares y la sordera de los padres contribuyeron positivamente en los estudiantes sordos.

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 con discapacidad, indica que las personas con discapacidad 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 del impacto producido por su comunicación, que les hace inhibir los aspectos más personales al no estar seguros de que puedan ser comunicados, y por la creencia de que sus emociones son distintas de las de los demás y que no van a ser compartidas por ellos.

Dentro de los aspectos emocionales, King, Mulhall y Gullone (1989) analizan los miedos específicos en 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 se encontraron en otro tipo de estímulo. Así, los oyentes mostraban más miedo al fracaso y a la crítica, mientras que los hipoacúsicos temían más a lo desconocido, a las heridas y a los pequeños animales. Las chicas mostraron niveles más altos de miedo que los chicos. Estas diferencias de género eran menores en 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.

Salvoldelli (1975) evaluó la personalidad de 68 personas sordas, 43 sordas prelingüísticas y 25 sordas tardías. Encontró que los sordos prelingüales presentan extraversión significativamente mayor que la población normal, sin que exista mayor neuroticismo (labilidad emocional). Respecto a la tendencia a la psicosis, encuentra los valores más elevados en los sordos prelingüales que en los sordos tardíos, pero cada

grupo la presenta en mayor grado que los normooyentes. El psicoticismo es aceptado por el autor como la expresión de una agresividad reactiva ante las frustraciones, acompañada de depresión.

Se ha realizado un estudio elaborado por la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) (2013), sobre la autonomía y participación de las personas mayores sordas en España. El objetivo de dicho estudio ha sido la descripción de la situación sociofamiliar de las personas mayores sordas en España, realizar una aproximación a sus necesidades y expectativas, y conocer qué situaciones generan dependencia en este colectivo. También se ha buscado determinar el uso y usabilidad de la teleasistencia aplicada a las personas mayores sordas, constatar la penetración de las tecnologías de la información y la comunicación en estos ciudadanos, y determinar la percepción de las personas mayores sordas hacia las asociaciones y los servicios sociales responsables de su atención.

La investigación se ha basado fundamentalmente en encuestas diseñadas e interpretadas por un equipo de trabajo compuesto por especialistas en investigación y profesionales de la CNSE y de la Fundación Vodafone España.

El estudio concluye que la población mayor sorda está compuesta mayoritariamente por personas cuya sordera se debe principalmente a la edad. Se trata de personas que muestran pequeñas o medianas capacidades auditivas, un escaso perfil asociativo y mayor dependencia de su entorno. Por el contrario, las personas mayores sordas de nacimiento o que se han quedado sordas a edad temprana, utilizan de forma mayoritaria la lengua de signos, y muestran un elevado perfil asociativo gracias al cual desarrollan un alto grado de autoaceptación.

La comunicación aparece como una de las cuestiones más valoradas por todos los sujetos del estudio. Las personas mayores sordas usuarias de la Lengua de Signos la valoran de forma muy positiva a la hora de fomentar la participación y combatir el asilamiento, mientras que las personas mayores con sordera tardía, suelen encontrar

más dificultades en materia de comunicación y, por tanto, de autonomía.

En el estudio se pone de relieve la importancia de seguir avanzando en materia de recursos, programas y servicios adaptados a las personas mayores sordas. Buena parte de los entrevistados consideran como algo positivo contar con recursos humanos y técnicos en las residencias y centros de día tales como profesionales con conocimientos en Lengua de Signos, así como con estrategias para facilitar la comunicación y ayudas técnicas, que mejoren su bienestar y su interacción con el entorno y disminuyan el aislamiento.

Los participantes en esta investigación, perciben la teleasistencia como un instrumento clave para recibir ayuda en situaciones de emergencia. De ahí la importancia de seguir trabajado en la promoción de servicios de teleasistencia accesibles como por ejemplo la videoconferencia, que además de utilizar el canal de voz y el texto escrito incorporen la lengua de signos, ya que una parte de este colectivo tiene un conocimiento pobre de la lectoescritura.

El estudio muestra que las personas mayores sordas, especialmente aquellas de nacimiento o con sordera temprana, valoran de forma elevada el papel de las asociaciones y federaciones por encima de cualquier otra institución, ya que les permiten beneficiarse de servicios especializados y actividades. Por tanto, sería beneficioso extender el papel de estas entidades entre las personas mayores con sordera tardía, por tratarse de un factor que favorecería su vida independiente.

Llegados a este punto, finalizamos nuestro encuadre teórico que nos ha permitido obtener una visión global del desarrollo emocional de las personas sordas. Comenzábamos situando nuestro estudio bajo el paradigma de la Psicología Positiva. De ahí, que nuestro punto de partida fuera una reflexión acerca de la felicidad. Las personas sordas, después del contacto uno a uno tras esta investigación y, tras años de experiencia profesional con niños sordos, se encuentran cansados de tantos estudios sobre su desarrollo cognitivo y del lenguaje. Por esta razón, era necesario adoptar una

perspectiva inicial que centrara nuestra atención en el mundo interno y emocional de las personas.

A partir de este punto, hemos desarrollado el concepto de inteligencia emocional. Para ello, hemos comenzado describiendo el concepto de emoción y conectándolo con un tipo de inteligencia vital para el desarrollo socio-emocional de las personas y para la consecución del bienestar tanto físico como psicológico. Hemos hecho un breve recorrido por los inicios del desarrollo emocional, a través del análisis de los aspectos más significativos y diferenciales del desarrollo del apego de las personas sordas, respecto a las oyentes.

Una de las variables fundamentales para la consecución del desarrollo emocional de las personas es el lenguaje. De ahí la necesidad de dedicar un espacio destacado a la reflexión sobre el mismo y su relación con el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Debido a que en las personas sordas encontramos comprometido el desarrollo lingüístico, si lo compramos con la población oyente, hemos dedicado un apartado especial para el mismo.

Por último, hemos analizado los aspectos definitorios de la sordera y hemos enmarcado algunos aspectos estudiados acerca del desarrollo de la inteligencia emocional de las personas con discapacidad auditiva. La mayoría de ellos centrados en la primera infancia y adolescencia. Ya que el estudio del ámbito emocional de las personas sordas adultas es el gran olvidado, como habrá podido comprobarse en nuestra revisión bibliográfica.

II.- MÉTODO

11.- Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación reside en el análisis de la Inteligencia Emocional en las personas adultas con discapacidad auditiva, en comparación con la población oyente. Este análisis incluye el estudio de las diferencias entre personas sordas y oyentes, tanto en la citada inteligencia emocional como en las variables emocionales asociadas, así como la influencia de variables sociodemográficas, familiares y de lenguaje.

12.- Objetivos específicos

- Adaptar pruebas de evaluación clínica, destinadas a la población oyente, a la Lengua de Signos.
- Establecer las diferencias en las dimensiones de la Inteligencia Emocional de las personas sordas, en comparación con las oyentes.
- Determinar las diferencias existentes en el desarrollo de afectos positivos y negativos de las personas con discapacidad auditiva y sus diferencias con las personas oyentes.
- Analizar el grado de bienestar psicológico de la población sorda y establecer sus diferencias con la población oyente.
- Analizar la relación del desarrollo de la Inteligencia Emocional, en las personas sordas, y su posible naturaleza protectora frente a estados emocionales negativos, como son la ansiedad y la depresión.
- Determinar la importancia del desarrollo del lenguaje para el desarrollo de la Inteligencia Emocional, en las personas sordas.
- Explorar la relación de las variables sociodemográficas y familiares en las variables emocionales consideradas.

13.- Hipótesis

A partir de los objetivos propuestos, planteamos las siguientes hipótesis.

1. Las personas sordas tienen menores niveles de claridad y reparación emocional, en comparación con la población oyente.
2. Las personas sordas tienen un nivel de atención emocional similar al de la población oyente.
3. Las personas sordas, que se comunican a través de la Lengua de Signos, presentan una mayor percepción emocional que las personas oyentes.
4. Las personas oyentes regulan y manejan mejor sus propias emociones y las de los demás, que las personas sordas.
5. Las personas sordas presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, que las oyentes.
6. Las mujeres, tanto sordas como oyentes, presentan niveles más altos de ansiedad y depresión, en comparación con los hombres de ambas muestras.
7. El empleo de la lengua de signos influye de manera positiva en la Inteligencia Emocional y se relaciona con niveles bajos de alexitimia.
8. Pertener a un núcleo familiar sordo favorece el desarrollo de la Inteligencia Emocional, en las personas sordas.
9. El nivel educativo y la orientación académico-laboral mantienen relaciones significativas con el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Concretamente, un mayor nivel educativo y el trabajar/estudiar en el ámbito salud/educación se relaciona con una mayor inteligencia emocional.
10. Las personas sordas tienen menores niveles de bienestar psicológico y desarrollan más afectividad negativa, en comparación con la población oyente.

14.- Muestra

Un total de 292 personas han participado en la presente investigación, 146 personas sordas y 146 personas oyentes, éstas últimas componen el grupo control de nuestro estudio (ver Tabla 11).

Tabla 11. Muestra total.

MUESTRA TOTAL		N= 292	
		HOMBRES	MUJERES
SORDOS	146	62	84
OYENTES	146	51	95

15.- Procedimiento

El proceso de evaluación de las personas sordas ha resultado ser complejo. Contactamos con una serie de asociaciones donde se reúnen en su mayoría en los tiempos de ocio. Para ello, previamente, realizamos una campaña de información, en la que grabamos un video que fue difundido a través de las redes sociales. Las sesiones de evaluación fueron contempladas en los programas de actividades de dichas asociaciones.

Durante todo el proceso, contamos finalmente en nuestro estudio con la colaboración de la Federación de Deportes Madrileña de personas sordas, que nos cedió el Día de la Copa a nivel nacional, una sala para la evaluación; la Asociación de Sordos de Madrid, que ha colaborado los viernes con nosotros y la Asociación Alta Torre, que participó también con algunos de sus socios. El Centro Público de Integración preferente de Sordos, ha sido el centro piloto y neurálgico de diseño, adaptación y aplicación de la prueba piloto.

El muestreo de personas oyentes se ha realizado a través de la difusión de la prueba, contemplando personas de las mismas zonas geográficas, y de similares características en sexo y edad a la muestra de sordos, empleando por lo tanto una muestra de conveniencia.

El proceso de evaluación de la muestra se fue realizando de forma casi simultánea. Puesto que lo complicado era el muestreo de personas sordas, una vez se iban finalizando sus evaluaciones, teniendo en cuenta la edad y el sexo, se fue recopilando a la muestra de oyentes. El objetivo era contar con una muestra comparativa de oyentes (grupo control) equivalente en edad y sexo.

En cuanto a la confección del cuestionario de evaluación, el grupo control pudo rellenarlo de forma individual y, a través de la modalidad de autoevaluación.

Puesto que, como hemos desarrollado en la parte teórica de nuestra tesis doctoral, existe una gran parte de la población sorda que tiene verdaderos problemas de comprensión de la Lengua Oral, incluso a nivel escrito, tuvimos que adaptar todas estas pruebas a la Lengua de Signos. Para ello, se contactó con una persona sorda con gran experiencia profesional en el ámbito del lenguaje, dentro de la Comunidad Sorda, que tiene pleno conocimiento de la LSE y de la Lengua Oral. Todas las pruebas están adaptadas a la LSE y grabadas en vídeo, de tal manera, que las personas sordas de nuestra investigación, rellenaban el cuestionario tras ver, ítem por ítem, traducido a la LSE. De esta manera, nos asegurábamos que las personas sordas comprendieran el contenido de lo que se les estaba preguntando. Aun así, incluimos unas columnas, en las hojas de respuesta de cada prueba, que permitieran registrar que la persona no había entendido el contenido de la pregunta, pero no por desconocimiento de la lengua usada, si no porque no estaba familiarizada con el lenguaje emocional y no lo conectaba con sus experiencias personales y mundo interior.

16.- Instrumentos

INTELIGENCIA EMOCIONAL. TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24)

La escala TMMS-24, (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai; 1995), está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer (1995). La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos

ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La escala TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional.

Empleamos la versión española, adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, (2004)

Los valores alpha de Cronbach encontrados en el presente trabajo para las tres dimensiones de inteligencia emocional fueron las siguientes: en el caso de atención emocional, .83 para la muestra de sordos, y .87 para la muestra de oyentes; en el caso de claridad emocional, .87 para la muestra de sordos, y .89 para la muestra de oyentes; en el caso de reparación emocional .85 para la muestra de sordos, y .86 para la muestra de oyentes.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE.

La “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) fue diseñado para la detección de trastornos afectivos en el ámbito hospitalario, a nivel general. Actualmente, se utiliza en ámbitos más variados. Fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos hospitalizados. Hasta ese momento, se venía trabajando con otro tipo de instrumentos como el “*General Health Questionnaire*” (GHQ) (Goldberg y Huxley, 1980; Goldberg y Williams, 1988). Pero dicha prueba presentaba algunos inconvenientes, tales como la dificultad de screening de trastornos psiquiátricos en pacientes afectados de enfermedades físicas y con algún tipo de trastorno somático. Se detectó que existía una superposición entre los síntomas somáticos del trastorno psicológico y los correspondientes a la enfermedad física que podían dar lugar a falsos positivos en este cuestionario al estar el mismo "contaminado" por síntomas que podían estar presentes en diversas patologías médicas (Lewis y Wessely, 1990). Además, este cuestionario detectaba posibles casos, pero no suministraba información alguna sobre la naturaleza del trastorno psiquiátrico.

Para evitar las posibles altas puntuaciones engañosas, que implicaba la evaluación de síntomas somáticos, cuyo origen se presuponía psicógeno, Zigmond y Snaith (1983), al desarrollar la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), no incluyeron ningún ítem que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos.

Además, a diferencia de otras escalas, este instrumento posee escalas derivadas de la experiencia clínica más que del análisis factorial (Ryde-Brandt, 1990). Consta de dos series de siete cuestiones –una representa la subescala de ansiedad y la otra la de depresión– siendo ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión independientes. Cada ítem es valorado según una escala tipo Likert de cuatro puntos que oscila entre 0 y 3. Los ítems pertenecientes a la escala de depresión se refieren casi exclusivamente al estado anhedónico ya que 5 de los 7 ítems componentes reflejan una incapacidad para experimentar placer, que se considera el rasgo central de la enfermedad depresiva y el mejor marcador clínico e indicador de mecanismos neurobiológicos alterados en la misma, pretendiendo la detección de trastornos del humor relativamente leves, como son aquellos que se presentan en ámbitos de asistencia no psiquiátricos. Los síntomas de ansiedad proceden de la Entrevista clínica estructurada que forma parte del sistema SCAN o Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, Examen del Estado Actual (PSE-10).

Los valores alpha de Cronbach encontrados en el presente trabajo para las dos dimensiones del HADS fueron las siguientes: en el caso de la ansiedad, .63 para la muestra de sordos, y .77 para la muestra de oyentes; en el caso de la depresión, .49 para la muestra de sordos, y .60 para la muestra de oyentes.

BIENESTAR SUBJETIVO. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

La escala de Bienestar Psicológico de Ryff está basada en un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal Ryff, (1989a, 1989b).

Para medir estas dimensiones teóricas Ryff desarrolló un instrumento conocido como “*Escalas de Bienestar Psicológico*” (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). El procedimiento empleado para su construcción es señalado como uno de sus puntos fuertes, ya que -una vez definidas teóricamente las seis dimensiones o escalas-, tres investigadores generaron 80 ítems por dimensión. Posteriormente, todos los ítems fueron evaluados en función de su ambigüedad y su ajuste a la definición de la escala. De ellos se seleccionaron 32 por escala (16 positivos y 16 negativos) (Van Dierendonck, 2004).

El banco de ítems resultante se aplicó en un estudio piloto a una muestra de 321 adultos. Tras este estudio se eliminaron los doce ítems de cada escala que mostraban, según los análisis psicométricos, peores indicadores de ajuste. El instrumento, finalmente contó con 20 ítems por escala. Dada la longitud de dicho instrumento (120 ítems en total), se han venido diseñando otras versiones más reducidas. Finalmente Ryff y Keyes (2002) desarrollaron una versión de 9 ítems por escala.

La elegida para nuestro estudio es la versión española de la Escala de Bienestar Psicológico, (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck; 2006). Presenta una buena consistencia interna, similar a la versión de nueve ítems por escala propuesta por Ryff y Keyes, (2002), mostrando además unos indicadores de ajuste a los datos. Tal y como señala Díaz et al. (2006), el nuevo instrumento reduce la longitud de las escalas originales, facilitando su aplicación en diferentes ámbitos como las organizaciones, la intervención social, la promoción de la salud, la gerontología o la psicoterapia, y, a su vez, mejora las propiedades psicométricas de la mayor parte de versiones existentes en inglés.

Esta nueva versión obtuvo una importante mejora en el nivel de ajuste del modelo teórico propuesto de seis factores y un sólo factor de segundo orden. Muestra un nivel de ajuste excelente y mejora la consistencia de la escala de crecimiento personal. La totalidad de las escalas presentaron una buena consistencia interna, con valores del α de Cronbach mayores o iguales que 0,70.

Los valores alpha de Cronbach encontrados en el presente trabajo para las dos dimensiones del bienestar psicológico fueron las siguientes: en el caso de autoaceptación, .78 para la muestra de sordos, y .82 para la muestra de oyentes; en el caso de relaciones positivas, .60 para la muestra de sordos, y .80 para la muestra de oyentes; en el caso de autonomía, .60 para la muestra de sordos, y .71 para la muestra de oyentes; en el caso de dominio del entorno, .50 para la muestra de sordos, y .66 para la muestra de oyentes; en el caso de crecimiento personal, .60 para la muestra de sordos, y .64 para la muestra de oyentes; y finalmente en el caso de propósito en la vida, .85 para la muestra de sordos, y .82 para la muestra de oyentes.

AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO. ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)

La versión original, Positive and Negative Affect Schedule, (Watson, Clark y Tellegen, 1988); se trata de una escala compuesta por 20 ítems de la que se obtiene una puntuación en afectividad positiva y otra en afectividad negativa. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, en alerta, con energía y con una participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, culpa, ira, miedo y nerviosismo

Los datos psicométricos presentados por Watson et al. (1988) sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez factorial, convergente y discriminante, manteniéndose las propiedades psicométricas aun cuando se modifican las instrucciones temporales de aplicación (por ejemplo, estado versus rasgo).

Tanto el afecto positivo como el negativo pueden ser considerados como dos dimensiones independientes y no como dos aspectos opuestos de un mismo fenómeno, (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente; 1999).

En nuestro estudio, hemos empleado la versión española del cuestionario de afecto positivo y negativo PANAS. El cuestionario incluye 20 ítems, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y 10 a la subescala de afecto negativo (AN), (Sandín e al., 1999).

Los valores alpha de Cronbach encontrados en el presente trabajo para las dos dimensiones de afectividad fueron las siguientes: en el caso del afecto positivo, .82 para la muestra de sordos, y .78 para la muestra de oyentes; en el caso de afecto negativo, .87 para la muestra de sordos, y .86 para la muestra de oyentes.

ALEXITIMIA. ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO, (TAS-20)

La Universidad de Toronto desarrolló una medida de autoinforme para medir la alexitimia, la denominada Escala de Alexitimia de Toronto -TAS- (Taylor, Ryan y Bagby, 1985). Podemos definir, desde el punto de vista etimológico dicho concepto, como la ausencia de palabras para expresar las propias emociones. Es un constructo hipotético multidimensional, formulado en la década de los setenta por Nemiah y Sifneos (1970), para describir un conjunto de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes aquejados de alteraciones psicósomáticas.

Quienes padecen altos niveles de alexitimia muestran una alteración caracterizada por: (1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional; (2) dificultad para describir sentimientos a los otros; y (3) constricción en los procesos simbólicos, expresada a través de una reducida capacidad de fantasía, rememoración y de manejo simbólico de las emociones y afectos, así como un patrón de pensamiento orientado a lo externo, preocupado por los detalles y acontecimientos externos (García Esteve, Núñez y Valdés, 1988; Martínez Sánchez, 1995; Páez y Velasco, 1993, Taylor, 1984). Estas manifestaciones son conceptualizadas dentro de un patrón o rasgo de personalidad expresado a través de un continuo que correlaciona positivamente con el neuroticismo y la depresión (Hendryx, Haviland y Shaw, 1991), y la ansiedad (Bagby, Taylor y Atkinson, 1988).

Dicho instrumento presenta fiabilidad y validez en diferentes culturas, tal y como afirman diferentes estudios (Rodrigo, Lusiardo y Normey, 1989; Sriram, Chaturvedi, Gopinath y Subbakrishna, 1987). La adaptación española del TAS-20 es una medida válida y fiable de la alexitimia, tal y como señala Martínez (1996). Tras una primera revisión (Taylor, Bagby y Parker, 1991), la última versión del instrumento, la TAS-20 (Bagby, Taylor y Parker, 1992), muestra una solución factorial compuesta por tres factores coherentes con el constructo que evalúa: (1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, (2) dificultad para describir sentimientos, y (3) pensamiento orientado a lo externo.

En nuestra investigación, no hemos empleado el TAS-20 completo. Se han seleccionado los ítems que evaluaban los siguientes dominios: dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas y dificultad para describir sentimientos, por ser estas dimensiones, en la literatura precedente, las que muestran mayor poder explicativo en su relación con los procesos de salud-enfermedad.

Los valores alpha de Cronbach encontrados en el presente trabajo para las dos dimensiones de alexitimia consideradas fueron las siguientes: en el caso del déficit de identificación emocional, .86 tanto para la muestra de sordos como para la de oyentes; en el caso de déficit de lenguaje emocional, .64 para la muestra de sordos, y .77 para la muestra de oyente

17.- Variables

17.1.- Variables sociodemográficas (comunes a población oyente y sorda)

Se valoraron, tanto en sordos como en oyentes, mediante procedimiento de autoinforme, las siguientes variables sociodemográficas con las siguientes opciones de respuesta:

- Sexo (hombre, mujer).
- Edad.
- Estado civil (soltero, casado/pareja, separado/divorciado, viudo).
- España como país de nacimiento (sí, no).

- Español como lengua del país de nacimiento (sí, no).
- Padres españoles (sí, no).
- Español como lengua de los padres (sí, no).
- Nivel educativo (primarios incompletos, primarios, bachiller/equivalente, universitarios).
- Estado auditivo (sordo, problema de audición, no sordo).
- Condición de estudiante (sí, no).
- Situación laboral actual (en activo, en paro)
- Orientación académico-laboral relacionada con el ámbito educativo-sanitario.
 - estudios relacionados con el ámbito de Educación o Salud (sí, no).
 - trabajo relacionado con el ámbito de Educación o Salud (sí, no).
- Familiares sordos (sí, no).
- Medio de comunicación de los familiares sordos (lengua oral, gestos naturales, L.S.E., no se comunican con ellos).
- Contacto en su vida académica con compañeros con discapacidad (sí, no).

17.2.- Variables que describen la naturaleza de su sordera, familiares y relativas al lenguaje (específicas para la muestra de sordos)

Se valoraron, en las personas sordas, mediante procedimiento de autoinforme, las siguientes variables sociodemográficas con las siguientes opciones de respuesta:

- Momento de detección de la sordera (primeros días del nacimiento, durante el 1º año, a partir de los 2 años, de 3 años en adelante, sordera en edad adulta).
- Grado de pérdida auditiva (leve, moderada, severa, profunda).
- Tipo de sordera (de transmisión, neurosensorial).
- Uso de ayudas técnicas:
 - Uso de audífonos (sí, no).
 - Uso del implante coclear (sí, no)
 - Edad del uso de ayudas técnicas.
- Lengua de Signos como lengua materna (sí, no).
- Padre y madre sorda (sí, no).

- Padre se comunica a través de la Lengua Oral (sí, no).
- Madre se comunica a través de la Lengua Oral (sí, no).
- Padre se comunica a través de la L.S.E. (sí, no).
- Madre se comunica a través de la L.S.E. (sí, no).
- Presencia de hermanos sordos (sí, no).
- Hermanos se comunican a través de la Lengua Oral (sí, no).
- Hermanos se comunican a través de la L.S.E. (sí, no).
- Lenguas que hablas (L.O, L.S.E., ambas).
- Lenguas que comprendes (L.O, L.S.E., ambas).
- Identificación de la lenguas que se emplean en el hogar (L.O, L.S.E., ambas).
- Identificación de la lenguas que se emplean en el centro de estudios (L.O, L.S.E., ambas).
- Formación académica en un centro de integración con más compañeros sordos (sí, no).
- Identificación de la lenguas que se emplean en el centro de trabajo (L.O, L.S.E., ambas).

Identificación de la lenguas que se emplean en el círculo próximo d amigos (L.O, L.S.E., ambas).

18.- Análisis de datos

Todos los análisis se realizaron con el SPSS 21 Statistics Package (Armonk, NY, EE.UU.). Se realizaron análisis descriptivos y análisis de consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach). Se analizaron las posibles diferencias en las variables emocionales de interés entre sordos y oyentes, realizando las correspondientes pruebas de t de Student para muestras independientes. Se valoró la relación entre las variables emocionales con las variables sociodemográficas, familiares y de lenguaje llevando a cabo pruebas de t de Student para muestras independientes, correlación de Pearson y ANOVAS de un factor (con pruebas post-hoc Sheffé) en función de la naturaleza de la variable evaluada. Se analizaron las correspondientes correlaciones entre las variables emocionales consideradas, tanto para la muestra de sordos como para oyentes, realizando los correspondientes análisis de correlación de Pearson.

III.- RESULTADOS

19.- Análisis de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.

19.1.- Características de la muestra de sordos

La muestra de personas sordas (n=146), presentan una edad media de 43,54 años (DT=12,50), con edades comprendidas entre los 17 años y los 64 años.

Del total de la muestra, un 42,5 % (n=62) son hombres y un 57,5 % (n=84) mujeres.

Respecto al estado civil, el 36,3% (n=53) son solteros, el 46,6% (n=68) están casados o viven en pareja, el 15,8% (n=23) están separados o divorciados y el 1,4% (n= 2) están viudos.

En relación a la naturaleza de la sordera, atendiendo a la localización de la lesión, al grado de pérdida auditiva y al momento de su detección, vemos que el mayor porcentaje de la muestra presenta una sordera neurosensorial, concretamente el 93,1% (n=135), con un grado de pérdida entre severo y profundo, 24,1 % (n=35) y 66,9 % (n=97) respectivamente, y que dicha sordera fue detectada alrededor de los primeros días de nacimiento y en torno al primer año de vida, con unos porcentajes de 58,6 % (n= 85) y 22,8 % (n=33) respectivamente.

El 42,8% (n=62) informan del uso de audífonos y solo el 6,2% (n= 9) llevan un implante coclear. En las Tablas 12, 13 y 14 aparece reflejada la distribución de la muestra respecto al momento de detección de la sordera (Tabla 12), al tipo de sordera y grado de pérdida auditiva (Tabla13) y al uso de ayudas técnicas (Tabla 14).

Tabla 12. Momento de detección de la sordera

MOMENTO DE DETECCIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En el nacimiento	1	,7
Primeros días	85	58,6
Durante 1º año	33	22,8
A partir 2 años	9	6,2
3 años en adelante	15	10,3

Tabla 13: naturaleza de la sordera y grado de pérdida auditiva de la muestra de personas sordas.

TIPO DE SORDERA Y GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De transmisión	8	5,5
Neurosensorial	135	93,1
Moderada	12	8,3
Severa	35	24,1
Profunda	97	66,9

Tabla 14: Uso de ayudas técnicas en la muestra de personas sordas.

USO DE AYUDAS TÉCNICAS			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SÍ	62	42,8
AUDÍFONO	NO	83	57,2
	SÍ	9	6,2
IMPLANTE	NO	136	93,8

Respecto a las características del lugar de origen de la muestra, se analizó si el país de nacimiento era España, y en el caso de que fuera otro, si se hablaba español allí, y si los padres compartían el país de origen y si hablaban español, con la intención de identificar si el español es la lengua mayoritariamente usada y comprendida en las muestras de personas, tanto sordas como oyentes.

Encontramos que un 94,5 % (n=138) había nacido en España y un 95,9 % (n=140) reconocían el español como lengua oficial en sus lugares de origen. De la totalidad de la muestra de personas sordas, 96,6% (n=140) tenían madre española, siendo el 97,9% (n=143) de los casos en los que las madres hablaban español. Respecto al padre, un 95,2 % (n=139) eran españoles y un 97,2 % (n=141) hablaban español.

Se observa por lo tanto que el español es la lengua mayoritaria en la que las personas sordas objeto de nuestra investigación se encuentran inmersas.

En relación a las variables relacionadas con el nivel educativo, tipo de estudios elegidos y situación laboral actual y naturaleza de la misma, encontramos que un 13 % (n= 19) tienen estudios primarios incompletos, un 31,5 % (n=46) estudios primarios, un 45,2 % (n= 66) poseen un nivel de bachiller o equivalente y un 10,3 % (n=15) tienen estudios universitarios.

Respecto a la situación laboral actual y a su naturaleza, se tenía un especial interés por analizar si el tipo de estudios y/o de trabajo que desempeñaban estaba relacionado con el ámbito educativo o sanitario, buscando una posible relación entre la naturaleza vocacional y/o laboral y el desarrollo de la Inteligencia Emocional.

Los resultados ponen de manifiesto que un 61,6 % (n=90) de las personas sordas estaban trabajando frente al 38,4 % (n=56) que se encontraba en paro o jubilados. Respecto a la naturaleza de sus estudios y/o trabajo, para un 32,9 % (n=48) de la muestra, su trabajo se encuentra dentro del ámbito educativo o sanitario y un 35,6 % (n=52) de los estudiantes habían recibido formación en algún aspecto relacionado con la educación o sanidad.

En relación al lenguaje, una de las variables centrales del presente trabajo, se han analizado las características lingüísticas del núcleo familiar de origen y próximo de la persona sorda y la competencia lingüística de cada sujeto.

La mayoría de las personas sordas de nuestra muestra nacen en un núcleo familiar en el que la Lengua de Signos, en un primer momento, no está presente. Así, el 83,6 % (n=122) de ellos no tienen como lengua materna la L.S.E.; solo un 15,8 % (n=23) informan de compartir la L.S.E. como lengua materna con sus padres desde el nacimiento.

Analizando su núcleo familiar inmediato, el porcentaje mayor lo encontramos en padres y madres que no son sordos, un 87,7 % (n=128) y 89% (n=129) respectivamente. Solo se pudieron encontrar 43 (29,5%) padres y 43 (29,7%) madres que hablaran en L.S.E. y 18 (12,3%) padres y 16 (11%) madres que compartieran la condición de sordera con sus hijos.

Respecto a los hermanos, tal y como puede observarse en la Tabla 15, encontramos que en un 29,7% (n=43) la muestra tiene hermanos sordos.

El 70,3 % (n=102) de las personas sordas no tenían hermanos sordos. EL 78,5 % (n =102) de las personas sordas hablaba en Lengua Oral y un 44,6 % (n =58) había logrado hablar en L.S.E. con los hermanos que eran sordos y hablaban en L.S.E. y con los hermanos que no eran sordos pero que habían desarrollado competencia en L.S.E. Respecto a la existencia de otros familiares sordos, un 70,3 % (n=102) no tenían más personas sordas en su entorno familiar próximo con las que relacionarse y solo el 29,7 % (n=43) de ellas se comunicaban en L.S.E.

Tabla 15. Descripción de núcleo familiar próximo en el entorno sordo. Vínculo: hermanos.

HERMANOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HERMANOS SORDOS	43	29,7
HERMANOS L.O.	102	78,5
HERMANOS L.S.E.	58	44,6

En relación al propio contacto de las personas sordas con otros compañeros con discapacidad, el 62,9 % (n=88) cursó estudios en un centro de integración con más compañeros sordos.

Siguiendo con el análisis de la competencia lingüística en la muestra de personas sordas, encontramos que un 64,8 % (n=94) reconoce poder expresarse en L.S.E. y en L.O., lo que no se determina es la competencia exacta en L.O. (ver tabla 16)

Algo mayor es el porcentaje de personas sordas que afirman comprender ambas lenguas (73,6%, n=106), aunque señalamos el mismo dato, no determinamos el grado de competencia lingüística desarrollada en L.O.

Tabla 16. Competencia lingüística de las personas sordas.

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
HABLA	L.O	5	3,4
	L.S.E.	46	31,7
	AMBAS	94	64,8
COMPRENDE	L.O	5	3,5
	L.S.E.	33	22,9
	AMBAS	106	73,6

Respecto a los usos lingüísticos y a los contextos en los que se producen los intercambios comunicativos de forma mayoritaria, como son el hogar, el trabajo y/o el centro de estudios (ver Tabla 17), hay un mayor uso de la L.S.E. así, frente al (21.7%, n=31), usaban la lengua oral en el hogar, frente al 39,2% (n=56) que empleaban la L.S.E. en el hogar. Un 24,3% (n=27) usaban la lengua oral en su centro de estudios, mientras que 31,5% (n= 35), empleaban la L.S.E. En el ámbito laboral, un 16,5% (n=20) informaban del uso de la L.S.E., mientras que el 39,7% (n=48) usaban la lengua oral.

Aunque un porcentaje alto afirma usar ambas lenguas en el hogar (39,2%, n= 56): en el centro de estudios (44,1%, n=49) y en el trabajo (43,8%, n=53).

Sin embargo, en uno de los núcleos socio-afectivos más importantes, como es el círculo próximo de amigos, la lengua mayoritariamente usada en la L.S.E (49,3%, n= 71); frente al 3,5% (n=5) de las personas sordas que emplean únicamente la Lengua Oral

para comunicarse con sus amigos. Un 47,2% (n=68) informa que emplea ambas lenguas para relacionarse con sus amigos.

Tabla 17. Contextos de los usos lingüísticos de las personas sordas.

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y CONTEXTOS			
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
LENGUA ORAL	HOGAR	31	21,7
	CENTRO DE ESTUDIOS	27	24,3
	TRABAJO	48	39,7
	AMIGOS	5	3,5
LENGUA DE SIGNOS	HOGAR	56	39,2
	CENTRO DE ESTUDIOS	35	31,5
	TRABAJO	20	16,5
AMBAS	AMIGOS	71	49,3
	HOGAR	56	39,2
	CENTRO DE ESTUDIOS	49	44,1
	TRABAJO	53	43,8
	AMIGOS	68	47,2

19.2.- Características de la muestra de personas oyentes.

La edad medida de la muestra de oyentes es de 41,17 años (DT=11,64), con un mínimo de 17 y un máximo de 64 años.

El 34,9 % (n=51) de las personas oyentes eran hombres y el 65,1 % (n=95) mujeres.

Respecto al estado civil, el 36,3 % (n=53) son solteros; el 57,5% (n=84) están casados o en pareja; el 5,5% (n=8) están separados o divorciados y el 0,7 % (n=1) es viudo.

Un 94,5% (n=138) de la población oyente evaluada ha nacido en España, el 95,2 % (n=139) hablan español y es la lengua oficial de su lugar de nacimiento, el 93,2 % (n=136) tienen madres españolas y de las madres de los oyentes muestreados, un 96,6 % (n=141) hablan en español; el 92,5 % (n=135) tienen padres españoles y de los padres de los oyentes muestreados, el 95,9 % (n=140) hablan español.

Respecto al nivel educativo, tipo de estudios elegidos, situación laboral actual y naturaleza de la misma, encontramos que en la muestra de personas oyentes un 0,7 % (n=1) no había completado sus estudios primarios, un 2,1 % (n=3) informaba de poseer estudios primarios, un 34,2 % (n=50) habían alcanzado el nivel de bachiller o equivalente, y un 63 % (n=92) poseían titulación universitaria.

Respecto a la situación laboral actual, un 87,7 % (n=128) de oyentes se encuentran en activo, frente al 12,3 % (n=18) en paro o jubilados. En relación a la naturaleza de

estudios y trabajo, un 44,5 % (n=65) de las personas que estudian vinculan su formación en dichos ámbitos, y un 50 % (n=73) trabaja en esas áreas.

Por último, analizando el posible contacto que las personas oyentes podían tener con otras personas sordas en particular, en su núcleo familiar, y con otras discapacidades, encontramos que un 68,5% (n=100) no tienen otros familiares sordos. De las personas oyentes que tenían algún familiar sordo, un 80,9% (n=38) se comunicaba a través de la lengua oral con él y un 6,4% (n=3) a través de gestos naturales.

Un 61,6% (n=90) no habían estudiado con ningún compañero que presentara alguna discapacidad.

20.- Diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas entre sordos y oyentes.

La muestra de personas sordas y oyentes, iguales en número, por el propio procedimiento de muestreo empleado, no presentan diferencias significativas en relación a las variables de edad ($p=,095$) y sexo ($p=,186$) (ver Tabla 18 y 19, figura 9).

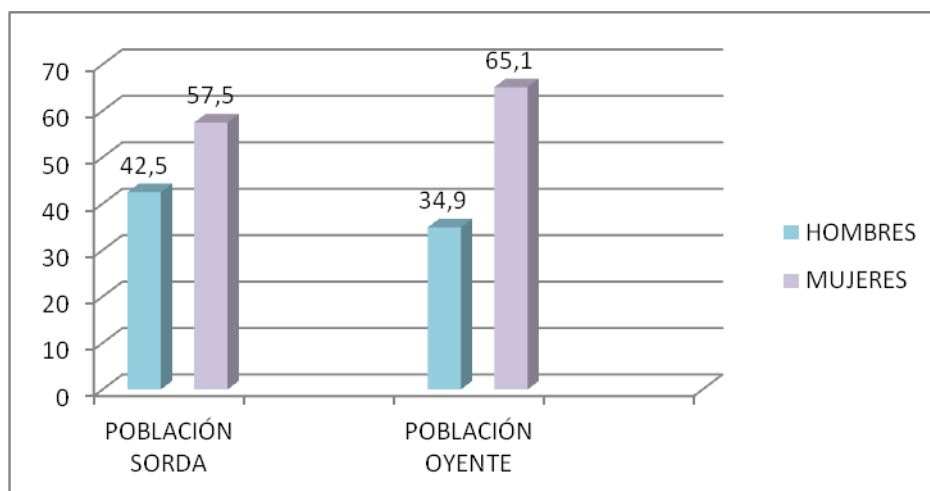
Tabla 18. Comparación de edades en ambas muestras

EDAD		Mínimo	Máximo	Media	D.T.	t	p
		sordos	17	66	43,54	12,50	1,67
	oyentes	17	64	41,17	11,64		

Tabla 19. Comparación de sexo en ambas muestras

SEXO	Frecuencia		X^2	p		
	sordos	H 62			1,74	,186
		M 84				
	oyentes	H 51				
M 95						

Figura 9. Distribución por sexo en ambas muestras de estudio.



Respecto al estado civil de sordos y oyentes, se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 9,27$, $p=,026$). Aunque ambas muestras coinciden en la frecuencia de personas solteras (36,3%, $n=53$), la muestra de oyentes presenta mayores porcentajes (57,5%, $n=84$) de casados que la muestra de sordos (46,6 %, $n= 68$). Respecto a los casos de separado/divorciado, la muestra de sordos (15,8%, $n=23$) supera en un 10,3% el número de casos respecto a la de oyentes (5,5%, $n=8$). En la condición de viudedad, coinciden casi en el número, presentando los sordos (1,4%, $n=2$), únicamente un caso más que los oyentes (0,7%, $n=1$).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en el posible contacto con otras personas sordas, en particular, y con otras discapacidades en general.

En relación al lugar de origen de las personas sordas, de sus padres y de la lengua materna empleada, encontramos similares resultados respecto a la población oyente, no encontrando, por lo tanto, diferencias estadísticamente significativas. En ambas muestras, se puede determinar España como país de origen, del propio sujeto que participa en el estudio, de sus padres y se puede identificar el español como lengua oficial del lugar y núcleo familiar de origen.

Sin embargo, existen claras diferencias significativas en cuanto a la competencia y grado de dominio de la Lengua Oral, como sistema no sólo de comunicación entre las personas, sino también de representación de la realidad, a favor de la muestra de personas oyentes. Mientras que la población oyente presenta un uso y comprensión del 100% de la L.O; la población sorda informa de un uso exclusivo en el habla de la L.O. del 3,4% (n=5) y una comprensión exclusiva de la L.O del 3,5% (n=5). Solo se observa un caso de una persona oyente muestreada que se comunique en L.S.E. con algún familiar sordo.

Otro grupo de variables dónde se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras es el relativo al nivel de estudios, tipo de estudios y situación laboral actual.

Respecto al nivel de estudios ($X^2=111,55$, $p<.000$), dentro de la muestra de personas sordas, un 13% (n=19) tienen estudios primarios incompletos frente al 0,7 % (n= 1) de la muestra de personas oyentes. Igualmente, se perciben importantes diferencias si se analiza el porcentaje de personas con estudios universitarios superiores en la muestra de sordos (10,3 %, n=15) y en la muestra de oyentes (63%, n=92). La acumulación de casos la encontramos en la muestra de sordos en los niveles de estudios primarios y de bachiller o equivalente (76,7%, n= 112) y en la muestra de oyentes, en los niveles de bachiller o equivalente y estudios superiores universitarios (97,2%, n= 142). La comparación entre la distribución de frecuencias en ambos grupos puede verse en la Tabla 20.

Tabla 20. Comparación de nivel de estudios entre sordos y oyentes.

NIVEL EDUCATIVO						
	SORDOS		OYENTES		X^2	p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Primarios incompletos	19	13	1	,7	111,55	,000
Primarios	46	31,5	3	2,1		
Bachiller o equivalente	66	45,2	50	34,2		
Universitarios	15	10,3	92	63		

Si analizamos la situación laboral en la que se encuentran sordos y oyentes, se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2=26,13$, $p<.000$). En concreto, el 87,7 % (n=128) de oyentes están en activo frente al 61,6 % (n=90) de sordos.

En relación a si el tipo de estudios y/o trabajo estaba relacionado con el ámbito educativo y/o sanitario, encontramos diferencias significativas entre ambas muestras ($X^2=8,82$; $p=.003$). Así, en la muestra de oyentes encontramos un 50% (n=73) de personas cuyo trabajo está relacionado con dichos ámbitos y un 44,5 % (n=65) a nivel de estudios. En la muestra de sordos, el porcentaje es menor: un 32,9% (n=48) informaban de que su trabajo se encontraba dentro del ámbito educativo o sanitario, y un 35,6% (n=52) de estudiantes sordos, se formaron en algún aspecto relacionado con la educación o sanidad, (ver Tabla 21).

Tabla 21. Situación y orientación académico-laboral de personas sordas y oyentes

SITUACIÓN ACADÉMICO-LABORAL					
		frecuencia	Porcentaje	X^2	p
EN ACTIVO	sordos	90	61,6	26,137	,000
	oyentes	128	87,7		
EN PARO/JUBILADOS	sordos	56	38,4		
	oyentes	18	12,3		
ORIENTACIÓN ACADÉMICA: EDUCACIÓN, SALUD	sordos	52	35,6	2,410	,121
	oyentes	65	44,5		
ORIENTACIÓN LABORAL: EDUCACIÓN, SALUD	sordos	48	32,9	8,820	,003
	oyentes	73	50		

21.- Diferencias en las variables emocionales objeto de estudio entre sordos y oyentes.

Tras los análisis realizados a partir de la comparación de medias de las muestras de sordos y oyentes con la prueba t de Student para muestras independientes, en relación a las variables emocionales objeto de estudio.

En la Tabla 22 se muestran las diferencias significativas encontradas. Como puede observarse, se encuentran diferencias significativas en todas las variables emocionales consideradas a excepción de las tres dimensiones de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación emocional). En relación a la afectividad positiva y negativa, el grupo de personas sordas presenta mayores puntuaciones en ambos casos que las personas oyentes ($X= 36,22$ frente a $X= 34,25$ en el caso del afecto positivo, y $X= 24,63$ frente a $X= 21,59$ en el caso del afecto negativo).

Respecto a las variables de bienestar, el grupo de personas oyentes presenta en todas las dimensiones mayores puntuaciones, en relaciones positivas ($X= 4,84$ frente a $X=4,01$), autonomía ($X=4,33$ frente a $X=3,96$), dominio del entorno ($X= 4,52$ frente a $X=3,99$), crecimiento personal ($X=4,88$ frente a $X=4,17$) y propósito de vida ($X=4,46$ frente a $X=4,22$).

El grupo de personas sordas presenta, de manera estadísticamente significativa, mayores puntuaciones que el grupo de oyentes en déficit de identificación emocional ($X=21,63$ frente a $X=14,37$), e igualmente mayores puntuaciones en déficit de lenguaje emocional ($X=16,40$ frente a $X=12,84$).

Respecto a las variables que nos informan acerca de estados emocionales negativos como son la ansiedad y la depresión, encontramos también diferencias significativas. La población sorda presenta mayores niveles de ansiedad ($X= 8,04$) que la muestra de oyentes ($X=6,60$) e igualmente mayores niveles de depresión ($X=5,00$) que la muestra de oyentes ($X=3,27$).

Tabla 22. Diferencias significativas en las variables emocionales de estudio, respecto a sordos y oyentes.

Variab les emocionales	Grupo	Media x	Desviación típica σ	t	gl	p
Afecto positivo	Sordos	36,22	7,22	2,55	288	,011
	Oyentes	34,25	5,82			
Afecto negativo	Sordos	24,63	7,40	3,65	288	,000
	Oyentes	21,59	6,72			
Relaciones positivas	Sordos	4,01	,71	-8,67	289	,000
	Oyentes	4,84	,92			
Autonomía	Sordos	3,96	,75	-3,89	289	,000
	Oyentes	4,33	,86			
Dominio del entorno	Sordos	3,99	,72	-6,007	289	,000
	Oyentes	4,52	,77			
Crecimiento personal	Sordos	4,17	,93	-7,16	289	,000
	Oyentes	4,88	,73			
Propósito de vida	Sordos	4,22	1,08	-2,03	289	,043
	Oyentes	4,46	,88			
Déficit de identificación emocional	Sordos	21,63	7,07	9,45	289	,000
	Oyentes	14,37	5,97			
Déficit de lenguaje emocional	Sordos	16,40	4,65	6,32	289	,000
	Oyentes	12,84	4,95			
Ansiedad	Sordos	8,04	3,21	3,81	290	,000
	Oyentes	6,60	3,19			
Depresión	Sordos	5,00	2,67	5,80	289	,000
	Oyentes	3,27	2,40			

22.- Relaciones entre las variables emocionales y las características sociodemográficas y clínicas en la muestra de sordos. Diferencia respecto a la muestra de oyentes.

22.1.- Muestra de personas sordas.

A continuación, pasamos a presentar los resultados obtenidos tras analizar si las variables emocionales y el resto de variables asociadas al lenguaje difieren o no en función de las variables sociodemográficas elegidas para nuestra investigación.

El análisis de los resultados ofrece una correlación significativa entre las variables de edad de la persona y de la edad del uso del audífono de naturaleza positiva ($r^2 = ,337$; $p = ,007$). Es decir, parece detectarse un uso tardío del audífono, relacionado con la edad de las personas, de manera que las personas más mayores iniciaron su uso con mayor edad. No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al implante coclear.

Si analizamos la relación que existe entre la edad de las personas sordas y el conjunto de variables emocionales que componen nuestro estudio, encontramos una relación significativa negativa entre la edad y la reparación emocional ($r^2 = -,190$; $p = ,022$). Se observa igualmente una tendencia a la significación en la correlación entre la dimensión de bienestar “crecimiento personal” y la edad ($r^2 = -,155$; $p = ,062$).

Respecto al sexo y su relación con las variables emocionales en la muestra de personas sordas, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en afecto positivo ($t = -,667$; $p = ,036$), dominio del entorno ($t = -3,12$; $p = ,002$), y crecimiento personal ($t = -2,89$; $p = ,004$). En todos los casos, y como puede apreciarse en la Tabla 23, las mujeres presentan puntuaciones superiores a los hombres, a excepción de en de depresión.

Respecto a la depresión, también se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($t = 1,92$; $p = ,057$), con mayores puntuaciones en el caso de los varones ($X=5,48$, frente a $X=4,64$ de las mujeres).

Tabla 23. Relaciones significativas de variable sexo con las variables emocionales.

	Sexo	X	σ	T	gl	p
Afecto positivo	Hombre	34,73	7,03	-,667	142	,036
	Mujer	37,28	7,20			
Dominio del entorno	Hombre	3,79	,61	-3,12	141,96	,002
	Mujer	4,15	,76			
Crecimiento personal	Hombre	3,92	,96	-2,89	143	,004
	Mujer	4,36	,87			
Depresión	Hombre	5,48	2,50	1,92	137,63	,057
	Mujer	4,64	2,74			

No se encontraron relaciones significativas en relación al estado civil respecto a las variables emocionales.

Analizamos también la relación existente entre la variable de Lengua de Signos como lengua materna y las variables emocionales. Tras los datos obtenidos, se observan relaciones significativas entre el déficit de lenguaje emocional y la L.S.E. como lengua materna, a favor de las personas que informaban de contar con la L.S.E. como lengua materna con una ($X=18,18$), frente a las personas sordas que no informaban de tener la L.S.E. como lengua materna ($X=16,05$). Respecto al déficit de identificación emocional, encontramos una tendencia a la significación en relación con informar de la L.S.E. como lengua materna, ($t=1,92$; $p=,067$), con una ($X= 24,13$) de las personas que sí contaban con la L.S.E. como lengua materna, frente a la ($X= 21,16$) que no tenía la L.S.E. como lengua materna.

En relación al nivel educativo, se observan relaciones estadísticamente significativas con crecimiento personal ($F =4,51$; $p = ,005$), relaciones positivas ($F =5,85$; $p = ,001$), identificación emocional ($F =5,30$; $p = ,002$) y déficit de lenguaje emocional ($F =2,87$; $p=,038$).

Igualmente, se observa tendencia a la significación respecto a depresión ($F =2,56$; $p=,057$) y en dominio del entorno ($F= 2,44$; $p = .067$), (ver tabla 24).

La prueba post-hoc de Scheffé pone de manifiesto que en crecimiento personal las personas con nivel educativo de estudios primarios incompletos poseen menores puntuaciones que aquellas con nivel educativo a nivel universitario ($X=3,84$ frente a $X=4,86$); al igual que las personas sordas con estudios primarios poseen menores puntuaciones que aquellas con estudios universitarios ($X=3,99$ frente a $X=4,86$). Respecto a las relaciones positivas, el grupo con estudios primarios presenta menores puntuaciones que el grupo con estudios universitarios ($X=3,85$ frente a $X=4,68$); de la misma manera que el grupo con estudios de bachillerato o equivalente frente al universitario ($X=3,94$ frente a $X=4,68$). En relación al déficit de identificación emocional, las personas con estudios primarios incompletos presentan menores puntuaciones en comparación con las personas sordas con estudios universitarios ($X=25,15$ frente a $X=17,40$) y las personas sordas con estudios primarios completos también obtienen menores puntuaciones en comparación con los sordos universitarios ($X=23,33$ frente a $X=17,40$).

Tabla 24. Relaciones significativas entre el nivel educativo de las personas sordas y las variables emocionales del estudio.

NIVEL EDUCATIVO					
VARIABLES		X	DT	F	p
RELACIONES POSITIVAS	Primarios incompletos	4,05	,75	5,85	,001
	Primarios completos	3,85	,61		
	Bachillerato/equivalente	3,94	,65		
	Universitarios/superiores	4,68	,83		
DOMINIO DEL ENTORNO	Primarios incompletos	3,78	,82	2,44	,067
	Primarios completos	3,95	,58		
	Bachillerato/equivalente	3,99	,75		
	Universitarios/superiores	4,42	,74		
CRECIMIENTO PERSONAL	Primarios incompletos	3,84	,96	4,51	,005
	Primarios completos	3,99	,82		
	Bachillerato/equivalente	4,23	,93		
	Universitarios/superiores	4,86	,91		
DEPRESIÓN	Primarios incompletos	5,84	3,13	2,56	,057
	Primarios completos	5,17	2,83		
	Bachillerato/equivalente	5,00	2,40		
	Universitarios/superiores	3,40	2,19		
DÉFICIT DE IDENTIFICACIÓN EMOCIONAL	Primarios incompletos	25,15	5,62	5,30	,002
	Primarios completos	23,33	6,09		
	Bachillerato/equivalente	20,42	7,16		
	Universitarios/superiores	17,40	8,21		
DÉFICIT DE LENGUAJE EMOCIONAL	Primarios incompletos	17,47	3,35	2,87	,038
	Primarios completos	17,64	3,53		
	Bachillerato/equivalente	15,69	4,80		
	Universitarios/superiores	14,46	7,02		

Profundizando en este ámbito, se intentó analizar si la orientación académica y laboral vinculada al ámbito sanitario o educativo, podía tener influencia en las variables emocionales consideradas (ver Tabla 25). Los resultados ponen de manifiesto que el tipo de estudios se relaciona de forma significativa con la atención emocional ($t = 1,92$ y $p = ,05$), claridad emocional ($t = 3,33$ y $p = ,001$), reparación emocional ($t = 2,75$ y $p = ,007$), afecto positivo ($t = 2,10$ y $p = ,037$), autoaceptación ($t = 3,18$ y $p = ,002$), relaciones positivas ($t = 2,42$ y $p = ,016$), crecimiento personal ($t = 2,68$ y $p = ,008$) y propósito de vida ($t = 3,42$ y $p = ,001$).

En el caso en el que el trabajo de las personas sordas se enmarcara en salud o educación, encontramos relaciones significativas con atención emocional ($t = 2,40$ y $p = ,018$), claridad emocional ($t = 2,50$ y $p = ,014$) y propósito de vida presenta tendencia a la significación ($t = 1,95$ y $p = ,053$).

Por lo tanto, las personas sordas que orientan sus estudios y desempeñan su trabajo en ámbitos relacionados con la educación y/o salud, presentan mejores niveles de Inteligencia emocional y de bienestar. Las personas sordas que desarrollan estudios en dichos ámbitos presentarían mejores puntuaciones en las variables de inteligencia emocional: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional con unas medias de ($X = 28,50$; $X = 30,19$ y $X = 30,52$), respectivamente. Y las personas que desarrollan su trabajo en dichos ámbitos, poseen mayores puntuaciones en dos de las dimensiones de Inteligencia Emocional, como son la atención y claridad, con una medias de ($X = 28,87$ y $X = 29,66$), respectivamente; al igual que tendrían mayores puntuaciones en propósito de vida ($X = 4,47$) frente a las personas sordas que no desarrollan ningún trabajo relacionado con la educación y/o salud, con una media de ($X = 4,10$).

Tabla 25. Relaciones entre naturaleza de estudios y trabajo y variables emocionales en personas sordas.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON EDUCACIÓN O SALUD.	Educación	X	σ	gl	t	p
	Sanidad					
Atención emocional	Sí	28,50	7,33	142	1,92	,05
	No	26,14	6,76			
Claridad emocional	Sí	30,19	6,33	143	3,33	,001
	No	26,32	6,84			
Reparación emocional	Sí	30,52	6,11	118,15	2,75	,007
	No	27,39	7,24			
Afecto positivo	Sí	37,94	7,22	142	2,10	,037
	No	35,30	7,08			
Autoaceptación	Sí	4,58	1,09	143	3,18	,002
	No	4,03	,96			
Relaciones positivas	Sí	4,19	,83	143	2,42	,016
	No	3,90	,61			
Crecimiento personal	Sí	4,44	,99	143	2,68	,008
	No	4,02	,86			
Propósito de vida	Sí	4,62	1,03	143	3,42	,001
	No	4,00	1,05			
TIPO DE TRABAJO						
Atención emocional	Sí	28,87	6,54			
	No	26,01	7,10	101,28	2,34	,018
Claridad emocional	Sí	29,66	6,57			
	No	26,71	6,88	97,90	2,50	,014
Propósito de vida	Sí	4,47	1,08			
	No	4,10	1,07	143	1,93	,053

No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al hecho de que las personas sordas estudiaran en un centro de integración con más personas sordas y las variables emocionales de nuestro estudio.

Los análisis acerca de su núcleo familiar más próximo, analizando la condición de sordera de padre, madre, hermanos y algún familiar cercano, y si esos familiares se comunicaban con ellos en L.S.E, arrojan los siguientes resultados:

El que la madre fuera sorda, se relaciona con el afecto positivo ($t=2,73$; $p=,013$) a favor de las personas sordas que informaban de tener una madre sorda ($n=16$), con una ($X=40$). Se encontraban relaciones positivas con ansiedad ($t = 2,30$; $p = ,031$), de manera que las personas sordas que tenían madre sorda obtenían mayores puntuaciones en ansiedad ($X=9,37$). Se observaba, igualmente, tendencias a la significación en atención emocional ($t= 1,94$; $p = ,064$), observándose mayores puntuaciones en las personas sordas que informaban de tener una madre sorda ($X=29,50$).

Sin embargo, el tener un padre sordo, solo se asocia significativamente con la ansiedad ($t = 2,36$; $p = ,025$;) observándose que las personas sordas que tenían padre sordo presentan mayor ansiedad que aquellas que no lo tenían ($X=9,22$) (ver Tabla 26).

Tabla26. Relaciones significativas de la condición de sordera en padres de hijos sordos.

PADRES SORDOS							
			N	X	D.T.	t	p
AFECTO POSITIVO	Madre sorda	Sí	15	40,00	5,43	2,73	,013
		no	129	35,78	7,29		
	Padre sordo	Sí	17	36,52	8,39	,186	,853
		no	127	36,18	7,08		
ANSIEDAD	Madre sorda	Sí	16	9,37	2,27	2,30	,031
		no	129	7,90	3,27		
	Padre sordo	Sí	18	9,22	2,07	2,36	,025
		no	128	7,87	3,31		
ATENCIÓN EMOCIONAL	Madre sorda	Sí	16	29,50	5,27	1,94	,064
		no	128	26,64	7,17		
	Padre sordo	Sí	18	28,27	6,07	,95	,348
		no					

El mayor número de relaciones significativas se observan al relacionar la variable de lenguaje, si se comunican y comprenden L.S.E, con las variables emocionales. Respecto a si la madre hablaba en L.O, no se observaron relaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables emocionales consideradas

Cuando atendemos al hecho de que la madre se comunique con ellos en L.S.E., encontramos relaciones significativas respecto al afecto negativo ($t = 2,74$; $p = ,007$), la autonomía ($t = -3,10$; $p = ,002$), la ansiedad ($t = 2,48$; $p = ,015$) y al déficit de identificación emocional ($t = 2,45$; $p = ,015$); observándose mayores puntuaciones en afecto negativo ($X=27,21$ frente a $X=23,56$), ansiedad ($X=9,00$ frente a $X=7,67$) y en déficit de identificación emocional ($X=23,71$ frente a $X=20,62$), en el caso de que la madre se comunique con ellos en LSE respecto a que no lo haga. En relación a la autonomía de las personas sordas, presentan mayores puntuaciones aquellas que informan de tener una madre que no se comunica con ellos a través de la L.S.E., ($X= 4,08$ frente a $X=3,66$) (ver Tabla 27).

Cuando analizamos el hecho de que sea el padre el que se comunique con la persona sorda evaluada a través de la L.S.E., encontramos diferencias significativas en relación al afecto negativo ($t = 2,93$; $p = ,004$), la autonomía ($t = -2,72$; $p = ,007$), la ansiedad ($t = 2,97$; $p = ,004$), la identificación emocional ($t = 2,15$; $p = ,033$), el déficit de lenguaje emocional ($t = 2,09$; $p = ,040$) y la depresión ($t = 3,07$; $p = ,003$).

De tal manera que, las personas sordas que informaban de tener un padre que se comunicaba con ellos a través de la L.S.E., presentaban mayores puntuaciones en afecto negativo ($X=27,38$) frente a las personas sordas que sus padres no se comunicaban a través de la L.S.E.; en déficit de identificación emocional ($X=23,59$ frente a $X= 20,83$); en déficit de lenguaje emocional ($X=17,64$ frente a $X= 15,90$) y en depresión ($X=6,02$ frente a $X= 4,57$). Al contrario que en autonomía, las personas sordas con padre que se comunicaba con ellos en L.S.E. presentaban menores niveles de autonomía ($X=4,07$ frente a $X= 3,70$).

En relación con la existencia de hermanos sordos, se observan relaciones significativas respecto a la depresión ($t = -2,43$ y $p = ,016$). Es decir, las personas que tienen hermanos sordos presentan menores niveles de depresión que aquellas que no las tienen ($X=5,35$ frente a $X= 4,18$); El que sus hermanos se comuniquen con ellos en L.S.E sí parece establecer diferencias significativas en atención emocional ($t=2,04$ y $p=,043$), observándose mayores puntuaciones en atención emocional aquellas personas sordas que tienen hermanos que se comunican con ellos en L.S.E. ($X=28,29$ frente a $X= 25,86$). Cuando los hermanos se comunican en L.O, las relaciones significativas se producen en dominio del entorno ($t = 2,28$ y $p = ,024$), observándose que las personas sordas que tienen hermanos que se comunican con ellos en L.O presentan mayores puntuaciones y un mayor dominio del entorno ($X=4,04$ frente a $X= 3,68$).

No se observan diferencias significativas en ninguna de las variables emocionales consideradas en relación a la presencia de otro familiar que sea sordo y que hable en L.S.E.

Tabla 27. Relación lengua de los padres con las variables emocionales.

MADRE/PADRE		X	σ	T	gl	p
L.S.E						
AFECTO NEGATIVO	M	Sí (27,21)	8,08	2,74	142	,007
		No (23,56)	6,86			
	P	Sí (27,38)	8,23	2,93	142	,004
		No (23,50)	6,75			
AUTONOMÍA	M	Sí (3,66)	,69	-3,10	142	,002
		No (4,08)	,75			
	P	Sí (3,70)	,69	-2,82	82,84	,006
		No (4,07)	,75			
DÉFICIT DE IDENTIFICACIÓN EMOCIONAL	M	Sí (23,71)	7,25	2,45	142	,015
		No (20,62)	6,70			
	P	Sí (23,59)	7,20	2,15	143	,033
		No (20,83)	6,90			
DÉFICIT LENGUAJE EMOCIONAL	M	Sí (17,64)	4,49	2,09	78,51	,040
		No (15,90)	4,64			
ANSIEDAD	M	Sí (9,00)	2,74	2,48	98,81	,015
		No (7,67)	3,31			
	P	Sí (9,09)	2,44	2,97	108,02	,004
		No (7,60)	3,39			
DEPRESIÓN	P	Sí (6,02)	2,72	p 3,07	144	,003
		No (4,57)	2,54			

Ampliando el análisis de datos en relación al lenguaje, se detallan a continuación, los resultados relativos a la competencia lingüística de las personas sordas y su relación con las variables emocionales.

Respecto a la lengua hablada, encontramos relaciones significativas con atención emocional ($F = 4,81$; $p = ,009$), relaciones positivas ($F = 3,51$; $p = ,032$) y depresión ($F = 3,14$; $p = ,046$); y con tendencia a la significación en reparación emocional ($F = 2,93$; $p = ,056$) y en crecimiento personal ($F = 3,01$; $p = ,052$), (ver Tabla 28).

Se realizaron los correspondientes análisis post-hoc, a través de la prueba Scheffé. Respecto a la atención emocional, se observan mayores puntuaciones en las personas que hablan ambas lenguas, L.O. y L.S.E. ($X=27,71$), respecto a las que hablan sólo lengua oral ($X=18,20$) y sólo L.S.E. ($X=26,37$). En la misma línea, las personas que usaban ambas lenguas, obtenían mayores puntuaciones en relaciones positivas ($X=4,80$) respecto al uso de la L.O ($X= 3,99$) y al uso de la L.S.E. ($X=3,95$).

El uso de la lengua oral producía mayor reparación emocional y crecimiento personal. Aunque sus correspondientes análisis post-hoc no resultaran significativos, las personas sordas que usaban la lengua oral para comunicarse, obtenían mayores puntuaciones en dichas dimensiones. Así constatamos, en crecimiento personal, ($X= 4,40$) ante el uso de la L.O., frente al uso de la L.S.E. ($X= 3,89$) y ($X=4,29$) en el uso de ambas lenguas. En relación a reparación emocional, las personas sordas que usaban la L.O. obtenían mayores puntuaciones ($X= 29,80$) frente a las que usaban la L.S.E. ($X= 26,45$) y a las que usaban ambas lenguas ($X=29,42$).

El uso de la L.S.E. se relacionaba con mayores índices de depresión. Aunque sus correspondientes análisis post-hoc no resultaran significativos, las personas sordas que usaban la L.S.E., como único medio para comunicarse, presentaban mayores índices de depresión ($X=5,60$), frente a las que usaban ambas lenguas ($X=4,82$) y a las que usaban la L.O ($X=2,80$).

Respecto a las lenguas que comprenden las personas sordas, tal y como se observa en la Tabla 28, encontramos relaciones positivas con atención emocional, con reparación emocional, con afecto negativo, con relaciones positivas, con crecimiento personal y con depresión.

De tal manera que, tras los posteriores análisis post-hoc, encontramos las siguientes relaciones. Las personas sordas, que comprendían la lengua oral y la L.S.E., reflejaban una mayor atención emocional ($X=27,66$), frente a las que sólo comprendían la L.O. ($X=17,40$) y las que sólo comprendían la L.S.E. ($X=26,25$). También presentaban una mayor reparación emocional ($X=28,45$), frente a la mera comprensión de la L.O. ($X=24,40$) y a la comprensión de la L.S.E. ($X=25,87$). En la misma línea, obtienen mayores puntuaciones en crecimiento personal ($X=4,31$), frente a las personas sordas que sólo comprenden la L.S.E. ($X=3,69$) y a las que sólo comprenden la L.O. ($X=4,20$).

Mayores relaciones positivas se relacionaban con la comprensión de la L.O. ($X=4,52$), frente a las que sólo comprendían la L.S.E. ($X=3,78$) y ambas lenguas ($X=3,69$).

Las personas que únicamente comprendían la L.S.E., presentaban un mayor índice de depresión ($X=6,45$) frente a las que comprendían la L.O. ($X=3,40$) y respecto a la comprensión de ambas lenguas ($X=4,66$). Al igual que en relación al desarrollo de afecto negativo, relacionado con la exclusiva comprensión de la L.S.E. ($X=27,96$), frente a la comprensión de la L.O. ($X=20,60$) y de ambas lenguas ($X=23,79$).

Tabla 28. Relaciones significativas de la competencia lingüística de las personas sordas con las variables emocionales.

LENGUAS HABLADAS					
	LENGUAS	X	D.T	F	p
Atención emocional	L.O	18,20	9,36	4,81	,009
	L.S.E.	26,37	7,29		
	Ambas	27,71	6,49		
Reparación emocional	L.O	29,80	9,54	2,93	,056
	L.S.E.	26,45	8,51		
	Ambas	29,42	5,83		
Relaciones positivas	L.O	4,80	,61	3,51	,032
	L.S.E.	3,99	,63		
	Ambas	3,95	,71		
Crecimiento personal	L.O	4,40	1,03	3,01	,052
	L.S.E.	3,89	,92		
	Ambas	4,29	,91		
Depresión	L.O	2,80	2,16	3,14	,046
	L.S.E.	5,60	2,79		
	Ambas	4,82	2,58		
LENGUAS QUE COMPRENDES					
Atención emocional	L.O	17,40	8,56	5,64	,004
	L.S.E.	26,25	8,11		
	Ambas	27,66	6,31		
Reparación emocional	L.O	25,40	11,43	4,68	,011
	L.S.E.	25,72	8,65		
	Ambas	29,61	5,84		
Afecto negativo	L.O	20,60	7,43	5,01	,008
	L.S.E.	27,96	8,11		
	Ambas	23,79	6,91		
Relaciones positivas	L.O	4,52	,87	3,12	,047
	L.S.E.	3,78	,38		
	Ambas	4,02	,74		
Crecimiento personal	L.O	4,20	1,31	5,79	,004
	L.S.E.	3,69	,92		
	Ambas	4,31	,88		
Depresión	L.O	3,40	1,40	7,17	,001
	L.S.E.	6,45	,44		
	Ambas	4,66	,24		

Posteriormente, se analizaron los contextos donde se usaban dichas lenguas. Se estudió el hogar, el centro de trabajo y estudios y el círculo cercano con los amigos.

La lengua empleada en el hogar mantiene relaciones significativas con atención emocional ($F= 3,21$; $p = ,043$), con afecto negativo ($F = 3,58$; $p = ,032$), con crecimiento personal ($F = 3,77$; $p = ,025$), con dominio del entorno ($F=3,51$; $p=,032$) y con depresión ($F=3,53$; $p = ,032$). Con tendencia a la significación encontramos reparación emocional ($F = 3,01$; $p = ,052$). Tal y como puede verse en la Tabla 29.

Los resultados post-hoc, nos proporcionan la siguiente información. Las personas sordas que emplean únicamente la L.S.E. en el hogar, presentan un mayor desarrollo de

afecto negativo ($X=26,34$), frente a los que usan la L.O ($X=21,96$) y a los que usan ambas lenguas ($X=24,42$); y mayores índices de depresión ($X=5,57$), frente a los que usan la L.O. ($X=4,00$) y a las personas sordas que emplean ambas lenguas ($X=5,05$) (ver tabla 18).

Aquellas personas que empleaban en el hogar ambas lenguas, presentan mayor atención emocional ($X=28,50$), frente a los que usan la L.S.E. ($X=26,74$) y a los que usan sólo la L.O ($X=24,58$). Al igual que ocurre con la reparación emocional ($X=30,16$), frente a los que emplean sólo la L.O. ($X=28,67$) y la L.S.E. ($X=26,96$). De la misma manera que las personas que emplean ambas lenguas, presentan un mayor crecimiento personal ($X=4,35$) frente al uso de la L.O ($X=4,30$) y al uso exclusivo de la L.S.E. ($X=3,90$). Las lenguas empleadas en el centro de estudios, se relacionan de forma significativa con dominio del entorno ($F = 3,46$ y $p = ,035$); con crecimiento personal ($F = 3,93$ y $p = ,023$) y con propósito de vida ($F = 2,96$ y $p = ,056$).

Por último, las personas sordas que empleaban en el hogar, de forma exclusiva, la L.O., obtenían unas mayores puntuaciones en dominio del entorno ($X=4,14$), frente al uso de la L.S.E. ($X=3,80$) y al uso de ambas ($X=4,11$), (ver Tabla 29).

Tabla 29. Relaciones significativas con las variables emocionales respecto a los usos de las lenguas en el hogar.

LENGUAS USADAS EN EL HOGAR					
		X	D.T.	F	p
Atención emocional	L.O.	24,58	7,67	3,21	,043
	L.S.E.	26,74	7,07		
	Ambas	28,50	6,40		
Reparación emocional	L.O.	28,67	6,93	3,01	,052
	L.S.E.	26,96	7,91		
	Ambas	30,16	5,65		
Afecto negativo	L.O.	21,96	6,06	3,58	,032
	L.S.E.	26,34	7,60		
	Ambas	24,42	7,64		
Dominio del entorno	L.O.	4,14	,66	3,51	,032
	L.S.E.	3,80	,74		
	Ambas	4,11	,72		
Crecimiento personal	L.O.	4,30	,89	3,77	,025
	L.S.E.	3,90	,91		
	Ambas	4,35	,93		
Depresión	L.O.	4,00	2,38	3,53	,032
	L.S.E.	5,57	2,83		
	Ambas	5,05	2,57		

La lengua empleada en el centro de estudios se relaciona de forma significativa con tres de las variables emocionales de nuestro estudio. En concreto con dominio del entorno ($F=3,46$; $p=,035$); con crecimiento personal ($F=3,93$; $p=,023$) y con propósito de vida, con tendencia a la significación. ($F=2,96$; $p=,056$), (ver Tabla 30).

De tal manera que, tras realizar los correspondientes análisis post-hoc, vemos que las personas sordas, que usan la lengua oral en el centro de estudios, presentan un mayor dominio del entorno ($X=4,09$), frente a las que usaban de forma exclusiva la L.S.E. ($X=3,70$). Al igual que un mayor propósito de vida ($X=4,37$), frente a las que sólo usaban la L.S.E. ($X=3,77$). Las personas que empleaban ambas lenguas, obtienen mayores puntuaciones en crecimiento personal, siendo estas diferencias significativas entre grupos, ($X=4,38$), frente a las que usaban sólo la L.O ($X=4,07$) y las que empleaban la L.S.E. ($X=3,80$).

La lengua empleada en el trabajo se relaciona de forma significativa con afecto negativo ($F=3,47$; $p=.034$) y con depresión ($F=3,59$; $p=.031$). Tras realizar los análisis post-hoc, encontramos de forma significativas, que las personas sordas que empleaban la L.S.E. en el trabajo presentaban mayores índices de depresión ($X=6,15$), frente a las que usaban solo la L.O ($X=4,29$) y las que usaban ambas lenguas ($X=5,13$). También podemos deducir que las personas que sólo empleaban la L.S.E. en el trabajo tenían mayor afecto negativo ($X=28$), frente a las personas que usaban únicamente la L.O. ($X=23,02$) y frente a las que usaban ambas lenguas ($X=24,16$), (ver tabla 30).

Por último, se encuentran relaciones significativas con las variables de atención emocional ($t=9,32$ y $p=.000$) y con crecimiento personal ($F=3,92$ y $p=.022$) en relación a la lengua hablada con los amigos. De tal manera que las personas sordas que empleaban ambas lenguas con los amigos presentaban una mayor atención emocional ($X=28,49$) frente a las que empleaban de forma exclusiva la L.O ($X=15,60$) y las que empleaban la L.S.E. ($X=26,35$). En la misma línea, las personas que empleaban ambas lenguas presentaban un mayor crecimiento personal ($X=4,38$), frente a las que usaban sólo la L.O. ($X=4,23$) y la L.S.E. ($X=3,95$), tal y como refleja la Tabla 30.

Tabla 30. Relaciones significativas entre el uso de las diferentes lenguas, en los contextos próximos de las personas sordas, y las variables emocionales.

LENGUAS USADAS EN EL CENTRO DE ESTUDIOS					
		X	D.T.	F	p
Dominio del entorno	L.O.	4,09	,71	3,46	,035
	L.S.E.	3,70	,74		
	Ambas	4,08	,68		
Crecimiento personal	L.O.	4,07	,96	3,93	,023
	L.S.E.	3,80	,87		
	Ambas	4,38	,95		
Propósito de vida	L.O.	4,37	1,05	2,96	,056
	L.S.E.	3,77	1,20		
	Ambas	4,28	1,05		
LENGUAS USADAS EN EL TRABAJO					
Afecto negativo	L.O.	23,02	6,72	3,47	,034
	L.S.E.	28,00	8,81		
	Ambas	24,16	6,72		
Depresión	L.O.	4,29	2,54	3,59	,031
	L.S.E.	6,15	2,96		
	Ambas	5,13	2,67		
LENGUAS USADAS CON LOS AMIGOS					
Atención emocional	L.O.	15,60	7,02	9,32	,000
	L.S.E.	26,35	6,67		
	Ambas	28,48	6,63		
Crecimiento personal	L.O.	4,23	1,19	3,92	,022
	L.S.E.	3,95	,88		
	Ambas	4,38	,93		

Se analizaron si las características de la sordera estaban relacionadas de forma significativa con las variables emocionales de nuestra investigación. Así los datos obtenidos, nos muestran que la naturaleza de la misma, es decir si es de transmisión o neurosensorial se relaciona con ansiedad ($t = 2,23$; $p = ,027$). De tal manera que se observan mayores niveles de ansiedad en las sorderas de transmisión ($X=10,50$; $D.T.=4,03$) frente a las sorderas neurosensoriales ($X=7,93$; $D.T.=3,10$).

Respecto al grado de pérdida auditiva y al momento de detección de la misma, no se encuentran relaciones significativas respecto a las variables emocionales contempladas.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el uso de ayudas técnicas, tal y como puede observarse en la Tabla 31. Así encontramos relaciones significativas entre el uso de audífonos y el afecto negativo ($t = -2,48$; $p = ,014$); observándose mayores puntuaciones en las personas que no llevan audífonos ($X=25,93$; $D.T.=7,38$) frente a aquellos que sí los llevan ($X =22,90$; $D.T.=7,12$). El uso del implante coclear mantiene relaciones significativas con relaciones positivas ($t = 2,75$; $p = ,007$), con una media favorable al uso de implante coclear ($X=4,6$; $D.T.=1,02$), frente a las personas

que no han sido implantadas ($X=3,95$; $D.T.=,66$). En la misma línea, mantiene relaciones con crecimiento personal, observándose mayores puntuaciones en las personas con implante ($X=4,87$; $D.T.=1,02$), frente a las personas sordas sin implante ($X=4,12$; $D.T.=,91$). Y, por último, las personas que no habían sido implantadas presentaban un mayor déficit de identificación emocional ($X=21,93$, $D.T.=6,84$), frente a las personas que sí ($X=15,44$; $D.T.=6,57$).

Tabla 31. Relaciones significativas entre el uso de ayudas técnicas y las variables emocionales de nuestro estudio.

		USO DE AUDÍFONOS			
		X	D.T.	t	p
Afecto negativo	sí	22,90	7,12	-2,48	,014
	no	25,93	7,38		
		USO DE IMPLANTE COCLEAR			
Relaciones positivas	sí	4,61	1,02	2,75	,007
	no	3,95	,66		
Crecimiento personal	sí	4,87	1,02	2,35	,020
	no	4,12	,91		
Déficit de identificación emocional	sí	15,44	6,57	-2,76	,007
	no	21,93	6,84		

22.2.- Muestra de personas oyentes

A continuación, pasamos a detallar la relación existente entre las variables sociodemográficas y las variables emocionales, en la muestra de personas oyentes, y sus diferencias con respecto a los datos obtenidos en la muestra de personas sordas.

Tras realizar la correlación entre la edad de las personas oyentes y las variables emocionales, se observan correlaciones significativas con la atención emocional ($r^2= -,171$; $p = ,039$), con dominio del entorno ($r^2= ,167$; $p = ,044$), con crecimiento personal ($r^2= -,175$; $p = ,034$) y con déficit de lenguaje emocional ($r^2=-,204$; $p = ,014$). Respecto a propósito de vida ($r^2 = ,160$; $p = ,054$), encontramos tendencia a la significación. En la muestra de personas sordas, sólo encontramos relaciones significativas en relación a la reparación emocional ($r^2=,190$; $p=,022$).

De tal manera que, las personas oyentes a mayor edad presentan menores niveles de atención emocional, de déficit de lenguaje emocional y de crecimiento personal. Mientras que a mayor edad, obtienen mayores puntuaciones de dominio del entorno. Las personas sordas, a mayor edad, mayores puntuaciones en reparación emocional.

Respecto al sexo, se observan relaciones significativas en relación al afecto positivo ($t=2,06$; $p=.041$) con mayores puntuaciones en los hombres que en las mujeres ($X=35,54$) frente a ($X=33,55$); en relaciones positivas ($t= -2,51$; $p = ,013$), con mayores puntuaciones en las mujeres que en los hombres ($X=4,98$ frente a $X=4,59$) y en autonomía ($t = 1,99$; $p = ,048$), con mayores puntuaciones en los hombres que en las mujeres ($X=4,52$ frente a $X=4,23$).

En la muestra de personas sordas, las relaciones significativas se habían encontrado en afecto positivo, observándose mayores puntuaciones en el caso de las mujeres que en los hombres ($X=37,28$ frente a $X=34,73$), mientras que en los oyentes el afecto positivo es mayor en la muestra de hombres. En dominio del entorno y en crecimiento personal, los resultados ponen de manifiesto valores más elevados para las mujeres sordas que para los varones sordos. Mientras que, en la muestra de oyentes, las mujeres puntúan significativamente más alto en relaciones positivas que los varones.

La depresión se relaciona de forma significativa con el sexo en la muestra de sordos, no ocurriendo lo mismo en la muestra de oyentes. En particular, los varones sordos presentarían mayores niveles de depresión que las mujeres sordas ($t = 1,92$; $p = ,057$). Estos resultados aparecen plasmados en la Tabla 32.

Tabla 32. Diferencias respecto al sexo y sus relaciones con las variables emocionales en sordos y oyentes.

SEXO	VARIABLES EMOCIONALES	X	σ	t	gl	p
OYENTES	AFECTO POSITIVO	H= 35,54	5,31	2,06	113,33	,041
		M= 33,55	5,98			
	RELACIONES POSITIVAS	H= 4,59	,99	-2,51	144	,013
		M= 4,98	,85			
	AUTONOMÍA	H = 4,52	,79	1,99	112,23	,048
		M= 4,23	,88			
SORDOS	AFECTO POSITIVO	H= 34,73	7,03	-,667	142	,036
		M= 37,28	7,20			
	DOMINIO DEL ENTORNO	H = 3,79	,61	-3,12	141,96	,002
		M = 4,15	,76			
CRECIMIENTO PERSONAL	H = 3,92	,96	-2,89	143	,004	
		M = 4,36	,87			
	DEPRESIÓN	H = 5,48	2,50	1,92	137,63	,057
		M = 4,64	2,74			

Respecto al estado civil, en la muestra de personas sordas no encontramos relaciones significativas con las variables emocionales; sin embargo, en la muestra de oyentes puede observarse alguna diferencia significativa. En concreto, se observan diferencias en relación a dominio del entorno ($F=3,02$; $p=,032$) y a propósito de vida ($F=3,37$; $p=,020$), observándose mayores puntuaciones en ambas dimensiones en los viudos y separados y divorciados respecto a los solteros y casados (ver Tabla 33).

Tabla 33. Relaciones significativas entre el estado civil de las personas oyentes y las variables emocionales de nuestro estudio.

		X	D.T.	F	p
PROPÓSITO DE VIDA	Soltero	4,20	,98		
	Casado/pareja	4,58	,78	3,37	,020
	Separado/divorciado	4,80	,90		
	Viudo	5,80	-		
DOMINIO DEL ENTORNO	Soltero	4,33	,86		
	Casado/pareja	4,58	,69	3,02	,032
	Separado/divorciado	5,00	,45		
	Viudo	5,60	-		

Respecto a las variables que analizaban el contacto que habían tenido las personas oyentes con personas sordas, de forma próxima, y con más personas con discapacidad, a lo largo de su vida académica, no se observaron relaciones estadísticamente significativas. En la muestra de personas sordas tampoco se encontraron relaciones significativas entre la variable que analizaba si habían estudiado en un centro de integración y las variables emocionales de nuestra investigación.

Por último, analizaremos en torno al nivel educativo y a la naturaleza de estudios y trabajo, si existen relaciones significativas con las variables emocionales, tal y como se ha procedido previamente con la muestra de personas sordas, y analizaremos las diferencias entre ambas muestras.

Las personas oyentes que, en el momento de la evaluación se encontraban estudiando, presentaban menores puntuaciones en propósito de vida ($t = -1,96$ y $p = ,05$) que aquellas que se encontraban estudiando ($X=4,52$ frente a $X=4,15$). En la muestra de personas sordas, ser estudiante se relacionaba con mayor reparación emocional ($t=2,78$; $p=,007$; $X=30,92$ frente a $X=27,99$) y con mayor crecimiento personal ($t = 2,35$; $p = ,020$), con unas puntuaciones de ($X=4,57$) frente a ($X=4,09$).

Respecto al nivel educativo, encontramos relaciones significativas con atención emocional ($F=2,96$; $p = ,034$), con afecto positivo ($F=2,94$; $p=,035$), con autoaceptación ($F=3,05$; $p = ,031$), con relaciones positivas ($F=2,58$; $p=,056$), con propósito de vida ($F=3,14$; $p = ,027$) y con ansiedad ($F=4,37$; $p = ,006$) (Tabla 34).

Tabla 34. Relaciones significativas entre el nivel educativo de personas oyentes y las variables emocionales de nuestro estudio.

	Nivel de estudios	X	D.T.	F	p
ATENCIÓN EMOCIONAL	Prim.incomp.	35,00	-		
	Prim. Comp.	20,00	2,00	2,96	,034
	Bachiller/equiv.	25,38	6,77		
	Universitario	27,16	5,30		
AFECTO POSITIVO	Prim.incomp.	45,00	-		
	Prim. Comp.	27,33	4,61	2,94	,035
	Bachiller/equiv.	33,72	6,04		
	Universitario	34,65	5,33		
AUTOACEPTACIÓN	Prim.incomp.	5,75	-		
	Prim. Comp.	3,66	,38	3,05	,031
	Bachiller/equiv.	4,18	1,02		
	Universitario	4,52	,77		
RELACIONES POSITIVAS	Prim.incomp.	3,00	-		
	Prim. Comp.	4,06	,41	2,58	,056
	Bachiller/equiv.	4,76	,92		
	Universitario	4,94	,90		
PROPÓSITO DE VIDA	Prim.incomp.	6,00	-		
	Prim. Comp.	4,40	,52	3,14	,027
	Bachiller/equiv.	4,20	,92		
	Universitario	4,59	,84		
ANSIEDAD	Prim.incomp.	15,00	-		
	Prim. Comp.	2,33	1,52	4,37	,006
	Bachiller/equiv.	6,64	3,11		
	Universitario	6,64	3,10		

Como puede observarse en la Tabla 34, el nivel educativo de las personas oyentes se relaciona de forma significativa con algunas de las variables emocionales de nuestro estudio. En concreto, se observa que las personas oyentes con estudios primarios incompletos presentan unos niveles mayores de atención emocional ($X=35,00$) frente a los que han cursado estudios de bachillerato o similares ($X=25,38$) y frente a los que informan de tener estudios universitarios ($X=27,16$). Se encuentran también mayores puntuaciones, respecto al afecto positivo, en la población oyente con estudios primarios incompletos ($X=45,00$), frente a los que han desarrollado estudios universitarios ($X=34,65$) y frente a los que tienen estudios de bachillerato o similares ($X=37,72$). De la misma manera que en relación a propósito de vida ($X=6,00$), frente a las personas oyentes que han cursado estudios universitarios ($X=4,59$). Presentan también mayor ansiedad aquellas personas oyentes que no han completado sus estudios primarios ($X=15,00$), frente a los que sí lo han hecho ($X=2,33$) y a los que han cursado estudios de bachillerato o similares y universitarios ($X=6,64$).

En la muestra de personas sordas, la relación entre el nivel educativo y las variables emocionales de nuestro estudio se encontraban en crecimiento personal y en déficit de identificación emocional. La única variable en la que coinciden las personas sordas y las oyentes, respecto al nivel educativo, es en el desarrollo de relaciones positivas. De tal manera que, el grupo de personas sordas con estudios universitarios presentan mayores puntuaciones en relaciones positivas ($X=4,68$), frente a las personas sordas con estudios primarios incompletos ($X=4,05$), con estudios primarios completos ($X=3,85$) y frente a los que han desarrollado estudios de bachillerato o similares ($X=3,94$). El grupo de personas oyentes con estudios universitarios presenta mayores relaciones positivas ($X=4,94$), frente a las personas con estudio primarios incompletos ($X=3,00$), con estudios primarios completos ($X=4,06$) y bachillerato o equivalente ($X=4,76$). (Ver tabla 24 y 34).

Las personas oyentes, que en el momento de la evaluación, se encontraban trabajando, presentaban mayores puntuaciones en dominio del entorno ($t = 2,33$; $p = ,021$; $X=4,57$ frente a $X=4,13$) y en relaciones positivas ($t = 2,23$ y $p = ,027$; $X=4,91$ frente a $X=4,40$). En la muestra de personas sordas, encontrarse trabajando no se asociaba a ninguna de las variables emocionales de nuestro estudio.

En relación al tipo de estudios y de trabajo, si estaban vinculados al ámbito educativo o sanitario, en el caso de los estudios en la muestra de personas oyentes se encuentran relaciones significativas respecto a autonomía ($t = -2,16$; $p = ,032$) y respecto a ansiedad ($t = 2,29$; $p = ,023$). En particular, como puede observarse en la Tabla 35, las personas que orientan su vocación académica al ámbito educativo o sanitario tienen mayores puntuaciones en ansiedad ($X=7,27$ frente a $X=6,07$) que aquellas que no lo hacen, y menores puntuaciones en autonomía ($X=4,16$ frente a $X=4,47$) que aquellas que sus estudios no están relacionados con el ámbito educativo o sanitario. Además, las personas oyentes que no trabajaban en el ámbito educativo o sanitario, presentaban mayores niveles de autonomía ($X=4,48$) frente a los que sí trabajaban ($X=4,18$).

En cambio, las personas sordas que desarrollan estudios en dichos ámbitos presentarían mejores puntuaciones en las variables de inteligencia emocional: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional con unas medias de ($X= 28,50$; $X= 30,19$ y $X= 30,52$), respectivamente. Y las personas que desarrollan su trabajo en dichos ámbitos, poseen mayores puntuaciones en dos de las dimensiones de Inteligencia Emocional, como son la atención y claridad, con una medias de ($X= 28,87$ y $X= 29,66$), respectivamente; al igual que tendrían mayores puntuaciones en propósito de vida ($X= 4,47$) frente a las personas sordas que no desarrollan ningún trabajo relacionado con la educación y/o salud, con una media de ($X= 4,10$).

Tabla 35. Diferencias entre las relaciones de la orientación académico-laboral y las variables emocionales de nuestro estudio, entre sordos y oyentes.

TIPO DE ESTUDIOS	SORDOS						OYENTES				
	Educación Sanidad	X	σ	gl	t	p	X	σ	gl	t	p
Atención emocional	Sí	28,50	7,33	142	1,92	,05					
	No	26,14	6,76								
Claridad emocional	Sí	30,19	6,33	143	3,33	,001					
	No	26,32	6,84								
Reparación emocional	Sí	30,52	6,11	118,15	2,75	,007					
	No	27,39	7,24								
Afecto positivo	Sí	37,94	7,22	142	2,10	,037					
	No	35,30	7,08								
Autoaceptación	Sí	4,58	1,09	143	3,18	,002					
	No	4,03	,96								
Relaciones positivas	Sí	4,19	,83	143	2,42	,016					
	No	3,90	,61								
Crecimiento personal	Sí	4,44	,99	143	2,68	,008					
	No	4,02	,86								
Propósito de vida	Sí	4,62	1,03	143	3,42	,001					
	No	4,00	1,05								
Autonomía	Sí						4,16	,95			
	No						4,47	,75	144	-2,16	,032
Ansiedad	Sí						7,27	3,39			
	No						6,07	2,93	144	2,29	,023
TIPO DE TRABAJO	SORDOS						OYENTES				
Atención emocional	Sí	28,87	6,54								
	No	26,01	7,10	101,28	2,34	,018					
Claridad emocional	Sí	29,66	6,57								
	No	26,71	6,88	97,90	2,50	,014					
Propósito de vida	Sí	4,47	1,08								
	No	4,10	1,07	143	1,93	,053					
Autonomía	Sí						4,18	,94			
	No						4,48	,74	144	-2,09	,038

23.- Correlaciones entre las variables emocionales en la muestra de personas sordas. Diferencias respecto a la muestra de personas oyentes.

23.1.- Muestra de personas sordas.

Por último, analizaremos los resultados referentes a las correlaciones que, en ambas muestras, presentan atendiendo únicamente a las variables emocionales; y estableceremos las diferencias entre las personas sordas y oyentes.

En la muestra de personas sordas, como puede observarse en la tabla 36, encontramos correlaciones con nivel de significatividad ($p < .001$ y $p < .000$), entre atención emocional y claridad ($r^2 = .597$) y reparación emocional ($r^2 = .446$); con afecto positivo ($r^2 = .421$) y autoaceptación ($r^2 = .301$); con dominio del entorno ($r^2 = .256$), crecimiento personal ($r^2 = .261$, $p < .01$), propósito de vida ($r^2 = .290$, $p < .001$), y de forma negativa con depresión ($r^2 = -.183$, $p < .05$).

En relación a claridad emocional, se relaciona de forma significativa con el resto de variables emocionales, a excepción de reparación emocional, ansiedad y déficit de identificación emocional; con déficit de lenguaje emocional lo hace de forma negativa ($r^2 = -.267$, $p < .01$) al igual que con depresión ($r^2 = -.225$, $p < .01$).

Respecto a reparación emocional, encontramos relaciones significativas con afecto positivo ($r^2 = .596$, $p < .001$), autoaceptación ($r^2 = .433$, $p < .001$), dominio del entorno ($r^2 = .364$, $p < .001$), crecimiento personal ($r^2 = .405$, $p < .001$) y propósito de vida ($r^2 = .422$, $p < .001$); y de forma negativa con ansiedad ($r^2 = -.206$, $p < .05$) y con depresión ($r^2 = -.385$, $p < .01$).

En cuanto a las variables que determinan el desarrollo de afectos positivos y negativos, en las personas sordas, encontramos relaciones significativas del afecto positivo con afecto negativo ($r^2 = .243$, $p < .01$), autoaceptación ($r^2 = .533$, $p < .001$), dominio del entorno ($r^2 = .368$, $p < .001$), crecimiento personal ($r^2 = .395$, $p < .001$) y con propósito de vida ($r^2 = .549$, $p < .001$). De forma negativa lo haría con depresión ($r^2 = -.393$, $p < .01$).

El afecto negativo correlacionaría de forma significativa y negativa, a su vez, con relaciones positivas ($r^2 = -.288$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.376$, $p < .001$) y dominio del entorno ($r^2 = -.203$, $p < .01$); y de forma positiva con déficit de identificación emocional ($r^2 = .351$, $p < .001$), déficit de lenguaje emocional ($r^2 = .343$, $p < .001$), ansiedad ($r^2 = .459$, $p < .01$) y depresión ($r^2 = .268$, $p < .01$).

La autoaceptación es una de las variables que correlaciona de forma significativa con el resto de variables, a excepción de afecto negativo ($r^2 = -.135$), de déficit de identificación emocional ($r^2 = -.066$) y déficit de lenguaje emocional ($r^2 = -.141$). Lo mismo ocurre con las relaciones positivas, que correlacionan de forma significativa con el resto de variables emocionales, a excepción de atención, reparación emocional y afecto positivo. Así encontramos correlaciones significativas entre autoaceptación y afecto negativo ($r^2 = -.288$, $p < .001$), déficit de identificación emocional ($r^2 = -.305$, $p < .001$), déficit de lenguaje emocional ($r^2 = -.323$, $p < .001$), ansiedad ($r^2 = -.247$, $p < .01$) y depresión ($r^2 = -.297$, $p < .01$).

Respecto a la autonomía como dimensión de bienestar de las personas sordas, vemos relaciones significativas con el resto de variables de bienestar; relaciones positivas ($r^2 = .432$, $p < .001$), autoaceptación ($r^2 = .313$, $p < .001$), con dominio del entorno ($r^2 = .390$, $p < .001$), con crecimiento personal ($r^2 = .386$, $p < .001$), con propósito de vida ($r^2 = .197$, $p < .05$); y correlaciones negativas con déficit de identificación emocional ($r^2 = -.429$, $p < .001$), con déficit de lenguaje emocional ($r^2 = -.398$, $p < .001$), con ansiedad ($r^2 = -.305$, $p < .01$), depresión ($r^2 = -.260$, $p < .01$) y con afecto negativo ($r^2 = -.376$, $p < .001$).

Dominio del entorno es la única variable que correlaciona significativamente con el resto de variables. En relación al crecimiento personal, encontramos un patrón de correlaciones muy similar al encontrado en dominio del entorno, a excepción de la ausencia de correlación con afecto negativo y déficit de identificación emocional. Respecto a propósito de vida, se observan correlaciones significativas con todas las variables emocionales, salvo con afecto negativo, ansiedad, déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional.

Déficit de identificación emocional es una de las variables que menos correlaciona significativamente con el resto de variables emocionales. Concretamente, se observan correlaciones significativas positivas con afecto negativo ($r^2 = .351$, $p < .001$), déficit de lenguaje emocional ($r^2 = .691$, $p < .001$), y ansiedad ($r^2 = .330$, $p < .01$); y negativas con relaciones positivas ($r^2 = -.305$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.429$, $p < .001$) y dominio del entorno ($r^2 = -.172$, $p < .05$).

Respecto a la alexitimia, en particular al déficit de lenguaje emocional, éste se relaciona negativamente con claridad emocional ($r^2 = -.267$, $p < .01$), relaciones positivas ($r^2 = -.323$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.398$, $p < .001$), dominio del entorno ($r^2 = -.254$, $p < .01$), y crecimiento personal ($r^2 = -.256$, $p < .001$); y positivamente con déficit de identificación emocional ($r^2 = .691$, $p < .001$), afecto negativo ($r^2 = .343$, $p < .001$), ansiedad ($r^2 = .228$, $p < .01$) y depresión ($r^2 = .184$, $p < .05$).

Por último, la depresión correlacionaría de forma significativa con todas las variables, a excepción de con déficit de identificación emocional. La ansiedad correlaciona igualmente con todas las variables emocionales a excepción de con atención y claridad emocional, afecto positivo y propósito de vida.

23.2.- Muestra de personas oyentes.

En la Tabla 37 aparecen reflejadas las correlaciones encontradas entre las diferentes variables emocionales en la muestra de oyentes y que pasamos a comentar a continuación.

Respecto a atención emocional, observamos correlaciones significativas con claridad emocional ($r^2 = .177$, $p < .05$), afecto negativo ($r^2 = .321$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.318$, $p < .001$), déficit de identificación emocional ($r^2 = .264$, $p < .01$), con ansiedad ($r^2 = .406$, $p < .01$) y depresión ($r^2 = .216$, $p < .01$). Se observan respecto a la atención emocional menor número de correlaciones y en diferentes variables, en comparación con la muestra de sordos, dónde se observan relaciones positivas entre atención emocional y claridad, reparación emocional, afecto positivo, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida; y correlaciones negativas con depresión.

En la muestra de oyentes, la variable claridad emocional correlaciona con la totalidad de variables emocionales. La reparación emocional correlaciona con la mayoría de las

variables emocionales a excepción de con atención emocional ($r^2 = .064$), déficit de identificación emocional ($r^2 = -.141$) y ansiedad ($r^2 = -.155$).

Si seguimos analizando la correlación que mantienen las variables que miden los afectos positivos y negativos, en la muestra de oyentes, el afecto positivo correlaciona significativamente con todas las variables menos con atención emocional ($r^2 = .127$), afecto negativo ($r^2 = .007$), déficit de identificación emocional ($r^2 = .127$), déficit de lenguaje emocional ($r^2 = -.039$) y ansiedad ($r^2 = -.102$). Un dato de especial relevancia es la ausencia de correlación entre afecto positivo y negativo en la muestra de oyentes, mientras que en la muestra de sordos se observa una correlación positiva entre ambos tipos de afecto. Tanto en la muestra de oyentes como de sordos, el afecto positivo no correlaciona con ansiedad.

Respecto al afecto negativo, en la muestra de oyentes se observan numerosas correlaciones con el resto de variables, a excepción de con afecto positivo, que es la única en la que no encontramos relaciones significativas ($r^2 = .007$). Así, se observan correlaciones significativas positivas entre el afecto negativo y atención emocional ($r^2 = .321$, $p < .001$), déficit de identificación emocional ($r^2 = .566$, $p < .001$), déficit de lenguaje emocional ($r^2 = .413$, $p < .001$), ansiedad ($r^2 = .654$, $p < .001$) y depresión ($r^2 = .461$, $p < .001$); y correlaciones significativas negativas entre afecto negativo y claridad emocional ($r^2 = -.257$, $p < .01$), reparación emocional ($r^2 = -.179$, $p < .05$), autoaceptación ($r^2 = -.389$, $p < .001$), relaciones positivas ($r^2 = -.344$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.440$, $p < .001$), dominio del entorno ($r^2 = -.464$, $p < .001$), crecimiento personal ($r^2 = -.335$, $p < .001$) y propósito de vida ($r^2 = -.349$, $p < .001$).

Encontramos más correlaciones que en la muestra de personas sordas, que sólo correlacionaría negativamente con relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno; y positivamente con déficit de identificación emocional, déficit de lenguaje emocional, ansiedad y depresión.

En la muestra de personas oyentes, el afecto negativo correlaciona negativamente con claridad emocional ($r^2 = -.257$, $p < .001$), reparación emocional ($r^2 = -.179$, $p = .05$), autoaceptación ($r^2 = -.389$, $p < .001$), relaciones positivas ($r^2 = -.344$, $p < .001$), autonomía ($r^2 = -.440$, $p < .001$), dominio del entorno ($r^2 = -.464$, $p < .001$), crecimiento personal

($r^2 = -.335$, $p < .001$) y propósito de vida ($r^2 = -.349$, $p < .001$). Por otro lado, se observan correlaciones significativas positivas del afecto negativo respecto al déficit de identificación emocional ($r^2 = .566$, $p < .001$), al déficit de lenguaje emocional ($r^2 = .413$, $p < .001$), la ansiedad ($r^2 = .654$, $p < .001$) y la depresión ($r^2 = .461$, $p < .01$).

La autoaceptación en oyentes correlaciona de forma significativa con todas las variables emocionales, a excepción de atención emocional ($r^2 = -.050$), superando en número a las correlaciones que encontrábamos en la muestra de sordos, donde además se observaba una correlación significativa respecto a atención emocional.

Respecto a las relaciones positivas, ocurre lo mismo que en la variable anteriormente descrita. Se encuentran correlaciones significativas, en la muestra de oyentes, con todas las variables emocionales, a excepción de atención emocional ($r^2 = -.053$). En la muestra de sordos, se observa un patrón similar, con correlaciones con el resto de variables emocionales, a excepción de atención emocional, reparación emocional y afecto positivo.

Respecto a la autonomía, se observan correlaciones significativas con todas las variables emocionales del estudio, superando el número de correlaciones respecto a la muestra de sordos. Lo mismo ocurre en relación a dominio del entorno, que correlaciona con la práctica totalidad de variables emocionales, a excepción de atención emocional ($r^2 = -.058$). En la muestra de sordos, encontrábamos que dominio del entorno era la única variable que correlacionaba con la totalidad de variables emocionales.

En la muestra de personas sordas, en relación al crecimiento personal, encontramos el mismo nivel de relación que en dominio del entorno, a excepción de afecto negativo, con el que no correlacionaba; y en la muestra de oyentes, crecimiento personal correlacionaba con todas las variables, a excepción de atención emocional ($r^2 = -.079$).

El propósito de vida, en la muestra de personas oyentes, correlaciona de forma significativa con todas las variables a excepción de atención emocional ($r^2 = -.010$). En la muestra de sordos, existen menos correlaciones significativas, respecto a dicha variable.

Por último, en las variables que determinan el nivel de alexitimia de las personas, respecto a déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional, en la

muestra de personas oyentes encontramos algunos datos diferentes respecto a la muestra de personas sordas.

Así, en la muestra de oyentes, respecto al déficit de identificación emocional, se observan correlaciones significativas con el resto de variables a excepción de reparación emocional ($r^2 = -.141$) y afecto positivo ($r^2 = -.039$). Sin embargo, en la muestra de personas sordas el número de correlaciones es considerablemente menor.

Además, el valor de r^2 , en la muestra de oyentes es bastante mayor si lo comparamos con el valor de r^2 en la muestra de personas sordas. Podemos fijarnos, por ejemplo, en la correlación entre déficit de identificación emocional y afecto negativo, en sordos el valor sería ($r^2=.351$, $p < .001$), mientras que en oyentes es ($r^2=.566$, $p < .001$).

Respecto al déficit de lenguaje emocional, en la muestra de oyentes se observan correlaciones significativas con todas las variables, a excepción de atención emocional ($r^2 = .017$) y afecto positivo ($r^2 = -.102$). De nuevo, las correlaciones encontradas en oyentes superan en número a las encontradas en la muestra de personas sordas, en las que se encontraban respecto a claridad emocional, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, identificación emocional, afecto negativo, ansiedad y depresión.

En la muestra de oyentes, la ansiedad correlaciona significativamente con todas las variables emocionales de nuestro estudio. Concretamente, se observan correlaciones significativas positivas entre ansiedad y atención emocional ($r^2 = .406$, $p < .01$), afecto negativo ($r^2 = .654$, $p < .01$), déficit de identificación emocional ($r^2 = .590$, $p < .01$), déficit de lenguaje emocional ($r^2=.384$, $p < .01$) y depresión ($r^2 = .498$, $p < .01$); y correlaciones significativas negativas entre ansiedad y claridad emocional ($r^2 = -.290$, $p < .01$), autoaceptación ($r^2 = -.275$, $p < .01$), relaciones positivas ($r^2 = -.209$, $p < .05$), autonomía ($r^2 = -.455$, $p < .01$), dominio del entorno ($r^2 = -.399$, $p < .01$), crecimiento personal ($r^2 = -.193$, $p < .05$) y propósito de vida ($r^2 = -.239$, $p < .01$). No se observan correlaciones significativas entre ansiedad y reparación emocional ($r^2 = -.155$) y afecto positivo ($r^2 = .034$). La variable depresión mantiene correlaciones significativas con todas las variables.

Respecto a las diferencias con la muestra de sordos, depresión se relacionaría con todas las variables a excepción de identificación de lenguaje emocional ($r^2 = .124$) y ansiedad, en la muestra de sordos, con todas las variables, a excepción de reparación emocional y afecto positivo.

En la muestra de oyentes la correlación entre depresión y atención emocional es positiva ($r^2 = .216$, $p < .01$), mientras que en la muestra de sordos la correlación es negativa ($r^2 = -.183$, $p < .05$). Respecto al valor de r^2 en la correlación negativa encontrada entre depresión y afecto positivo es mayor en la muestra de sordos ($r^2 = -.393$, $p < .01$) en comparación con la muestra de personas oyentes ($r^2 = -.252$, $p < .01$). El valor de r^2 en las correlaciones positivas encontradas entre depresión y déficit de identificación emocional es mayor en la muestra de personas oyentes ($r^2 = .480$, $p < .01$) en comparación con la muestra de personas sordas ($r^2 = .184$, $p < .05$).

Tabla 36. Medias, Desviaciones Típicas y Coeficientes de Correlación de Pearson para todas las variables emocionales. Muestra de SORDOS.

	Media (σ)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Atención emocional	26,96 (7,03)	.597**	.446**	.421**	.151	.301***	.008	-.097	.256***	.261**	.290***	.098	-.021	.077	-.183*
2. Claridad emocional	27,68 (6,90)		.578**	.560**	.030	.393***	.202*	.187*	.332***	.346***	.369***	-.094	-.267**	-.101	-.225**
3. Reparación emocional	28,49 (7,00)			.596**	.107	.433***	.099	.086	.364***	.405***	.422***	.059	-.035	-.206*	-.385**
4. Afecto positivo	36,22 (7,22)				.243**	.533***	.093	.112	.368***	.395***	.549***	.117	.058	.051	-.393**
5. Afecto negativo	24,63 (7,40)					-.135	-.288**	-.376**	-.203*	-.151	-.035	.351***	.343**	.459**	.268**
6. Autoaceptación	4,23 (1,04)						.306**	.313**	.500**	.644**	.815	-.066	-.141	-.217**	-.526**
7. Relaciones positivas	4,01 (.71)							.432**	.419**	.415**	.341**	-.305**	-.323**	-.247**	-.297**
8. Autonomía	3,96 (.75)								.390**	.386**	.197*	-.429**	-.398**	-.305**	-.260**
9. Dominio del entorno	3,99 (.72)									.551**	.561**	-.172*	-.254**	-.174*	-.377**
10. Crecimiento personal	4,17 (.93)									.656**	.656**	-.147	-.256**	-.225**	-.496**
11. Propósito de vida	4,22 (1,08)										.049	.049	-.037**	-.149	-.468**
12. Identificación emocional	21,63 (7,07)												.691***	.330**	.124
13. Déficit lenguaje emocional	16,40 (4,65)													.228**	.184*
14. Ansiedad	8,04 (3,21)														.417**
15. Depresión	5,00 (2,67)														

p < (.05) *; p < (.01) **; p < (.001) ***

Tabla 37. Medias, Desviaciones Típicas y Coeficientes de Correlación de Pearson para todas las variables emocionales. Muestra de OYENTES.

	Media (σ)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Atención emocional	26.45	(5.94)	.177 [*]	.064	.127	.321 ^{***}	-.053	-.318 ^{***}	-.058	-.079	-.010	.264 ^{**}	.017	.406 ^{**}	.216 ^{**}
2. Claridad emocional	27.84	(5.95)	.551 ^{***}	.421 ^{***}	-.257 ^{**}	.428 ^{***}	.245 ^{**}	.310 ^{***}	.440 ^{***}	.257 ^{**}	.396 ^{***}	-.435 ^{***}	-.347 ^{***}	-.290 ^{**}	-.344 ^{**}
3. Reparación emocional	28.72	(5.66)	.456 ^{***}	.456 ^{***}	-.179 [*]	.462 ^{***}	.275 ^{**}	.309 ^{***}	.385 ^{***}	.313 ^{***}	.367 ^{***}	-.141	-.173 [*]	-.155	-.313 ^{**}
4. Afecto positivo	34.25	(5.82)	.007	.549 ^{***}	.007	.549 ^{***}	.256 ^{**}	.261 ^{**}	.356 ^{***}	.329 ^{***}	.480 ^{***}	-.039	-.102	.034	-.252 ^{**}
5. Afecto negativo	21.59	(6.72)	-.389 ^{***}	-.344 ^{***}	-.440 ^{***}	-.389 ^{***}	-.344 ^{***}	-.440 ^{***}	-.464 ^{***}	-.335 ^{***}	-.349 ^{***}	.566 ^{***}	.413 ^{***}	.654 ^{**}	.461 ^{**}
6. Autoaceptación	4.38	(.88)	.533	.449 ^{***}	.653 ^{***}	.449 ^{***}	.533	.449 ^{***}	.653 ^{***}	.616 ^{***}	.817 ^{***}	-.354 ^{***}	-.330 ^{***}	-.275 ^{**}	-.515 ^{**}
7. Relaciones positivas	4.84	(.92)	.253 ^{**}	.513 ^{***}	.456 ^{***}	.253 ^{**}	.513 ^{***}	.456 ^{***}	.513 ^{***}	.511 ^{***}	.456 ^{***}	-.300 ^{**}	-.427 ^{***}	-.209 [*]	-.426 ^{**}
8. Autonomía	4.33	(.86)	.415 ^{***}	.383 ^{***}	.325 ^{***}	.415 ^{***}	.383 ^{***}	.325 ^{***}	.415 ^{***}	.325 ^{***}	.383 ^{***}	-.360 ^{***}	-.251 ^{**}	-.455 ^{**}	-.470 ^{**}
9. Dominio del entorno	4.52	(.77)	.406 ^{***}	.686 ^{***}	.406 ^{***}	.406 ^{***}	.686 ^{***}	.406 ^{***}	.406 ^{***}	.406 ^{***}	.686 ^{***}	-.425 ^{**}	-.496 ^{***}	-.399 ^{**}	-.531 ^{**}
10. Crecimiento personal	4.88	(.73)	.508 ^{***}	.213 ^{**}	.244 ^{**}	.508 ^{***}	.213 ^{**}	.244 ^{**}	.508 ^{***}	.508 ^{***}	.508 ^{***}	-.244 ^{**}	-.213 ^{**}	-.193 [*]	-.410 ^{**}
11. Propósito de vida	4.46	(.88)	-.276 ^{**}	-.319 ^{***}	-.276 ^{**}	-.276 ^{**}	-.319 ^{***}	-.276 ^{**}	-.319 ^{***}	-.276 ^{**}	-.319 ^{***}	-.276 ^{**}	-.319 ^{***}	-.239 ^{**}	-.416 ^{**}
12. D. identificación emocional	14.37	(5.97)	.594 ^{***}	.590 ^{***}	.384 ^{**}	.594 ^{***}	.590 ^{***}	.384 ^{**}	.594 ^{***}	.590 ^{***}	.384 ^{**}	.594 ^{***}	.590 ^{***}	.384 ^{**}	.480 ^{**}
13. D. de lenguaje emocional	12.84	(4.95)	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]	.498 ^{**}	.401 [*]
14. Ansiedad	6.60	(3.19)													
15. Depresión	3.27	(2.40)													

^{*} p< (.05) ; ^{**} p< (.01) ; ^{***} p< (.001)

IV.- DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El objetivo principal de nuestra investigación se centra en analizar las diferencias existentes en el ámbito emocional de las personas sordas respecto del colectivo oyente. Para ello, analizamos las relaciones entre los componentes más relevantes del desarrollo de la inteligencia emocional, destacando los procesos de regulación emocional, tan necesarios para el bienestar, tanto físico como psicológico de las personas; el desarrollo de los afectos positivos y negativos; la prevalencia de estados afectivos negativos, tales como la ansiedad y depresión; y la relación de los déficits de identificación emocional y del lenguaje emocional con el desarrollo de la inteligencia emocional.

Siendo nuestro marco de referencia teórico, el Modelo de cuatro ramas que articula el concepto de Inteligencia Emocional desarrollado por Mayer y Salovey (1997) y por Mayer, Salovey y Caruso (2000a, 2000b); define la inteligencia emocional como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente, la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa, y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros.

La escasa literatura, que puede encontrarse en el medio académico, evidencia el hecho de que el mundo de la discapacidad auditiva ha sido poco estudiado desde el punto de vista del desarrollo emocional y su relación con los problemas psicológicos y de salud mental, tal y como ponían de manifiesto Connolly, Rose y Austen (2006). Este déficit de investigación es especialmente significativo en adultos.

Pero tal y como señala Simon (2011), la visión de las personas sordas como una minoría cultural nos permite plantear la hipótesis de la existencia de variaciones como colectivo concreto, en lugar de aspectos universales en la experiencia emocional humana. Hasta ahora hay una brecha en el conocimiento de la experiencia emocional subjetiva de los adultos sordos.

Los resultados encontrados, en nuestro estudio, corroboran conclusiones de investigaciones previas que ponían de manifiesto una mayor presencia de síntomas emocionales y comportamentales en las personas con discapacidad auditiva, menores niveles de calidad de vida, y mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de

ansiedad y del estado de ánimo, en comparación con las personas oyentes (Casas et al., 2009). Desde los primeros estudios realizados al respecto, centrados especialmente en la infancia, como los realizados por Knight (1942), se destaca como los problemas emocionales de los niños sordos son mayores, en comparación con niños oyentes, debido a su hándicap en el lenguaje, que les impide expresarse a sí mismos, a la actitud de los padres, al miedo por la falta de experiencia y conocimiento, y a las dificultades generales para realizar los ajustes correspondientes en un mundo oyente.

Destacamos las aportaciones de Valmaseda (2004), que señala como, contrariamente a una idea ampliamente difundida en décadas pasadas, las personas sordas no “tienen” unas características o rasgos específicos de personalidad ni “son” más inmaduras socialmente. Sería más adecuado señalar que muchos niños y jóvenes sordos conviven con factores de riesgo social y de riesgo psicopatológico, es decir, con circunstancias que pueden limitar su desarrollo social o conllevar mayor riesgo en su salud mental

Si analizamos la relación que existe entre la edad de las personas sordas y el conjunto de variables emocionales que componen nuestro estudio, encontramos una relación significativa entre la edad y la reparación emocional, de naturaleza inversamente proporcional, es decir, a mayor edad en las personas sordas se produce una menor reparación emocional.

La edad de las personas oyentes presenta más relaciones significativas con las variables emocionales, en comparación con la muestra de personas sordas. Concretamente, los oyentes, a mayor edad, presentan mayores niveles en dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida y menor déficit de lenguaje emocional.

La literatura previa señala que, a medida que las personas sordas cumplen años, hay una mejora en la identificación y comprensión de emociones. En un estudio realizado por Schneider (1981), acerca de la evolución genética de la interpretación de las emociones faciales expresadas en jóvenes sordos, se presentaron en orden aleatorio ocho expresiones faciales (enojo, alegría, sorpresa, disgusto, tristeza, desconfianza, miedo y admiración) a 72 niños oyentes y 72 niños sordos de 5 a 17 años de edad. En general, el reconocimiento de los niños sordos fue más pobre de lo normal y mostró una mejora progresiva (evolución genética) con la edad en los grupos de oyentes y sordos. Cada emoción mostró una evolución positiva con la edad, excepto miedo y sorpresa. La

evolución más rápida y completa en el grupo de oyentes fue probablemente debido a las señales que ofrece la entonación, en relación a la identificación de emociones.

Sin embargo, a la vista de nuestros resultados, parece que esa evolución positiva se produce en más dominios en oyentes que en personas sordas. Mientras que en la muestra de personas oyentes, la edad es una variable que se relaciona de forma significativa con diferentes variables emocionales de nuestro estudio, en la muestra de personas sordas, sólo encontramos relaciones significativas en relación a la reparación emocional.

Cuando atendemos a las posibles diferencias en función del sexo de las personas sordas y a su relación con las variables emocionales, observamos que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en afecto positivo, dominio del entorno y crecimiento personal. Sin embargo, en la muestra de personas oyentes, los hombres presentan mayores puntuaciones en afecto positivo y en autonomía, y las mujeres oyentes mayores puntuaciones en relaciones positivas.

Por otro lado, los hombres sordos presentan mayores niveles de depresión que las mujeres sordas, mientras que no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en depresión en la muestra de oyentes.

Apenas existen, bajo nuestro conocimiento, estudios previos que puedan relacionar el sexo de las personas sordas con las variables emocionales de nuestro estudio. Y los hallados, no se encuentran en consonancia con nuestros resultados. Así, Sinanović, Brkić, Salihović, Junuzović y Mrkonjić (2004), informaron que las mujeres con deficiencia auditiva presentaban mayores niveles de ansiedad y de depresión que los hombres, aunque esta diferencia no era significativa. Crowe (2003), en un estudio realizado acerca de la autoestima de estudiantes sordos y su relación con el género, el estado de audición de los padres y su competencia en lengua de signos, no encontraron tampoco diferencias significativas en torno al sexo.

Respecto al estado civil, en la muestra de personas sordas no encontramos relaciones significativas con las variables emocionales; sin embargo, en la muestra de oyentes sí pueden observarse estas diferencias. Las personas solteras y casadas o en pareja, oyentes, informaban de mayor dominio del entorno y propósito de vida.

La ausencia de resultados encontrados en la población sorda, en relación al estado civil, difieren de los hallados en literatura previa. En concreto, Sinanović et al. (2004) mostraron como las personas sordas e hipoacúsicas presentan ciertos niveles de ansiedad y depresión que correlacionaban con el estado civil, el estrés marital y los problemas de comunicación. Así las personas sordas casadas presentaban mayor nivel de ansiedad que las solteras. Se determinaron diferencias significativamente estadísticas para el grado de ansiedad, edad y problemas de comunicación entre las personas sordas casadas y las solteras. Las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres, pero esas diferencias no fueron significativas, desde el punto de vista estadístico.

En relación a la naturaleza de la sordera, atendiendo a la localización de la lesión, al grado de pérdida auditiva y al momento de su detección, vemos que el mayor porcentaje de la muestra presenta una sordera neurosensorial, con un grado de pérdida auditiva entre severa y profunda, y que dicha sordera fue detectada alrededor de los primeros días de nacimiento y en torno al primer año de vida. Estudios epidemiológicos muestran que los niños con hipoacusia grave/profunda tienen de 1,5 a 3 veces más posibilidades de presentar trastornos psiquiátricos graves (Carvill, 2001).

Respecto a la naturaleza de la sordera, se analizaron si las características de la sordera estaban relacionadas de forma significativa con las variables emocionales de nuestra investigación. Así, los datos obtenidos nos muestran que la naturaleza de la misma, es decir si es de transmisión o neurosensorial, se relaciona con ansiedad.

Curiosamente, el grupo minoritario de sordos, que presenta una sordera de conducción, que son aquellas que pueden hacer un uso funcional de algunos de sus restos auditivos a través de los audífonos, presentaba mayores niveles de ansiedad respecto al resto de personas sordas. En relación al grado de pérdida auditiva y al momento de detección de la misma, no se encuentran relaciones significativas. Nuestros resultados se encuentran en consonancia con hallazgos previos en la investigación de Kvam et al. (2007), donde se encontró que los individuos sordos respondieron positivamente a los indicadores de ansiedad y depresión, en comparación con la muestra de personas oyentes. Igualmente se evidenció que las personas sordas mostraron niveles más altos en miedo, desesperanza y tristeza. Estos resultados se compararon de acuerdo con la edad de adquisición de la deficiencia auditiva, encontrando que aquellos que perdieron la

audición tempranamente (entre los 4 y 9 años) manifestaban menores niveles de miedo y tristeza que aquellos que la perdieron en etapas posteriores.

En estudios previos, la presencia de síntomas ansiosos se ve modulada por la edad en la que se presenta la pérdida auditiva, de tal forma que aquellas personas que pierden la audición tempranamente manifiestan menores niveles de angustia que aquellas que pierden en etapas posteriores (Agrawal y Kaur, 2001; Kvam et al., 2006; Van Eldik, Treffers, Veerman y Verhulst, 2004).

Sin embargo, en una muestra muy reducida de adolescentes, Černelič (2009), en su estudio acerca de la sintomatología y sentimientos subjetivos de distress emocional, entre adolescentes y el impacto del estado de la audición, en el que se proponen como objetivo determinar si la pérdida de audición influye en el nivel de sufrimiento psicológico y síntomas entre los jóvenes adolescentes sordos, examinando la diferencia entre adolescentes sordos y sus pares oyentes, nos muestran que no existen diferencias relevantes, estadísticamente, entre los síntomas expresados por los dos grupos. Se observó el mismo nivel de sufrimiento emocional en ambos grupos de adolescentes; la ansiedad fue enlazada positivamente con sentimientos depresivos, sentimientos de tristeza y preocupaciones sexuales, aunque no tuviera relación con el sufrimiento emocional. Las variables demográficas (edad, sexo y estatus socio-económico) no se relacionaron con el nivel de síntomas. En este estudio, se concluye que los adolescentes sordos no demostraron características de adaptación de menor nivel.

Nuestros resultados se encuentran en la misma línea que los informados por Akram y Hameed (2014), en un estudio que explora los niveles de habilidades de adaptación emocional de los adolescentes sordos, con la intención de encontrar qué papel juegan las variables sociodemográficas en el desarrollo de las mismas. Los resultados confirman que variables sociodemográficas como el acceso a valoraciones de la audición y servicios de habla, tiempo de intervención, presencia de miembros en la familia con sordera, lengua de preferencia en la familia, lengua de preferencia de los propios participantes, sin tener en cuenta su pérdida auditiva, juegan un papel muy importante en el desarrollo de las habilidades de adaptación emocional de los adolescentes sordos. Los resultados indican, claramente, que la pérdida auditiva por sí misma no es la única razón de su peor rendimiento.

Respecto al uso de ayudas técnicas, en la muestra de adultos sordos, no hay una gran mayoría que use el audífono como ayuda técnica y, encontramos todavía un uso significativamente menor, respecto al implante coclear.

La edad de las personas sordas y la edad del uso de audífonos y/o implante coclear correlacionan de forma significativa. Es decir, encontramos personas con mayor edad que llevan usando el audífono de forma temprana, no pudiendo determinar lo mismo con el implante coclear, técnica más novedosa. La variable estudiada no indica que, en el momento de la evaluación, la persona sorda siguiera usándolo, sino a qué edad empezó a usar el audífono y/o implante coclear.

El uso de audífonos muestra relación con las variables emocionales, de manera que las personas sordas que no empleaban dichas ayudas técnicas informaban de mayores puntuaciones de afecto negativo.

Por otro lado, las personas portadoras de implante coclear, teniendo en cuenta que el uso de implante no es exclusivo, es decir, una persona sorda puede estar implantada en un oído y llevar en el otro un audífono, informaban de tener mayores relaciones positivas, de experimentar un mayor crecimiento personal y presentaban menores niveles de déficit de identificación emocional.

Dichos resultados están en consonancia con otras investigaciones realizadas al respecto, entre las que señalamos un estudio realizado por Hopyan (2016) sobre la discriminación de las emociones de tristeza y alegría en la música por niños con implante coclear. En este estudio, se observó que los niños que usan implante coclear desarrollan una percepción del discurso adecuada, pero que tenían dificultades en percibir señales acústicas complejas. El modo y el tiempo son dos componentes usados para reconocer la emoción en la música. Una de las hipótesis de este estudio fue que los niños con implante coclear podrían tener dañada la percepción de las claves del tiempo, en comparación con sus pares oyentes y podrían presentar problemas para distinguir la alegría respecto de la tristeza en la música. Los resultados de dicho estudio indicaron que los niños que usaban un implante coclear mostraban respuestas, significativamente, menores respecto a los niños oyentes. Empleaban claves temporales para discriminar alegría de tristeza y sus reacciones en tiempo eran más lentas, además, encontraban la tarea de reconocer emociones en la música más dificultosa y necesitaban recurrir a un mayor número de tareas para dicho reconocimiento.

Huber y Kipman (2011) valoraron la condición de salud mental de adolescentes sordos con implantes cocleares (CI). Los resultados obtenidos, tras la evaluación a través del “Cuestionario de Fortalezas y Dificultades” (SDQ), a partir de la calificación de progenitores y maestros para los sujetos con IC en relación a: ES: síntomas emocionales, HA: inatención-hiperactividad, CP: problemas de conducta y PBS: conducta pro-social, no fueron diferentes respecto a la de sus coetáneos con audición normal. Sin embargo, los maestros calificaron un número significativamente mayor de casos que tenían problemas con sus coetáneos (PP) y más casos con puntuaciones de dificultad total (clínica) (TDS) muy altos en el grupo con IC. Los resultados del SDQ de los usuarios de IC correlacionaron significativamente con los pobres resultados en desempeño auditivo y educación escolar especial. La edad de implantación del IC no se consideró como un elemento de predicción de la conducta. La conclusión general del estudio indica que la salud mental de los adolescentes sordos con IC es comparable con la de sus coetáneos con audición normal.

En un estudio realizado por Chatterjee et al., (2015), se indica que el implante coclear ha tenido efectos muy exitosos al aproximar la lengua oral a las personas sordas. Pero la señal transmitida, a través de los implantes cocleares, permanece empobrecida dentro de una estructura fina denominada espectro-temporal. Como consecuencia, el tono dominante de la información hace que disminuya la emoción a través de la voz. Para los niños, la habilidad para identificar correctamente el humor/intención del hablante, que no siempre es visible en su expresión facial, es un aspecto importante del desarrollo social y lingüístico.

Chatterjee et al., (2015) llevaron a cabo un estudio dónde comparaban el rendimiento de los niños oyentes, adultos oyentes y adultos escuchando simulaciones realizadas a través del implante coclear, con el mismo estímulo, realizando las oportunas comparaciones con el rendimiento de adultos oyentes con implante coclear, la mayoría de los cuales habían aprendido la lengua primariamente a través de audición normal. Los resultados indicaron que, a pesar de la gran variabilidad de medida, los niños con implante coclear rinden de manera similar que los otros niños oyentes. Los resultados indican que a pesar de la gran variabilidad de media, los niños con implante coclear rinden de manera similar que los niños oyentes. La media de rendimiento de ambos

grupos es similar a los adultos oyentes con 8 canales de voces sintetizada, en situación simulada de escucha a través de un implante coclear. Los niños oyentes consiguen puntuaciones excelentes en reconocimiento de emoción en la voz con espectro completo en la comprensión, pero de media, muestran puntuaciones significativamente más bajas que los adultos oyentes con 8 canales de voz sintetizada

En relación a la identificación de la emoción gracias a la ayuda del implante coclear, Volkova (2014) comprueba la hipótesis de que los usuarios de implantes cocleares suelen tener dificultad para diferenciar hablantes, identificar expresiones vocales de emoción y reconocer melodías familiares debido a las señales espectrales degradadas proporcionadas por implantes convencionales. En su tesis doctoral, examinó estas habilidades en una pequeña muestra, relativamente privilegiada, de jóvenes usuarios de implantes bilaterales. En el Estudio 1 se requirió a niños con implante y a una muestra controlada de niños oyentes que juzgaran si varias expresiones fueron producidas por un hombre, mujer o niña (Experimento 1) y que identificaran voces de personajes de dibujos animados de programas de televisión familiares (Experimento 2). Los resultados en la clasificación de los hablantes de los implantados infantiles fueron comparables con la de los niños oyentes. La identificación de las voces de los personajes de dibujos animados fue menos exacta que la de los niños oyentes, pero muy por encima de los niveles esperados.

Respecto al nivel de estudios, tipo de estudios y situación laboral actual, al comparar ambas muestras, encontramos diferencias significativas sobre las que parece oportuna una reflexión.

Así como en la muestra de personas sordas el mayor porcentaje de personas se encuentran con un nivel educativo básico: primarios y/o de bachiller/equivalente, incluso un grupo de personas con estudios primarios incompletos; en la muestra de personas oyentes, el nivel académico es mayor, el porcentaje de estudios primarios incompletos es mínimo y es mayor el de estudios universitarios y de post-grado.

Si analizamos la situación laboral en la que se encuentran sordos y oyentes, vemos que el 87,7 % de oyentes están en activo frente al 61,6 % de sordos. En la muestra de personas sordas, encontrarse en activo desde el punto de vista laboral, no producía ningún tipo de relación significativa con las variables emocionales de nuestro estudio. Sin embargo, las personas oyentes, que en el momento de la evaluación se encontraban

trabajando, informaban de un mayor dominio del entorno y de establecer mayores relaciones positivas.

Por otro lado, nos interesaba analizar si por el hecho de que los estudios y/o trabajo estuvieran relacionados con el ámbito educativo y/o sanitario se podría establecer alguna relación con esas vocaciones y con el desarrollo de la inteligencia emocional de las personas. En lo que respecta a las proporciones encontradas a este respecto, en la muestra de oyentes, encontramos un mayor porcentaje que trabajan y/o dirigen sus estudios al ámbito educativo o sanitario que en la muestra de sordos.

El nivel educativo de las personas sordas se relaciona, de forma significativa, con las variables emocionales de nuestro estudio. Así, encontramos con crecimiento personal, con relaciones positivas, con depresión, con identificación emocional y con déficit de lenguaje. En términos generales, se observa que menores niveles educativos se corresponden con mayores puntuaciones en depresión, en déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional. Por otro lado, mayores niveles educativos, se corresponde con relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal.

Debido a la ausencia de estudios que relacionen el nivel educativo de las personas sordas y el desarrollo de la inteligencia emocional, de sus procesos de identificación y regulación, haremos referencia a aquellos realizados en oyentes.

Calleja, Rodríguez-Santos, Torres y García-Orza (2009) en un estudio en el que analizan la competencia lectora a nivel de educación secundaria obligatoria, a través del cual pretendían realizar inferencias causales sobre el contenido emocional, encuentran que la activación de los estados emocionales de los protagonistas de las historias estaba mediado por el nivel o competencia lectora de los estudiantes.

Diferentes autores (Palomera, Fernández-Berrocal y Brackett, 2008; Bueno, Teruel y Valero, 2005) señalan como el desarrollo de las habilidades relacionadas con la IE ha demostrado tener una influencia positiva en las dimensiones social, académica y laboral. Fernández-Berrocal y Ruiz (2008) evidenciaron la relación entre IE, rendimiento académico, bienestar psicológico, relaciones interpersonales y el surgimiento de conductas disruptivas.

En la misma línea, en los niveles educativos superiores, distintas investigaciones han encontrado relaciones significativas entre indicadores de adaptación social en universitarios y alta IE. Estos indicadores incluyen síntomas de salud mental, mayor satisfacción vital, mejores relaciones sociales, mayor empatía, relaciones íntimas y afectivas más satisfactorias, entre otras (Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000; Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Lopes, Salovey y Straus, 2003).

Respecto a la naturaleza de los estudios relacionada con la sanidad y/o educación y su relación con las variables emocionales objeto de estudio, comprobamos que si el tipo de estudios pertenecía al ámbito educativo o sanitario, las personas sordas mostraban mayores niveles de atención emocional, de claridad emocional y de reparación emocional. Así mismo, informaban de mayores puntuaciones en afecto positivo y relaciones positivas, autoaceptación, crecimiento personal y propósito de vida.

Respecto al ámbito laboral, las personas sordas que trabajaban en salud o educación presentan mayores niveles de atención emocional, claridad emocional y un propósito de vida más elevado.

Respecto a su núcleo familiar más próximo, las personas sordas con madre sorda, presentan mayores puntuaciones en afecto positivo pero mayores niveles de ansiedad. Igualmente, las personas sordas que tenían padre sordo informaban de mayor ansiedad.

La realidad es que la mayoría de las personas sordas de nuestro estudio, no tenían padres que compartieran la condición de sordera. Cortelo y Campos (2014) en un estudio cualitativo sobre la experiencia de ser padre de un niño sordo, describen la perspectiva de los padres, los sentimientos que envuelven a dicha experiencia, desde la desconfianza de la sordera hasta el afrontamiento. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, de forma individual, que fueron grabadas y transcritas. Los participantes fueron 5 padres con hijos con diagnósticos de sordera.

Después de agrupar el contenido en categorías para ser discutidas, los resultados muestran que hay una gran variedad de sentimientos y reacciones vividas por los padres. Inmovilidad, impotencia, fragilidad y pena aparecen en las respuestas, al igual que una falta de recursos internos para manejar la nueva situación. El tiempo y la interacción

fueron factores importantes que contribuyeron a un nuevo significado de la sordera y a la aceptación de los hijos por parte de sus padres.

Paradis y Koester (2015) destacan como aproximadamente de los 5000 niños sordos nacidos cada año en los E.E.U.U. (Thompson et.al., 2001), más del 90 % nacen de padres oyentes (Marschark, 1993). Dichos autores destacan como los niños sordos aprenden a comprender e identificar sus sentimientos verbales a través de interacciones con sus padres (Barton y Brophy-Herb, 2006). Un concepto fundamental en este contexto es la denominada Disponibilidad Emocional, que vendría a ser definida como la presencia de apoyo de una madre que anima a su hijo a explorar el mundo (Biringer y Robinson, 1991) y que actualmente incorpora una gama más amplia de contextos que la teoría del apego (Easterbrooks y Biringer, 2000), incluyendo en esta construcción diádica, la capacidad de respuesta y participación del niño durante la interacción. En términos de Disponibilidad Emocional esto es sensibilidad, pues en general, la crianza sensible y de respuesta ejerce una influencia positiva en el desarrollo del lenguaje, independientemente del estado de audición del niño (Pressman et al., 1998).

Cantor (1996) examinó los efectos de los factores de socialización familiar de los niños sordos y la comprensión de las múltiples emociones en una muestra de familias de padres oyentes con niños con una sordera severa y profunda. Desde el propio nacimiento de los niños sordos hasta las experiencias de soledad de los padres oyentes, además de los retrasos en el lenguaje, se deducía que, probablemente, los niños sordos se perdían mucha información sobre las emociones, especialmente sobre las emociones más complejas. En su estudio plantea la hipótesis de que los siguientes factores: expresividad de la familia, el clima familiar y el uso del lenguaje emocional que hace la familia; por sí solos no podían predecir la comprensión emocional de los niños sordos. Además, la aceptación parental de la sordera y la competencia en lengua de signos de los padres, podrían jugar un papel muy importante. La muestra estaba compuesta por 28 niños sordos y sus padres. Cada niño fue evaluado de forma individual usando una tarea de juicio de emoción a través de pictogramas. Los padres completaron el Cuestionario de Expresividad Familiar, la Escala de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Aceptación Parental. Los padres incluso fueron entrevistados para obtener un historial más profundo, sobre el uso de lengua de signos y fue evaluado su lenguaje emocional

signado. Los profesores evaluaron el vocabulario emocional de los niños y la aceptación parental de la sordera. Como se predijo, la aceptación parental de la sordera estaba relacionada significativamente con la competencia en lengua de signos que estaba, a su vez, relacionada con la comprensión emocional de forma individual. La expresividad de los padres predecía, directamente, la comprensión emocional. Las variables familiares no interactuaban como se esperaba, con lengua de signos para predecir variables dependientes.

Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006), en un estudio que realizan sobre el apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar; indican que las personas con un mayor bienestar informan de un bajo apego inseguro temeroso, recuerdan una relación más cálida, perciben una mayor expresividad emocional en su familia y, además, presentan una mayor claridad, regulación y , regulación y verbalización de emociones, así como un buen rendimiento, es decir, una mayor IE.

Tal y como señala Marschark (1993), las madres oyentes de niños sordos son físicamente más directivas, jugando un papel mucho más activo, si no intrusivo, en las conductas cotidianas de sus hijos que las madres de niños oyentes.

Donde sí encontramos más relaciones significativas es al relacionar la variable de lenguaje, si se comunican y comprenden L.S.E, con las variables emocionales. Respecto a si la madre hablaba en L.O, no se determinaron relaciones significativas con ninguna de las variables.

Las personas sordas de la muestra, que su madre se comunica con ellos en L.S.E., presentan mayores afectos negativos, mayor ansiedad y mayor déficit de identificación emocional. Mientras que si no se comunicaba con ellos, a través de la L.S.E., presentaban mayores niveles de autonomía.

Por otro lado, si es el padre el que se comunicaba con ellos, a través de la L.S.E., las personas sordas coincidían en presencia de mayores afectos negativos, mayor ansiedad y mayor déficit de identificación emocional; y sumaríamos mayor índice de depresión y de déficit de lenguaje emocional. De la mismas manera que, mayor autonomía, si el padre no se comunicaba a través de la L.S.E.

En cuanto a la población sorda, tal y como describen Paradis y Koester (2015), el uso de canales sensoriales altamente prominentes por parte de los padres ayuda al niño sordo a aprender a comunicarse de forma eficaz y de acuerdo con la trayectoria de desarrollo esperada. En los núcleos familiares directos, en relación a los padres y a los niños sordos, el tacto juega un papel primordial para el desarrollo de la comunicación. Se ha observado que madres oyentes con hijos sordos usan más comunicación gestual y táctil que las madres oyentes con niños oyentes (Spencer, 1993), y así comunicarse e interactuar con sus hijos de ambas formas, verbal y no verbal.

Nuestras conclusiones se encuentran, parcialmente, en la línea de Leigh, Robins y Welkowitz, (1990), quienes realizan un estudio sobre el impacto de la comunicación en vulnerabilidad depresiva en sordos. Destacan como componentes importantes, en la relación madre-hijo, el modo de comunicación y como el individuo percibe la comunicación con su madre. Este estudio examina el impacto de ambos factores entre sí y en la vulnerabilidad, de 102 estudiantes universitarios sordos, hacia síntomas depresivos. La depresión fue negativamente asociada con la comunicación percibida con la madre. El modo de comunicación estaba significativamente relacionado con la comunicación percibida con la madre. En aquellos sujetos que comunicaban oralmente puntuaban más alto y estaban menos deprimidos. Los sujetos que se comunicaban con sus madres a través de signos únicamente y, viceversa, puntuaban tan alto en comunicación maternal percibida como lo hicieron los sujetos que se comunicaban oralmente con sus madres. Esto sugiere que una buena relación entre madre e hijo, desde la perspectiva del modo de comunicación, impacta positivamente en la salud emocional de jóvenes adultos sordos.

Las personas sordas de la muestra con hermanos sordos, presentarían menores niveles de depresión. Si los hermanos se comunican a través de la L.S.E., se dan mayores niveles de atención emocional. Si los hermanos se comunican con ellos en Lengua Oral, existe una mayor percepción de dominio del entorno, por parte de las personas sordas.

La presencia de otro familiar que sea sordo y que hable en L.S.E, no produce tampoco ningún tipo de relación significativa con las variables emocionales.

Encontramos cierta similitud, en ambas muestras, resultado del análisis del posible contacto que las personas sordas y oyentes puedan tener con otras personas sordas, en particular, y con otras discapacidades en general. Las personas oyentes informan de tener poco contacto con personas discapacitadas y, el contacto con personas sordas, es mínimo.

No encontramos relaciones significativas entre la variable que analiza si las personas sordas estudiaron en un centro de integración con más personas sordas y las variables emocionales de nuestro estudio. Aunque tal y como señalan Rom y Silvestre (2012), tras realizar un estudio a partir de una muestra de 20 sordos y 20 oyentes, de la misma escuela de secundaria y con un sistema de comunicación basado en la lengua oral; los estudiantes sordos, en general, tienen una buena integración social en las escuelas secundarias convencionales, aunque no asumen tareas de liderazgo. Aunque, llegando al final de la adolescencia comienzan a aparecer casos de falta de integración.

En un estudio realizado por Kiger (1997), acerca de la estructura de las actitudes hacia las personas sordas: emociones, valores y estereotipos; se encuentran los siguientes resultados. El afecto y la experiencia pasada ocuparon un lugar prominente en las actitudes de los encuestados hacia las personas sordas. De nuestra muestra de oyentes, al no haber un número representativo de contacto con personas sordas, en particular y, con otras discapacidades, en general, no se han podido establecer ningún tipo de relación significativa.

Una de las variables que hemos intentado desglosar muy bien en nuestro estudio, ha sido la relacionada con el lenguaje. Por una parte, se han analizado las características lingüísticas del núcleo familiar de origen y próximo de la persona sorda, y por otro, la competencia lingüística de cada sujeto. En consonancia, las grandes líneas de investigación en el campo del lenguaje y su relación con el ámbito emocional en las personas sordas, tal y como refleja Harris, Rosnay y Pons (2005), se centran en cómo los niños con conocimientos avanzados de lenguaje son mejores en entendimiento mental que aquellos que no poseen conocimientos avanzados de lenguaje; los niños sordos nacidos en familias no signantes se demoran en la comprensión del estado mental y la exposición a conversaciones maternas ricas en referencias a estados mentales promueve la comprensión del estado mental, al igual que las intervenciones experimentales basadas en el lenguaje.

El debate se centra en el mecanismo mediante el cual el lenguaje y la conversación ayudan a los niños a comprender los estados mentales. Harris et al. (2005) señalan las tres interpretaciones rivales: el enriquecimiento léxico (el niño gana con la adquisición de un rico vocabulario mental), el enriquecimiento sintáctico (el niño gana tras adquirir herramientas sintácticas para incorporar un pensamiento en otro) y el enriquecimiento pragmático, en el que se articulan diferentes perspectivas sobre un tema determinado. El enriquecimiento pragmático surge como el candidato más prometedor.

Tal y como recoge Valmaseda (2008), en su estudio acerca de la alfabetización emocional de los niños sordos, además de las experiencias conversacionales tempranas hay numerosa evidencia que indica que la competencia sintáctica, semántica o morfológica en lengua oral o de signos se correlaciona con la ejecución en las tareas de Teoría de la Mente (De Villiers, 2005; Schick, De Villiers, De Villiers y Hoffmeister, 2007; Milligan et al., 2007). Un papel particularmente relevante parece jugar las estructuras sintácticas completivas que permiten incluir falsas proposiciones en juicios que son. También se obtienen correlaciones significativas entre las tareas de Teoría de la Mente y narraciones espontáneas acerca de estados cognitivos (Peterson y Slaughter, 2006).

En nuestra investigación, determinamos el español como lengua mayoritaria en la que las personas sordas se encuentran inmersas. En relación al lugar de origen de las personas sordas, de sus padres y de la lengua materna empleada, encontramos similares resultados respecto a la población oyente. En ambas muestras, se puede determinar España, como país de origen, del propio sujeto que participa en el estudio y de sus padres, y el español como lengua oficial del lugar y núcleo familiar de origen.

Sin embargo, existen claras diferencias significativas en cuanto a la competencia y grado de dominio de la Lengua Oral, como sistema no sólo de comunicación entre las personas, sino también de representación de la realidad, a favor de la muestra de personas oyentes.

La mayoría de las personas sordas, de nuestra muestra de estudio, nacen en un núcleo familiar, en el que la Lengua de Signos, en un primer momento no está presente. Aunque para ellos el concepto de lengua materna sea contradictorio, ya que consideran

que la L.S.E. es su lengua materna. Constatamos que había una concepción terminológica diferenciada, respecto al uso que hacemos de dicho concepto. En la línea del estudio de Kobosko (2009), la mayoría de los niños sordos de familias oyentes desarrollan capacidades de lenguaje limitadas, lo que significa que no dominan ni el lenguaje hablado ni el de signos al mismo nivel que sus respectivos semejantes oyentes con padres oyentes o sordos con padres sordos.

La Lengua Materna, hace referencia a la primera lengua que se adquiere en el hogar; dicha lengua se puede relacionar con el concepto de lengua nativa, que sería la que una persona adquiere en su infancia, porque es la lengua que se habla en la familia y/o es la lengua del país en el que vive (Blanco, 2007).

La lengua materna se aprende por imitación de las personas que nos rodean. La comunidad parlante impone de buenas a primeras un sistema cerrado y autosuficiente de signos verbales que el niño trata de imitar; y el proceso de imitación y ajuste a la norma social recorre varias etapas, con velocidad variable según las facultades miméticas individuales y según la presión mayor o menor que el medio familiar, primero, y social después, ejerce sobre cada niño (Gili, 1972).

Sin embargo, el mayor porcentaje de personas sordas no tienen como lengua materna la L.S.E.; es un número muy reducido el que se encuentra en esa situación. Porque, su núcleo familiar inmediato, no está formado por madres, ni padres, ni hermanos ni familiares cercanos sordos; aunque alguno de ellos haya desarrollado, posteriormente, cierta competencia en L.S.E. Tal y como habíamos señalado en la descripción del núcleo familiar de las personas sordas de nuestro estudio, añadimos las consideraciones de Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, Kubicek y Emde (1998), que destacan como la crianza sensible y de respuesta ejerce una influencia positiva en el desarrollo del lenguaje, independientemente del estado de audición del niño. Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, Kubicek y Deas (1999), encontraron que la sensibilidad materna influía favorablemente en el lenguaje de los niños preescolares con pérdida auditiva, incluso cuando estaban controladas las diferencias entre niños y familias en el nivel inicial de lenguaje del niño, en el modo de comunicación, en la severidad de la pérdida auditiva y educación materna. El hallazgo de estos autores es importante porque, hasta ahora los niños sordos con padres oyentes a menudo mostraban retrasos y déficits en el lenguaje, en comparación con los niños sordos con padres sordos. Pressman et al.,

(1998) afirmaban que los niños sordos con padres oyentes podrían ser, particularmente, necesitados de padres sensibles.

En el estudio realizado por Paradis y Koester (2015), destacan como las madres sordas de niños sordos están criando y comunicándose con sus hijos de una manera que estas madres ya comprenden el uso de acomodaciones señoriales adicionales según sea necesario. Los comportamientos parentales intuitivos que las madres sordas aplican, como usar el tacto para mejorar la comunicación, son automáticas y naturales para ellas. Los padres sordos con hijos oyentes estén criando, probablemente, a sus hijos para que sean bilingües, y por lo tanto, tienen poca necesidad de ajustar sus estrategias de crianza. Los padres oyentes de este estudio con hijos sordos, tienen un desafío añadido y deben aprender a comunicarse con su hijo que no tienen de forma natural, por ejemplo usando el tacto atencional. Aunque los padres oyentes estén usando el tacto, ya en su modo de comunicación, lo están haciendo de manera diferente respecto a las diadas de madres oyentes con niños oyentes; ya que puede que, todavía, no sientan de forma tan natural usar el tacto como los padres sordos lo usan.

Las personas con deficiencia auditiva pueden presentar dificultades en el desarrollo social, debido a los problemas relacionados con la comunicación, lo cual influye de manera negativa en su calidad de vida y los sitúa en una posición de desventaja, con respecto a la población oyente (Fellinger et al., 2007); sin embargo, este hecho se ve modulado por la utilización del lenguaje de señas, lo cual favorecería las relaciones interpersonales (Fellinger et al., 2007), y además, podría disminuir el malestar subjetivo relacionado por la deficiencia auditiva, aumentando el sentido de competencia personal.

La habilidad de comunicarse a través de la lengua de signos puede ser considerado un factor de protección, ya que se ha encontrado una asociación entre la calidad de vida y la posibilidad de escuchar (Holzinger et al., 2007). El lenguaje de signos puede constituirse en una herramienta alternativa de comunicación ante la dificultad auditiva, que permite a estas personas tener unas mejores relaciones sociales y disminuir la ansiedad que genera. Aunque los resultados obtenidos en nuestro estudio pueden resultar contradictorios en comparación con la literatura previa. A continuación, pasamos a describirlos.

Analizamos la relación existente entre la variable de Lengua de Signos como lengua materna y las variables emocionales. Tras los datos obtenidos, vemos que existe una relación significativa entre el déficit de lenguaje emocional y la L.S.E como lengua materna. De tal manera que las personas sordas que usaban la L.S.E., como lengua materna, presentaban mayores niveles de déficit de lenguaje emocional. Sin embargo, hemos de señalar que el grupo que, verdaderamente, tenía la L.S.E. como lengua materna, era muy reducido.

En investigaciones previas, (Heuer, 2010), la lengua de signos fue reconocida generalmente como beneficiosa por las familias, aunque en algunos casos causó tensiones.

Respecto a la lengua hablada de las personas sordas, encontramos relaciones significativas con atención emocional, con reparación emocional, con relaciones positivas, con crecimiento personal y con depresión de naturaleza positiva.

Las personas sordas que usaban la Lengua Oral y la L.S.E., presentaban mayores niveles de atención emocional y de relaciones positivas.

El uso de la lengua oral producía mayor reparación emocional y crecimiento personal. Y el uso de la L.S.E. se relacionaba con mayores índices de depresión. Respecto a las lenguas que comprenden las personas sordas, encontramos relaciones positivas con atención emocional, con reparación emocional, con afecto negativo, con relaciones positivas, con crecimiento personal y con depresión.

En los posteriores análisis post-hoc, encontramos las siguientes relaciones. Las personas sordas, que comprendían la lengua oral y la L.S.E., reflejaban una mayor atención emocional, una mayor reparación emocional y crecimiento personal. Mayores relaciones positivas se relacionaban con la comprensión de la L.O. Y, mayor índice de depresión y de desarrollo de afecto negativo con la comprensión de la L.S.E.

Nuestros resultados se encuentran en la misma línea de los realizados por Fellingner et al., (2007). Afirman que las personas con discapacidad auditiva pueden presentar dificultades en el desarrollo social, debido a los problemas relacionados con la comunicación, lo cual influye de manera negativa en su calidad de vida y los sitúa en una posición de desventaja, con respecto a la población oyente sin embargo, este hecho se ve modulado por la utilización del lenguaje de signos, lo cual favorecería las

relaciones interpersonales y, además, podría disminuir el malestar subjetivo relacionado por la deficiencia auditiva, aumentando el sentido de competencia personal.

Posteriormente, se analizaron los contextos donde se usaban dichas lenguas. Se estudió el hogar, el centro de trabajo y estudios y el círculo cercano con los amigos.

La lengua empleada en el hogar tenía relaciones significativas con atención emocional, con reparación emocional, con afecto negativo, con crecimiento personal, con dominio del entorno y con depresión.

Los resultados post-hoc, nos informan de mayores niveles de atención emocional, de reparación emocional y de crecimiento personal con el uso en el hogar de ambas lenguas. Un mayor dominio del entorno, por parte de las personas sordas, si usaban la lengua oral en el hogar. Y mayores índices de depresión y de desarrollo de afecto negativo con el uso de la L.S.E, como única lengua en el hogar.

Las lenguas empleadas en el centro de estudios, se relacionan de forma significativa con dominio del entorno, con crecimiento personal y con propósito de vida. En los análisis post-hoc, se encuentran que las personas sordas que usaban ambas lenguas, presentaban mayor crecimiento personal. Y si empleaban la lengua oral, un mayor dominio del entorno y de propósito de vida.

Las personas sordas que emplean la lengua de signos en el trabajo, informan de desarrollo de afecto negativo y de mayores índices de depresión.

En relación a la lengua hablada con los amigos, se encuentran relaciones con las variables de atención emocional y con crecimiento personal. De tal manera que, las personas sordas que emplean ambas lenguas con sus amigos, presentan mayores niveles de atención emocional y de crecimiento personal.

Por lo tanto, el uso de la Lengua de Signos junto con la Lengua Oral, parece estar relacionado con un mayor nivel de desarrollo de la Inteligencia Emocional y del bienestar psicológico de las personas sordas. Probablemente, el aparente efecto negativo que hemos señalado respecto al uso de la L.S.E, en relación a las variables emocionales de nuestro estudio, esté más relacionado con el hecho de tener padres sordos, que por emplear la L.S.E como medio de comunicación y de representación de la realidad.

Además, es necesario señalar que, en muchos de los contextos donde hemos estudiado el empleo de la L.S.E., las personas con las que se relacionan como son el resto de estudiantes o de trabajadores, no conocen la L.S.E. y, al no compartir dicho código lingüístico, la comunicación no es efectiva. De ahí que nuestros resultados relacionen la L.S.E. con estados emocionales negativos.

Los resultados se encuentran en la misma línea de investigación de Hoffman, Quittner y Cejas (2015); quienes demuestran que los déficits de lenguaje tendrían efectos negativos en cascada sobre el desarrollo de la competencia social en los niños sordos jóvenes. Para esta población es necesario el desarrollo de programas de intervención temprana dirigidos tanto al lenguaje como a las habilidades sociales. Debido a deficiencias en el lenguaje oral, los niños sordos mostrarían niveles más bajos de competencia social que sus compañeros oyentes. Además, la edad del lenguaje predeciría las puntuaciones de competencia social. La competencia social se midió con una medida general y una específica de sordera. Los resultados mostraron que los niños con pérdida auditiva se comportaron significativamente peor que los compañeros oyentes en términos generales, pero mejor que la norma sobre la medida de sordera específica. Controlando la educación materna y los ingresos, los análisis de regresión indicaron que el estado de la audición y la edad del lenguaje predijeron la competencia social en ambos grupos. Entre los niños con pérdida auditiva también se encontraron correlaciones entre la edad de diagnóstico, la edad de la amplificación y dos de las medidas de competencia social general.

Kusche, Garfield y Greenberg (1983), en su estudio acerca de la comprensión emocional y las atribuciones sociales en los adolescentes sordos, destacan el papel tan importante que juega el lenguaje en la comprensión de las atribuciones causales, de los conceptos emocionales, y de las asociaciones de causa-efecto. La temprana deprivación del lenguaje puede afectar al retraso del desarrollo socio-emocional. En dicho estudio, no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, lo que demostraría que la comprensión emocional no es meramente producto de la maduración cronológica. Y solo una diferencia significativa para el sexo. El nivel de competencia lingüística fue altamente significativo. Los estudiantes sordos con unas mayores puntuaciones en competencia lingüística mostraban una mayor consistencia en la comprensión de conceptos

En relación a las diferencias en las variables emocionales objeto de estudio entre sordos y oyentes, constatamos los siguientes datos de interés.

En cuanto al desarrollo de afecto positivo, que reflejarían el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, en alerta, con energía y con una participación gratificante; y el desarrollo y vivencia de afectos negativos, que representarían una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, culpa, ira, miedo y nerviosismo, (Watson et al., 1988). Encontramos diferencias significativas respecto al afecto, tanto positivo como negativo; las personas sordas viven con gran intensidad tanto afectos positivos como negativos.

En consonancia con nuestros resultados, Rieffe y Terwogt (2006), demuestran como los niños sordos empleaban la función comunicativa de la expresión de la ira de manera diferente a la de los niños oyentes. Mientras que los niños oyentes usaban la expresión de la ira para reflexionar sobre la angustia que otro niño les causó, los niños sordos lo usaron sin rodeos y explicaron menos. Además, los niños sordos esperaban menos respuestas empáticas de los compañeros causándoles daño. Sin embargo, ambos grupos esperaban igualmente que la relación con los pares permaneciera intacta. Estos hallazgos se discuten a la luz de la socialización de la emoción deteriorada de los niños sordos, secundaria a sus limitadas habilidades de comunicación.

En la línea del desarrollo de afecto negativo y de la regulación emocional de las personas sordas de nuestro estudio, Rieffe y Terwogt (2004); sugieren que los niños sordos, aunque en principio son capaces de llevar a cabo el razonamiento de creencia-deseo, permanecen centrados principalmente en el mero cumplimiento de sus propios deseos. La supuesta "terquedad" de los niños sordos, tratando de obtener lo que quieren repitiendo constantemente su propio deseo, podría ser un resultado directo de los patrones de comunicación restringidos entre ellos y sus padres. Aunque reestablecer sus deseos es la manera más fácil y clara de indicar su problema, se considera una manera socialmente inadecuada de "negociación" en el mundo auditivo. Probablemente, no es la manera más acertada para que los niños sordos obtengan sus deseos tampoco. Por otra parte, los intentos infructuosos que se cumplen por una falta de comprensión harán que sea difícil para los niños sordos para mantener su confianza en sí mismo.

Una baja autoestima parece estar presente en los niños sordos (Desselle, 1994). Con el fin de enseñar a los niños sordos cómo cambiar esta estrategia, destacan la necesidad de apelar a su inteligencia emocional. Lamentablemente, el desarrollo de la inteligencia emocional en los niños sordos también se ve obstaculizado por la ausencia de discusiones más elaboradas sobre los fenómenos mentales (Hosie et al., 2000; Monfredi, 1993; Rieffe y Terwogt, 2004). Los patrones de reacción mal adaptativos, la baja autoestima y el retraso en la competencia emocional pueden formar una tríada peligrosa, lo que fácilmente podría desencadenar un círculo vicioso con consecuencias a largo plazo (Nunes, Pretzlik y Olsson, 2001; Rieffe y Terwogt, 2002). Tal y como destacan estos autores, la única manera de llegar a una ruptura parece ser crear un ambiente estimulante, abierto y paciente en términos de posibilidades comunicativas. Muchos niños experimentan esto por primera vez cuando entran en una institución especializada para sordos. Sin embargo, en ese momento, ya tienen un largo camino por recorrer para superar sus problemas iniciales.

De las aportaciones de Hosie et. al., (2000), acerca de la comunicación de la ira, uno de los resultados que aportan es que no solo los niños sordos demuestran más ira que los oyentes; si no que pueden hacerlo incluso de manera más constructiva, incluso con respecto a las relaciones positivas entre iguales. Rieffe y Terwogt (2006), confirman la hipótesis de que los niños sordos tienden a comunicar algo sin rodeos e incluso su enojo. Eran más pesimistas acerca de recibir una respuesta empática de niños oyentes. Aunque el impacto emocional de los escenarios fue el mismo para niños y niñas, se encontró que las niñas eran más propensas a explicar su ira y esperar más respuestas empáticas de sus pares que los varones.

El grupo de personas oyentes, describirían mantener un mayor número de relaciones positivas, un mayor grado de autonomía, de dominio del entorno, de crecimiento personal y de propósito de vida.

Sin embargo, estudios previos informan, en relación al establecimiento de relaciones positivas que, aunque las personas sordas demuestran una calidad de vida peor y un mayor nivel de distress mental, existen similitudes respecto a la población general en el dominio de relaciones sociales, por lo que no todos los dominios se verían afectados, Fellingner et al., (2005).

El grupo de personas sordas de nuestro estudio, difieren significativamente en el déficit de identificación emocional y presentan un mayor déficit de lenguaje, a la hora de poder nombrar las emociones.

En la misma línea, Grossman y Kegl, (2007), realizaron una investigación acerca del lenguaje de signos americano (ASL), en la que el propósito era presentar datos sobre cómo los sordos signantes y los oyentes que no signan reconocen y categorizan una variedad de expresiones faciales comunicativas en ASL, usando estímulos dinámicos en lugar de imágenes estáticas. Los estímulos incluyeron seis tipos de expresión elegidos porque compartían semejanzas abiertas pero expresaban contenido diferente. Los participantes oyentes eran más precisos en sus categorizaciones, pero expresaron una menor confianza general en cuanto a su desempeño. Curiosamente, se produce un patrón inverso con los participantes sordos, ya que expresaban de forma significativa mayor confianza en sus elecciones que los oyentes; pero las precisiones en sus puntuaciones, respecto al reconocimiento y categorización, eran menores.

Tal y como señala Delvecchio (1999), en su estudio acerca de la comprensión emocional de los niños sordos, la progresión es similar respecto al desarrollo en la comprensión emocional entre sujetos sordos y oyentes. Encuentra que los patrones difieren en chicos sordos y chicas dependiendo de las edades. Los niños sordos presentan niveles de comprensión emocional de forma más tardía que los niños oyentes; mientras que las niñas que comparten lengua nativa con sus padres, tanto niñas sordas con padres sordos, como niñas oyentes con padres oyentes, presentan niveles en edades más tempranas respecto a niñas sordas con padres oyentes.

Las expresiones faciales en lengua de signos transmiten una variedad de rasgos comunicativos. Mientras la emoción puede modular el habla a través de cambios en la entonación, duración e intensidad, en la LS, las expresiones faciales concretas realizadas al mismo tiempo o de forma paralela con un signo manual, desempeñan esta función. Cuando los adultos sordos signantes no pueden ver las expresiones faciales, su habilidad para juzgar las emociones en el habla signada se ve deteriorada (Reilly, McIntyre y Seaga, 1992).

En un estudio realizado por (Denmark, Atkinson, Campbell y Swettenham, 2014), acerca de cómo usaban la cara los niños sordos con un desarrollo típico y los niños sordos con trastorno de espectro autista, cuando comprenden expresiones faciales emocionales en la lengua de signos británica; en el que se examinó el papel de la cara en la comprensión de la emoción en la LS en un grupo de niños sordos con un desarrollo normalizado y en otro grupo de niños sordos con trastorno de espectro autista. Se replicaron los resultados de Reilly et al., (1992), en adultos, en el grupo de niños signantes con desarrollo normalizado, confirmando la importancia de la cara en la comprensión de las emociones en la LS. El grupo que presentaba, además de la sordera, trastorno de espectro autista, presentó un menor reconocimiento de las emociones, respecto al grupo anterior. Presentaban el mismo déficit en el reconocimiento de las emociones en LS que los niños autistas, que no presentaban sordera, respecto al reconocimiento de las emociones a través del habla.

Respecto a la atención emocional, aunque en nuestro estudio no existan diferencias significativas, entre la población sorda y oyente; en investigaciones previas, se ha demostrado que las personas sordas atienden y prestan más atención a la cara, en comparación con otros estímulos visuales, incluyendo las manos (Agrafiotis et al., 2003; Emmorey, Gertsberg, Korpics y Wright, 2009). La cara provee tanto de información lingüística como social, al igual que las pistas que proporciona la lectura labial (Letourneau y Mitchell, 2011). La cara parece suplir la carencia informativa que a las personas oyentes les proporciona la entonación en el habla.

Sorprendentemente, solo hay un estudio que ha investigado la importancia de la cara en la comprensión de las emociones en el contexto de la lengua de signos, (Reilly et al., 1992). Presentó a adultos sordos videos en los que una persona signante, producía frases en Lengua de Signos Americana y en las que el contexto era neutral: por ejemplo: “la próxima semana mi hermano viene a visitarme”. El modelo signante producía cada frase con cinco emociones diferentes: neutral, alegría, tristeza, enfado y sorpresa. En la mitad de las frases, el espectador podía ver las manos del modelo y la cara y, en la otra mitad, el modelo signante llevaba una máscara que ocultaba la cara y sólo se veían las manos. Los espectadores fueron preguntados para categorizar cada frase en una de esas cinco categorías. Aunque los participantes podían usar otras claves visuales, además de la cara para el reconocimiento de las emociones, en el supuesto de la máscara, por ejemplo, movimiento corporal, velocidad de signado, etc.; la media de respuestas correctas fue

del 77%. Cuando la cara era visible, la media de respuestas correctas aumentaba considerablemente a un 93%.

En el estudio de Denmark et al., (2014), añadieron a las categorías de Reilly tres más: molesto/irritado, disgustado y travieso/pícaro. Los resultados confirman los mismos obtenidos por Reilly et al., (1992), de adultos en una muestra de niños de edades comprendidas entre 8.5 y 16.5 años. Por lo tanto el uso de la cara es vital para la comprensión de las emociones. El segundo hallazgo importante es que el grupo de niños sordos con autismo presentan resultados peores que el grupo de niños sordos. El patrón de errores fue similar en ambos grupos. Confusiones similares se encontraron ante las emociones específicas, en las situaciones de enmascaramiento aunque el grupo de sordos con autismo, presentaba confusiones añadidas, sobre todo en la categoría de “travieso/pícaro”. Éstos, además reconocían menos emociones, igual que los oyentes con trastorno de espectro autista. Las emociones de sorpresa y disgusto, en la condición de enmascaramiento, fueron las más difíciles de detectar.

Tal y como señala Izard (1991), la clase de emoción influye en la extensión de cómo los niños atribuyen deseos o pensamientos. El miedo evoca menos atribuciones a deseos, pero más a creencias y pensamientos, en comparación con alegría, enfado y tristeza. El miedo es vivido como una posible anticipación del daño

La comprensión de las emociones y la Teoría de la mente son dos de los aspectos de la cognición social en la que los niños sordos demuestran desarrollos tardíos (Brown y Dunn, 1996; LaBounty, Wellman, y Olson, 2008; Laible y Tompson, 1998), (Peterson, Wellman, y Slaughter, 2012; Rieffe, Terwogt, y Smit, 2003).

El estudio de Ziv, Most y Cohen (2012), investiga esos aspectos de la cognición social en dos subgrupos de niños sordos. Aquellos que tenían implante coclear y que se comunicaban oralmente y aquellos que usaban la Lengua de Signos, en comparación con los niños oyentes. La muestra estaba compuesta por 53 niños israelíes: 20 oralistas, 10 signantes y 23 oyentes. Tuvieron que identificar y comprender tareas de falsa creencia. Los resultados revelan similitudes entre todos los niños en la tarea de etiquetar emociones, entre oralistas y oyentes en las falsas creencias y en la comprensión de

emociones en contextos típicos; y un desarrollo y ejecución menor en las tres tareas respecto a los sordos signantes.

Los grupos muestran habilidades comparables en etiquetar emociones a partir de expresiones faciales en fotografías y en la comprensión de las emociones de otros en historias, incluso cuando las emociones eran diferentes respecto a las propias, este es uno de los hallazgos importantes del estudio. En las tres tareas, puntuando emociones a través de expresiones faciales; identificando emociones elicítadas en contextos típicos, a través de ilustraciones y, en la comprensión de falsas creencias, los niños sordos signantes presentaban niveles significativamente menores que los oyentes y que los sordos oralistas. En relación a la respuesta ante los seis patrones de emociones estudiadas no se encontraron diferencias entre los tres grupos.

En la tarea de la falsa creencia, el porcentaje de éxito de los niños implantados fue del 70 %, mayor respecto a otros estudios realizados previamente en los que se examinaba la habilidad de la falsa creencia entre sordos oralistas sin implante (Peterson et al., 2005). En este estudio, se sugiere que el implante coclear podría jugar un papel importante en el desarrollo de la falsa creencia desde edades tempranas.

Respecto al tipo de emociones, el disgusto y la sorpresa parecían las más difíciles de etiquetar, mientras que el enfado y el miedo presentaban niveles intermedios de dificultad. Estudios previos sugirieron explicaciones para la gran dificultad de la comprensión del disgusto y de la sorpresa. Acerca del disgusto, encontraron que era menos frecuente en el discurso entre las personas en comparación con el resto de emociones, (Gray, Hosie, Russell y Ormel, 2001). Respecto a la sorpresa, fue considerada como una emoción compleja que está constituida por emoción básica de la alegría y por las expectativas o creencias de que puede no ser realizada (Golan, Baron-Cohen, Hill y Golan, 2006). La similitud en los patrones de respuesta entre los niños oyentes, los oralistas con implante coclear y los niños signantes, indican que, a pesar de las diferencias en las puntuaciones finales en algunas de las tareas, la secuencia del desarrollo del aprendizaje en la identificación de las diferencias entre las emociones es similar en los tres grupos.

En consonancia con lo resuelto por Rieffe y Terwogt (2000), los niños sordos, frecuentemente, tienen problemas de comprensión de las emociones respecto a los oyentes. En el estudio realizado por dichos autores, que se centra en el uso espontáneo

de los estados mentales para explicar las emociones de los otros, por niños sordos de 6 a 10 años, en comparación con sus iguales; los niños sordos hacían referencia a los pensamientos de los otros la mitad de las veces que los oyentes, y sus referencias a deseos incluso excedían a los oyentes. Esta relativa priorización de la expresión de deseos es explicada en términos de unos posibles modelos de comunicación de los niños sordos. Los problemas específicos que los niños sordos encuentran en su comunicación diaria podrían explicar la abundancia de referencias a deseos, probablemente, ellos dan mayor prioridad a enfatizar sus propios deseos y necesidades sin ambigüedad. Los resultados muestran que, tanto sordos como oyentes, eran capaces de predecir las emociones básicas de forma correcta. Estudios previos demuestran que la capacidad de los niños oyentes de predecir emociones básicas se iniciaba en edades más tempranas. (Barden, Zelko, Duncan y Masters, 1980) y (Harris, Olthof, Terwogt y Hardman, 1987),

Odom, Blanton y Laukhuf (1973) encontraron que niños sordos de 7 y 8 años todavía tenían problemas en identificar e interpretar situaciones emocionales. Además, en ese estudio, muchos de los niños sordos no siempre se acercaban a las predicciones de las emociones de forma precisa inmediatamente, sin embargo disminuía con la edad. Todos los niños sordos de 6 años del estudio tuvieron que ser evaluados de nuevo, por el examinador, para nombrar una emoción, por lo menos una vez más. Aunque las referencias a creencias y pensamientos, en ambos grupos, iban aumentando con la edad.

Consistentemente, otros estudios mostraban que los niños oyentes entendían las relaciones causales entre una situación y una emoción a partir de los 6 años (Stein y Trabasso, 1989), pero que rara vez hacían referencias a creencias y pensamientos para explicar las emociones de otros. Por otro lado, a partir de los 10 años, las referencias a pensamientos aumentaban como causas de reacciones emocionales visibles (Harris, Olthof, y Terwogt, 1981).

En consonancia con lo hallado por Buxton (1996), destacamos el papel fundamental del lenguaje para el desarrollo de la comprensión y expresión emocional. Buxton, a través de la comparación de los niños oyentes y niños prelocutivos, severos o profundamente sordos de padres oyentes, encontró que los niños sordos que estaban siendo entrenados en lenguaje oral solamente o en programas de lenguaje que incluyen signos difieren en una medida de comportamiento adaptativo social. Tanto en los niños oyentes como en

los sordos, las habilidades para identificar las respuestas emocionales de los otros en diversas situaciones y para reconocer cómo los demás expresarían esta respuesta, variaban con el desarrollo de la edad. Los niños mayores oyentes y sordos mostraron más comprensión de los estados emocionales de los demás que los más jóvenes. Una proporción sustancial de los niños sordos más jóvenes no sabían o no podían utilizar fácilmente nombres de emociones comunes para describir las respuestas de los demás a situaciones que producían emociones. Sin embargo, en la medida de selección de emociones faciales no lingüísticas, el 75% de los niños signantes más jóvenes respondieron a un nivel por encima del azar y desempeñaron la tarea al igual que los compañeros de la misma edad.

Respecto a las variables que nos informan acerca de estados emocionales negativos como son la ansiedad y la depresión, encontramos también diferencias significativas. La población sorda presenta mayores niveles de ansiedad. Estos hallazgos están en consonancia con estudios anteriores, que indican que la prevalencia de trastornos mentales en la población de personas con discapacidad auditiva es significativamente mayor, para todas las edades, que la prevalencia de estos mismos trastornos en la población general (Kitson y Hindley, 2000), lo que incrementa la importancia de prestar una atención especializada. En la misma línea, se han desarrollado estudios relacionados con la Inteligencia Emocional y la sintomatología ansiosa y depresiva. Inicialmente, fue Nolen-Hoeksema (1991, 2000)

La relación entre la discapacidad auditiva y los problemas relacionados con la salud mental, particularmente ansiedad y depresión, ha sido un tema que ha recibido poca atención en la investigación científica; esto se refleja en la escasa literatura que puede hallarse en el medio académico (Connolly, Rose y Austen, 2006).

Algunos autores consideran los problemas mentales en los niños sordos como el doble respecto a los oyentes, sin embargo otros difieren en esas teorías, asociando la alta prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en población sorda con el desconocimiento de la lengua y de la cultura de la comunidad sorda. Más allá, se pueden identificar factores de riesgo que pueden llevar a los niños sordos a sufrir problemas psiquiátricos. Algunos de ellos son el retraso en el aprendizaje del lenguaje y en las dificultades secundarias en el desarrollo de relaciones constantes e íntimas con sus iguales. Dichos factores pueden

desembocar en trastornos de baja autoestima y afectivos, (Olalla, García y Ramírez, 2005).

Por ello, tal y como indican (Restrepo y Clavijo, 2004), es necesario considerar las implicaciones emocionales, afectivas y sociales que vienen ligadas a la discapacidad auditiva, puesto que las situaciones de aislamiento, comunicación y las dificultades a las que esta población se enfrenta en su cotidianidad, pueden repercutir negativamente en el proceso de integración y relación social.

Aunque, en nuestro país, la Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USMS) se pone en marcha en enero de 2002, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, (Instituto Provincial de Psiquiatría) de la Comunidad de Madrid (HGUGM), formando parte de la cartera de servicios del Área 1 de salud, y siendo un servicio pionero en ésta materia dentro de la sanidad pública, hemos de puntualizar que nace como parte de las Unidades de Referencia Institucional, por lo que atiende a personas sordas de todas las áreas de salud de la Comunidad de Madrid, así como de otras Comunidades Autónomas que carezcan de estos servicios específicos, (Muñoz y García, 2003). Las personas sordas de nuestro estudio manifiestan la saturación de dicho servicio y el poco seguimiento que se puede hacer de los pacientes, debido a la gran población sorda que debe atender. Esta unidad, siguiendo las recomendaciones de la European Society for Mental Health & Deafness (Sleeboom, 1991), cuenta con despachos más amplios y luminosos y, en la medida de lo posible libres de ruidos, que permitan una fácil interacción visual entre los participantes en las entrevistas.

Las personas con discapacidad auditiva presentan mayor presencia de síntomas emocionales y comportamentales, tienen menores niveles de calidad de vida, y presentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en comparación con las personas oyentes (Casas et al., 2009),

Existen antecedentes de riesgos altos de enfermedad mental dentro de la comunidad sorda, tal y como señalan Fellingner et al. (2005). La evaluación del grado de estrés mental y de la calidad de vida en la comunidad sorda es difícil de evaluar, debido a los problemas de comunicación en lengua escrita y hablada.

En la misma línea del estudio que realizaron dichos autores, (Fellinger et al., 2005), sobre el distress emocional de las personas sordas con 236 sordos y, a través de una versión interactiva informática de fiabilidad aceptable usando la Lengua de Signos, se les evaluó con el World Health Organisation's Brief Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF), con el Cuestionario General de Salud de 12 ítems (GHQ-12) y con cinco subescalas del Inventario de Síntomas (BSI). Se compararon los resultados con datos normativos de oyentes de habla alemana.

Los resultados del estudio revelan que la muestra de personas oyentes tenía una significativa peor calidad de vida en comparación con la población en general, en los dominios físicos y psicológicos, medidos por el WHOQOL-BREF. Sin embargo, en el dominio de relaciones sociales no se encontraron diferencias significativas. Todos los resultados procedentes del GHQ-12 y BSI muestran niveles de estrés emocional mayores en las personas sordas.

Las diversas explicaciones que se pudieron encontrar para los altos niveles de distress mental encontrados en dicho estudio, van desde la falta de comunicación en edades tempranas, como experiencia común de los niños sordos que crecen en una familia oyente, hasta los problemas emocionales y de conducta como consecuencia de las dificultades del lenguaje, incluso en población oyente, Howlin y Rutter (1987); sin olvidar que algunas personas sordas han sido víctimas de abuso y esto se asocia a altos niveles de problemas mentales, (Ridgeway, 1993).

En el estudio de Simon (2011), se exploraron los antecedentes y reacciones emocionales de los adultos sordos. Se administró una versión sorda de la Encuesta Internacional de Antecedentes Emocionales y Reacciones (ISEAR-D), un Cuestionario de Antecedentes y la Escala de Aculturación de Sordos (DAS-58) a una muestra de 88 estudiantes sordos, para explorar antecedentes y reacciones emocionales y sus vínculos con la cultura sorda. Esta muestra sorda se comparó con una muestra auditiva internacional aleatoria y una muestra auditiva estadounidense. Se encontraron diferencias en la mayoría de las reacciones y algunas dimensiones de evaluación. Los resultados sugieren que las diferencias podrían explicarse por el proceso de aculturación. Se introduce la posible existencia de una experiencia de emociones cualitativamente diferente y de diferente manera encarnada en las personas sordas.

Recientes hallazgos muestran que los niños sordos tienen una diferente lógica en la aparición de las emociones, en comparación con sus pares oyentes, (Rieffe, Terwogt y Smit, 2003). Se hipotetizó que los niños sordos, en caso de resultados negativos, se centraban más en la pérdida que en el estado de deseo, que evoca predicciones de tristeza; mientras que sus pares oyentes se centraban más en las condiciones que les conducían a los resultados negativos, las que conllevaban predicción de enfado o ira, especialmente, cuando las situaciones no parecían totalmente sin esperanza o inútiles aún. Los resultados de este estudio, obtenidos de una muestra de niños de 9 y 11 años sordos y oyentes, confirman este patrón y muestran que los niños sordos tendían a concentrarse primeramente en la realización de deseos en sus predicciones emocionales y explicaciones, mientras que desatendían los factores que conducían a los resultados negativos. Incluso en comparación con los niños oyentes, ellos ignoraban el control de la situación. Posiblemente, los niños sordos conservaban sus mensajes cortos y simples para minimizar una malinterpretación potencial y podían mantenerlos fuera de su rutina. Otra explicación es que los niños sordos tienen un menor desarrollo de las capacidades de la Teoría de la Mente, debido a los significados limitados de la comunicación, ellos se desenvuelven en un medio oyente.

Por último, analizaremos los resultados referentes a las correlaciones que, en ambas muestras, presentan atendiendo únicamente a las variables emocionales; y estableceremos las diferencias entre las personas sordas y oyentes. Debido a la escasa literatura previa referida a dichos ámbitos en población sorda adulta, en general, y en niños sordos, en particular, referiremos nuestros resultados a estudios previos realizados en oyentes y en niños sordos.

En la muestra de personas sordas, encontramos correlaciones con alto nivel de significatividad, entre atención emocional, claridad y reparación emocional; con afecto positivo y autoaceptación; con dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida. En relación a claridad emocional, se relaciona de forma muy significativa con el resto de variables emocionales, a excepción de reparación emocional e déficit de identificación emocional; con déficit de lenguaje emocional lo hace de forma negativa, al igual que con depresión. Por lo tanto, las personas sordas que muestran menor

atención emocional, presentarían mayor índice de depresión; al igual que con menor claridad emocional, asociaríamos mayor déficit de lenguaje emocional y mayores niveles de depresión.

Respecto a reparación emocional, encontramos relaciones significativas con afecto positivo, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida. De forma negativa con ansiedad y con depresión. Menores niveles de reparación emocional en las personas sordas, se relacionarían con mayores índices de ansiedad y depresión.

En la muestra de personas oyentes también encontramos bastantes correlaciones, con un alto nivel de significatividad, entre las variables que miden la inteligencia emocional.

En atención emocional, vemos relaciones, de naturaleza negativa con autonomía. De naturaleza positiva con claridad emocional, con afectos negativos, con déficit de identificación emocional, con ansiedad y depresión. Existen menos correlaciones y en diferentes variables, en comparación con la muestra de sordos, que encontrábamos relaciones en atención emocional, claridad y reparación emocional; con afecto positivo y autoaceptación; con dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de; y de forma negativa con depresión. De tal manera que, las personas oyentes con altos índices de atención emocional, presentarían menor autonomía. Y los oyentes con mayores niveles de atención emocional, también presentarían mayor claridad emocional, mayor déficit de identificación emocional, y mayores niveles de ansiedad y depresión.

En la muestra de oyentes, sin embargo, la variable de claridad emocional correlaciona con el total del resto de variables de forma altamente significativa. Al igual que ocurre con reparación emocional, que con la única variable que no correlaciona de forma significativa es con déficit de identificación emocional y ansiedad.

En la misma línea que los resultados de Fernández Berrocal y Extremera (2005), Estos trabajos realizados, demuestran que la claridad y reparación emocional correlacionan negativamente con la ansiedad y depresión, mientras que la dimensión de atención, correlaciona en sentido positivo. Por lo tanto, una persona con Inteligencia Emocional debería percibirse en dicha prueba con niveles altos de claridad y reparación emocional y niveles medios de atención (Extremera et al., 2006; Gohm, 2003; Rude y McCarthy, 2003).

En consonancia con la línea de investigación de Latorre y Montañés (2004), quienes examinaron las relaciones entre el TMMS, la ansiedad, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud en una muestra de adolescentes oyentes. Los resultados mostraron una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar. La percepción positiva de la salud se relacionó con un incremento de las conductas de salud y con un menor consumo de alcohol y drogas.

Las personas deprimidas se caracterizaron por presentar pensamientos rumiativos por lo que puntuaron más en la supresión de pensamientos y obtuvieron menos puntuaciones en atención y claridad emocional (Rude y McCarthy, 2003).

Estudios posteriores han hallado una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar (Latorre y Montañés, 2004). En esta misma línea, Williams et al., (2004) estudiaron la relación entre el factor de reparación del TMMS con los síntomas de depresión endógena y depresión por desesperanza medida mediante el BDI. Estos autores observaron que las relaciones entre regulación emocional y depresión por desesperanza eran más intensas que entre regulación emocional y depresión endógena. Igualmente, la habilidad para regular las emociones y la depresión endógena fue menos intensa en comparación con la depresión por desesperanza. Del mismo modo, otros estudios han hallado una relación positiva entre claridad y apoyo social y salud mental, siendo la claridad y la reparación emocional predictoras de apoyo social y salud mental (Montes-Berges y Augusto, 2007).

En cuanto a las variables que determinan el desarrollo de afecto positivo y negativo, en las personas sordas, encontramos relaciones muy significativas del afecto positivo con afecto negativo, autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal y con propósito de vida. De forma negativa lo haría con depresión, por lo tanto, a mayor estado de afecto positivo, menor tendencia a la depresión

El afecto negativo correlacionaría a su vez con relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno, con signo negativo todas ellas; y con déficit de identificación emocional, déficit de lenguaje emocional, ansiedad y depresión. A mayor índice de

afecto positivo, en las personas sordas, mayor vivencia de afecto negativo, mayor autoaceptación y mayor dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida más definido.

En la misma línea de los resultados, Bizjak (2007), en un estudio que examina las diferencias en defensa, reacciones de protección y expresiones de emociones primarias, entre sordos e hipoacúsicos adolescentes y sus pares oyentes; encontraron que los adolescentes sordos tendían hacia comportamientos más descontrolados y hostiles, y tenían un menor sentimiento de autoprotección y deprivación. Más allá, sus mecanismos de defensa, (racionalización, proyección y negación), fueron expresados de forma más intensa. En los adolescentes oyentes, se observó un mayor nivel de mecanismos de defensa de racionalización. Los adolescentes sordos demostraron algunas características de menor nivel de ajuste en: respuestas emocionales negativas, menor grado de control, (más comportamientos descontrolados y hostiles, sentimiento débil de autoprotección), y varios mecanismos de defensa simples y primitivos, excluyendo la racionalización.

En consonancia con Liu, Huang, y Liang (2013), observan en sus investigaciones en torno a la autoeficacia en regulación emocional y estilo de afrontamiento en adolescentes sordos, una menor autoeficacia en regulación emocional y un menor uso en resolución de problemas, búsqueda de apoyo, explicación racional y estilos de afrontamiento más pacientes; encontrándose más estilos de afrontamiento de fantasía y rechazo. En los estudiantes sordos, las puntuaciones en autoeficacia, en expresión de emociones positivas, correlacionaban de forma positiva con las puntuaciones de resolución de problemas, de búsqueda de apoyo, de explicación racional y de paciencia. Las puntuaciones de autoeficacia en manejo del estrés correlacionaron de forma positiva con puntuaciones de explicación racional y fantasía/rechazo. Las puntuaciones de autoeficacia y manejo de la ira correlacionaron de forma positiva con las puntuaciones de resolución de problemas, búsqueda de apoyo, paciencia y abreacción, que podemos definirlo como la descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos, generalmente de experiencias infantiles penosas o dolorosas y que, por esta razón, han sido reprimidas. En el contexto terapéutico, el supuesto es que el sujeto, al revivir las situaciones originarias a través de la palabra y otras expresiones conductuales o gestuales adecuadas, se liberaría de la tensión afectiva ligada a esas representaciones.

En la muestra de oyentes, el afecto positivo correlaciona con todas las variables menos con afecto negativo, con déficit de identificación emocional, con déficit de lenguaje emocional y ansiedad. Mientras que en la muestra de personas sordas, sí había correlación entre afecto positivo y afecto negativo. En la muestra de oyentes y sordos, el afecto positivo no correlaciona con ansiedad ni con depresión. Y otra coincidencia de ambas muestras es la no correlación del afecto positivo entre las variables de alexitimia: déficit de identificación emocional y lenguaje emocional.

Respecto al afecto negativo, en la muestra de oyentes, hay un alto nivel de correlación con el resto de variables, a atención emocional, que es la única en la que no encontramos relaciones significativas. Encontramos más correlaciones que en la muestra de personas sordas, que sólo se daban de naturaleza negativa, con relaciones positivas, en autonomía y dominio del entorno; de naturaleza positiva: con afecto positivo, con déficit de identificación emocional, con déficit de lenguaje emocional, con ansiedad y depresión.

En la muestra de personas oyentes, también destacamos el signo negativo en las correlaciones entre afecto negativo y claridad y reparación emocional; con autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, con crecimiento personal y con propósito de vida.

En consonancia con los resultados en investigaciones previas que establecen una relación alta y significativa entre Inteligencia Emocional y salud mental (Austin, Saklofske y Egan, 2005; Bastian, Burns y Nettelbeck, 2005; Borges, Stratton, Wagner y Elam, 2009; Brown y Schutte, 2006; Brackett y Mayer, 2003; Ciarrochi, Chan, Caputi y Roberts, 2001; Ciarrochi, Forgas y Mayer, 2006; Day, Therrien y Carroll, 2005; Dawda y Hart, 2000; Donaldson-Feilder y Bond, 2004; Dulewicz, Higgs y Slaski, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004b; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal et al., 2004; Ghorbani, Bing, Watson, Davison y Mack, 2002; Jain y Sinha, 2005; Leible y Snell, 2004; Oginska-Bulik, 2005; Pau y Croucher, 2003; Riley y Schutte, 2003; Salovey et al., 2002; Saklofske, Austin y Minski, 2003; Schmidt y Andrykowski, 2004; Slaski y Cartwright, 2002; Tsaousis y Nikolaou, 2005; Yan et al., 2008).

Gohm y Clore, (2002), encontraron que la Inteligencia Emocional Percibida se asociaba con mayores niveles de felicidad actual, mayor porcentaje de felicidad previa, niveles más elevados de afecto positivo, mayor satisfacción vital y altas puntuaciones en autoestima

La autoaceptación en sordos es una de las variables que correlaciona de forma altamente significativa con el resto de variables, a excepción de afecto negativo y de déficit de identificación y déficit de lenguaje emocional. Nos informaría, además, que a mayor autoaceptación en las personas sordas, menores niveles de ansiedad y depresión.

Lo mismo ocurre con las relaciones positivas, que correlacionan de forma muy significativa con el resto de variables emocionales, a excepción de atención y reparación emocional y afecto positivo. Las personas sordas que informan de un mayor número de relaciones positivas, presentarían menores niveles de ansiedad y depresión, de déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional y de menor número de afecto negativo.

En la línea de Fellingner et al., (2005), las altas puntuaciones en la escala del BSI, de sensibilidad interpersonal, demuestran sentimientos de inseguridad e inferioridad dentro de un mundo oyente. Por otro lado, en el dominio: “relaciones sociales” del WHOQOL-BREF; no se encontraron diferencias significativas en comparación con la población en general. Este dominio engloba relaciones personales, sexualidad y apoyo social de amigos. Estos hallazgos pueden ser un indicador de la habilidad de la comunidad sorda de establecer relaciones satisfactorias basadas en un sistema común de comunicación. Para la mayoría de los sordos, la lengua de signos cumple ese papel vital.

La autoaceptación en oyentes correlaciona de forma significativa con todas las variables emocionales, a excepción de atención emocional, superando en número a las relaciones que encontrábamos en la muestra de sordos, donde sí se daban en atención emocional.

Respecto a las relaciones positivas, ocurre lo mismo que en la variable anterior descrita. Se encuentran correlaciones altamente significativas, en la muestra de oyentes, con todas las variables emocionales, a excepción de atención emocional. En la muestra de sordos, ocurre lo mismo, que correlacionan de forma muy significativa con el resto de variables emocionales, a excepción de atención y reparación emocional; y

correlacionaría con signo negativo con afecto negativo y con las variables de alexitimia: déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional.

Respecto a la autonomía de las personas sordas, vemos relaciones altamente significativas con el resto de variables de bienestar como son las relaciones positivas, autoaceptación, con dominio del entorno, con crecimiento personal, con propósito de vida. De naturaleza negativa, con déficit de identificación emocional, con déficit de lenguaje emocional, con ansiedad y depresión. Personas sordas con menores niveles de autonomía presentarían mayores déficits de identificación emocional y de déficit de lenguaje, además de mayores índices de ansiedad y depresión.

En torno a la autonomía de las personas oyentes, se da una correlación totalmente significativa con todas las variables emocionales del estudio, superando el número de correlaciones respecto a la muestra de sordos. Lo mismo ocurre en relación a dominio del entorno, que correlacionan entre todas, a excepción de atención emocional. En la muestra de sordos, encontrábamos que dominio del entorno era la única variable que correlacionaba de forma, altamente significativa, con el resto de variables.

En relación al crecimiento personal de las personas sordas, encontramos el mismo nivel de relación que en dominio del entorno, a excepción de afecto negativo, con el que no correlaciona. Igual que en propósito de vida, encontramos correlaciones con todas las variables emocionales, a excepción de afecto negativo e déficit de identificación y déficit de lenguaje emocional. Las personas sordas con un propósito de vida más definido presentarían menor tendencia a la depresión. En la muestra de oyentes, crecimiento personal correlacionaba con todas las variables, a excepción de atención emocional.

En la línea de la investigación de Martínez-Pons (1997), que comprobó el poder predictivo de la Inteligencia Emocional en áreas de funcionamiento personal como: las metas (de dominio y de éxito competitivo); la satisfacción vital (calidad de vida general) y la sintomatología depresiva. Este autor halló que la IE correlacionó positivamente con la satisfacción vital y las metas de dominio, mientras que lo hizo negativamente con síntomas depresivos.

Las puntuaciones altas en el TMMS se relacionaron de forma significativa con estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, mayor afrontamiento positivo, planificación de la acción y mayor búsqueda de apoyo social y emocional. (Gohm y Clore, 2002).

Dominio del entorno es la única variable que correlaciona de forma altamente significativa con el resto de variables, en la muestra de sordos. En relación al crecimiento personal, encontramos el mismo nivel de relación que en dominio del entorno, a excepción de afecto negativo, con el que no correlaciona. Igual que en propósito de vida, encontramos correlaciones con todas las variables emocionales, a excepción de afecto negativo, ansiedad e déficit de identificación y déficit de lenguaje emocional.

El propósito de vida, en la muestra de personas oyentes, correlaciona de forma altamente significativa con todas las variables a excepción de atención emocional. En la muestra de sordos, existen menos correlaciones significativas, respecto a dicha variable.

En relación a las variables que miden alexitimia, como un trastorno de la regulación afectiva, caracterizado por la dificultad para identificar y expresar estados afectivos, como un factor de riesgo para padecer somatizaciones y otras alteraciones emocionales y orgánicas (Taylor, Ryan y Bagby, 1985); en personas sordas, el déficit de identificación emocional sería una de las variables que menos correlacionaría de forma significativa con el resto de emocionales, a excepción de afecto negativo, con déficit de lenguaje emocional, con ansiedad; y lo haría de forma negativa con relaciones positivas, con autonomía y con dominio del entorno. Por lo tanto, las personas con un mayor déficit de identificación emocional, presentarían una menor autonomía, un menor dominio del entorno y un menor número de relaciones positivas.

Respecto a la muestra de oyentes, déficit de identificación emocional correlacionaría con todas las variables de forma significativa, a excepción de reparación emocional y afecto positivo. Mientras que en la muestra de personas sordas el número de correlaciones es menor. En consonancia con los resultados de Ramos et al., (2009), quienes realizan una aportación al destacar la necesidad de comprender la emoción como un concepto compuesto de un estado fisiológico asociado a una cognición; ya que esta perspectiva podría aportar claridad en la comprensión de la noción de IE al facilitar la clasificación de las emociones como agradables: alegría, placer; y desagradables: ira,

miedo y tristeza; y, por consiguiente, facilitar a su vez la toma de decisiones (resolución de problemas)

La última variable en relación con el análisis de alexitimia, que sería el déficit de lenguaje emocional, en la muestra de personas sordas, se relacionaría de forma negativa y significativa con: claridad emocional, con relaciones positivas, con dominio del entorno y con crecimiento personal; y de forma positiva con déficit de identificación emocional, con afecto negativo, con ansiedad y con depresión. De tal manera que, las personas sordas mayores presentarían una menor claridad emocional, menores relaciones positivas, un menor dominio del entorno y un menor crecimiento personal. Y un mayor déficit de lenguaje emocional, mayor afecto negativo y una tendencia mayor a sufrir ansiedad y depresión.

Respecto al déficit de lenguaje emocional, en la muestra de oyentes, existirían correlaciones altamente significativas entre todas las variables, a excepción de atención emocional y afecto positivo. De nuevo supera en número de correlaciones, a la muestra de personas sordas.

En ambas muestras, la ansiedad se relaciona de forma significativa con las variables de alexitimia. Y, respecto a la depresión, en la muestra de sordos lo hace con déficit de lenguaje emocional y no con déficit de identificación emocional. Mientras que en la muestra de oyentes, lo hace de forma significativa con ambas variables.

Se ha demostrado que los sujetos con altos niveles de alexitimia muestran dificultades para procesar información afectiva de carácter no lingüístico, para discriminar entre distintos estados emocionales, presentan dificultades en la propiocepción visceral de las manifestaciones fisiológicas asociadas a la activación emocional, muestran patrones atencionales particulares ante estímulos emocionales y presentan patrones específicos de activación en respuesta a estímulos afectivos (Ananas y Varlamov, 2007; Ananas, Varlamov, Reva y Pavlov, 2003; Berthoz, Artiges y Van de Moortele, 2002; Martínez-Sánchez y Ato-García, 2011; Martínez-Sánchez, Montero y de la Cerra, 2002; Roedema y Simons, 1999; Wehmer, Brejnak, Lumley y Stettner, 1995).

Tal y como señalaron Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke (2007), niveles altos de Inteligencia Emocional estaban significativamente relacionados con una buena

salud mental. Por otra parte, algunas investigaciones han constatado que los niveles bajos de Inteligencia Emocional se relacionan con ciertos desajustes emocionales como la sintomatología depresiva (Fernández- Berrocal et al., 1999; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002), la alexitimia o dificultad para expresar verbalmente sentimientos y escasa conciencia emocional (Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005), niveles mayores de ansiedad (Salovey et al., 2002), trastornos de personalidad (Leible y Snell, 2004), conducta antisocial (Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison, 2001).

En la misma línea, destacan Fernández- Berrocal y Extremera, (2007); Rude y McCarthy (2003), como la investigación sobre la depresión y su vinculación con los factores del TMMS sigue suscitando controversia y diferentes explicaciones teóricas, apreciando que las personas depresivas puntuaron más que las no depresivas en supresión de pensamientos y obtuvieron menores puntuaciones en atención y claridad emocional. Aquellos participantes con alta vulnerabilidad a la depresión se diferenciaban de los menos vulnerables en mayores niveles de supresión de pensamientos y menor claridad emocional.

Se encuentra mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva (Fernández-Berrocal et al., 2001; Fernández-Berrocal et al., 1999; Martínez-Pons, 1997); mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales (Salovey et al., 2002). Lischetzche y Eid, (2003), encuentran individuos con alta reparación emocional, una elevada atención emocional con grandes beneficios para el bienestar emocional, mientras que los que tenían una baja reparación emocional y una elevada atención les afectaba negativamente en su bienestar emocional.

V.- CONCLUSIONES

V.- CONCLUSIONES

No se encuentran diferencias significativas en relación a la claridad emocional y reparación emocional entre las personas sordas y las personas oyentes. Por lo que no podemos aceptar nuestra hipótesis inicial que sostenía que, las personas sordas tenían menores niveles de claridad emocional y de reparación emocional, en comparación con las personas oyentes.

No existen diferencias significativas respecto a la atención emocional entre la población sorda y oyente. Por lo tanto, se acepta nuestra segunda hipótesis acerca de que las personas sordas tienen un nivel de atención emocional similar al de la población oyente.

No encontramos diferencias significativas en relación a la percepción emocional, entre personas sordas que se comunican a través de la Lengua de Signos y personas oyentes, que se comunican a través de la Lengua Oral. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis acerca de que las personas sordas, que se comunican a través de la Lengua de Signos, presentan una mayor percepción emocional que las personas oyentes.

Las personas oyentes regulan y manejan mejor sus propias emociones y las de los demás, que las personas sordas.

Respecto a las variables que nos informan acerca de estados emocionales negativos como son la ansiedad y la depresión, encontramos también diferencias significativas. La población sorda presenta mayores niveles de ansiedad y depresión. Por lo tanto, se acepta nuestra hipótesis de un mayor índice de ansiedad y depresión en la población sorda respecto a la población oyente. En la línea de los estudios previos realizados encontrados en la literatura.

En relación a nuestra hipótesis que relacionaba el sexo de las personas sordas y oyentes con las variables emocionales de nuestro estudio, en concreto, si las mujeres, tanto sordas como oyentes, presentan niveles más altos de ansiedad y depresión, en comparación con los hombres de ambas muestras, observamos que las mujeres sordas obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres en afecto positivo, dominio del entorno y crecimiento personal. Sin embargo, en la muestra de

personas oyentes, los hombres presentan mayores puntuaciones en afecto positivo y en autonomía, y las mujeres oyentes mayores puntuaciones en relaciones positivas.

Por otro lado, los hombres sordos presentan mayores niveles de depresión que las mujeres sordas, mientras que no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en depresión en la muestra de oyentes. Dichos resultados hacen que se rechace nuestra hipótesis.

Encontramos relaciones significativas entre la edad y las variables emocionales objeto de estudio. De tal manera que, a mayor edad en las personas sordas, se produce una menor reparación emocional. En las personas oyentes, a mayor edad, presentan mayores niveles en dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida y menor déficit de lenguaje emocional.

La hipótesis que sostenía que el empleo de la lengua de signos influye de manera positiva en la Inteligencia Emocional y se relaciona con niveles bajos de alexitimia, no puede ser aceptada de forma total.

El grupo de personas sordas de nuestro estudio, presenta un mayor déficit de identificación emocional y un mayor déficit de lenguaje, a la hora de poder nombrar las emociones.

Existe una relación significativa entre el déficit de lenguaje emocional y la L.S.E como lengua materna. De tal manera que, las personas sordas que usan la L.S.E., como lengua materna, presentan mayores niveles de déficit de lenguaje emocional. Sin embargo, hemos de señalar que el grupo que, verdaderamente, tenía la L.S.E. como lengua materna, era muy reducido. Estos resultados parecen encontrarse más en la línea de que el déficit de lenguaje emocional se relaciona con tener padres sordos, no con el hecho de emplear la Lengua de Signos como sistema de comunicación, en edades tempranas.

No podemos aceptar la parte de nuestra hipótesis que relacionaba niveles bajos de alexitimia con el uso de la L.S.E.

Las personas sordas que usan la Lengua Oral y la L.S.E., presentan mayores niveles de atención emocional y de relaciones positivas. El uso de la lengua oral en las personas sordas produce mayor reparación emocional y crecimiento personal. Y el uso de la L.S.E. se relaciona con mayores índices de depresión.

Las personas sordas, que comprenden la lengua oral y la L.S.E., reflejan una mayor atención emocional, una mayor reparación emocional y crecimiento personal. Las personas sordas que emplean la L.O. presentan mayores relaciones positivas. Las personas que comprenden, únicamente, la L.S.E. presentan mayores índices de depresión y un mayor desarrollo de afecto negativo.

Si las personas sordas usan ambas lenguas en el hogar, L.O. y L.S.E., presentan mayores niveles de atención emocional, de reparación emocional y de crecimiento personal. Si usan únicamente la lengua oral en el hogar presentan un mayor dominio del entorno. Si emplean la L.S.E. de forma exclusiva en el hogar presentan mayores índices de depresión y de desarrollo de afecto negativo.

Las personas sordas que usan ambas lenguas, en su centro de estudios, presentan mayor crecimiento personal. Y si emplean la lengua oral de forma exclusiva, un mayor dominio del entorno y de propósito de vida.

Las personas sordas que emplean la lengua de signos en el trabajo, informan de desarrollo de afecto negativo y de mayores índices de depresión.

Las personas sordas que emplean ambas lenguas con sus amigos, presentan mayores niveles de atención emocional y de crecimiento personal.

Por lo tanto, como señalaba nuestra hipótesis, el uso de la Lengua de Signos sí está relacionado con el desarrollo de la Inteligencia Emocional de las personas sordas, pero parece deducirse de nuestro estudio que, es la combinación de las dos lenguas, L.S.E. y L.O, en diferentes contextos, lo que favorece el desarrollo de la Inteligencia Emocional de forma más positiva que el uso exclusivo de la L.S.E.

Se rechaza nuestra hipótesis que pretendía probar que pertenecer a un núcleo familiar sordo favorece el desarrollo de la Inteligencia Emocional, en las personas sordas, aunque no sin realizar una serie de matices.

Las personas sordas con madre sorda, presentan un mayor afecto positivo pero también mayores niveles de ansiedad. Igualmente, las personas sordas que tenían padre sordo informan de mayor ansiedad. La realidad es que la mayoría de las personas sordas de nuestro estudio, no tenían padres que compartieran la condición de sordera.

Las personas sordas de la muestra, que su madre se comunica con ellos en L.S.E., presentan mayor afecto negativo, mayor ansiedad y mayor déficit de identificación emocional. Mientras que si no se comunica con ellos, a través de la L.S.E., presentan mayores niveles de autonomía.

Por otro lado, si es el padre el que se comunicaba con ellos, a través de la L.S.E., las personas sordas coinciden en presentar mayor afecto negativo, mayor ansiedad y depresión, mayor déficit de identificación emocional y de déficit de lenguaje emocional. De la misma manera que, mayor autonomía, si el padre no se comunica a través de la L.S.E.

Las personas sordas de la muestra con hermanos sordos, presentan menores niveles de depresión. Si los hermanos se comunican a través de la L.S.E., se dan mayores niveles de atención emocional. Si los hermanos se comunican con ellos en Lengua Oral, existe una mayor percepción de dominio del entorno, por parte de las personas sordas.

La presencia de otro familiar que sea sordo y que hable en L.S.E, no produce ningún tipo de relación significativa con las variables emocionales objeto de estudio.

Respecto a nuestra hipótesis sobre si el nivel educativo y la orientación académico-laboral mantenían relaciones significativas con el desarrollo de la Inteligencia Emocional. Concretamente, si a un mayor nivel educativo y al trabajar/estudiar en el ámbito salud/educación podría relacionarse con una mayor inteligencia emocional, encontramos los siguientes resultados.

Existe un porcentaje mayor de personas sordas que se encuentran con un nivel educativo básico, estudios primarios y/o de bachiller/equivalente, incluso un grupo de personas con estudios primarios incompletos; en la muestra de personas oyentes, el nivel académico es mayor, el porcentaje de estudios primarios incompletos es mínimo y es mayor el de estudios universitarios y de post-grado.

Al igual que ocurre respecto a la situación laboral actual. El porcentaje de personas en activo es mayor en la muestra de personas oyentes. Dicha situación laboral se encuentra relacionada con un mayor dominio del entorno y de establecimiento de relaciones positivas para las personas oyentes. No pudiendo decir lo mismo respecto de las personas sordas, ya que encontrarse en activo no se relaciona de forma significativa con ninguna de las variables emocionales objeto de estudio.

En la muestra de oyentes, encontramos un mayor porcentaje que trabajan y/o dirigen sus estudios al ámbito educativo o sanitario, en comparación con las personas sordas.

Se aceptaría nuestra hipótesis ya que el nivel educativo de las personas sordas se relaciona, de forma significativa, con las variables emocionales de nuestro estudio. Se observa que menores niveles educativos se corresponden con mayores puntuaciones en depresión, en déficit de identificación emocional y déficit de lenguaje emocional. Por otro lado, mayores niveles educativos, se corresponden con relaciones positivas, dominio del entorno y crecimiento personal.

Respecto a la naturaleza de los estudios vinculados con la sanidad y/o educación y su relación con las variables emocionales objeto de estudio, comprobamos que si el tipo de estudios pertenece al ámbito educativo o sanitario, las personas sordas muestran mayores niveles de atención emocional, de claridad emocional y de reparación emocional. Así mismo, informan de mayores puntuaciones en afecto positivo, relaciones positivas, autoaceptación, crecimiento personal y propósito de vida.

Respecto al ámbito laboral, las personas sordas que trabajaban en salud o educación presentan mayores niveles de atención emocional, claridad emocional y un propósito de vida más elevado. Por lo tanto, se aceptaría nuestra hipótesis.

El grupo de personas oyentes, describirían mantener un mayor número de relaciones positivas, un mayor grado de autonomía, de dominio del entorno, de crecimiento personal y de propósito de vida. Encontramos diferencias significativas respecto al afecto, tanto positivo como negativo, las personas sordas viven con gran intensidad

tanto afectos positivos como negativos. Por lo tanto, se acepta nuestra hipótesis sobre como las personas sordas tienen menores niveles de bienestar psicológico y desarrollan más afectividad negativa, en comparación con la población oyente.

Por último, destacamos que el grupo minoritario de personas sordas, que presenta una sordera de conducción, que son aquellas que pueden hacer un uso funcional de algunos de sus restos auditivos a través de los audífonos, presenta mayores niveles de ansiedad respecto al resto de personas sordas. En relación al grado de pérdida auditiva y al momento de detección de la misma, no se encuentran relaciones significativas.

El uso de audífonos muestra relación con las variables emocionales, de manera que las personas sordas que no emplean dichas ayudas técnicas informan de mayor afecto negativo. Por otro lado, las personas portadoras de implante coclear, teniendo en cuenta que el uso de implante no es exclusivo, es decir, una persona sorda puede estar implantada en un oído y llevar en el otro un audífono, informan de tener mayores relaciones positivas, de experimentar un mayor crecimiento personal y presentan menores niveles de déficit de identificación emocional.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación pueden servir de base para futuros estudios acerca, no solo del desarrollo emocional de las personas sordas, sino también del estado socio-afectivo y emocional de las personas sordas en edad adulta.

La escasa literatura encontrada en torno al mundo emocional de las personas sordas, hace necesaria una llamada de atención al olvido en el que se encuentra este colectivo, desde el punto de vista de la atención psicológica y de salud mental.

El papel del lenguaje, del desarrollo de la competencia lingüística, en ambas lenguas queda demostrado en nuestro estudio. De ahí la necesidad de poder adaptar todo tipo de pruebas de evaluación psicológica y clínicas a la Lengua de Signos, para poder realizar diagnósticos acertados y atención e intervención adecuada a las necesidades de las personas sordas.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, J.A. e Izard, C.E. (1999). The developmental functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*, 13, 523-549.
- Acredolo, L. y Goodwyn, S. (1985). Symbolic gesturing in language development: A case study. *Human Development*, 28, 40-49.
- Acredolo, L. y Goodwyn, S. (1988). Symbolic gesturing in normal infants. *Child Development*, 59, 450-499.
- Acredolo, L. y Goodwyn, S. (1990). Sign language in babies: The significance of symbolic gesturing for understanding language development. En R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*, Vol. 7 (pp. 1-42). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Acredolo, L y Goodwyn, S. (2001). *Los gestos del bebé*. Barcelona: Oniro.
- Adams, S., Kuebli, J., Boyle, P. y Fivush, R. (1995). Gender differences in parent-child conversations about past emotions: A longitudinal investigation. *Sex Roles*, 33, 309-323.
- Adamson, L.B. y Chance, S.E. (1998). Coordinating attention to people, objects, and language. In: Wetherby AM, Warren SF, Reichle J, eds. *Transitions in prelinguistic communication*. Baltimore, Md: P.H. Brookes Pub.; 1998:15-38.
- Adeyemo, D.A. (2008). El efecto amortiguador de la inteligencia emocional sobre la adaptación de estudiantes de educación secundaria en transición. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6-3 (2), 79-90.
- Adrián, J. (2008). El desarrollo psicológico infantil. Áreas y procesos fundamentales. *Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I*, D. L., 2008. (pp.159-161). ISBN: 978-84-15443-98-8.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETES) (2003). “*Implantes cocleares: actualización y revisión de estudios coste-utilidad*”. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid AETS-Instituto de Salud Carlos III, Julio (2003).

- Agrafiotis, D.; Canagarajah, C.N.; Bull, D.; Dye, M.; Twyford, H.; Kyle, J. y Chung How, j. (2003). Optimized sign language video coding based on eye-tracking analysis. *Visual Communications and Image Processing* 2003, (23 June 2003); doi: 10.1117/12.503107
- Agrawal, R.y Kaur, J. (2001). Anxiety and adjustment levels among the visually and hearing impaired and their relationship to locus of control, cognitive, social, and biographical variables. [Versión Electrónica]. *The American Journal of Psychiatry*, 119 (3), 265-270.
- Aguado, G. (2000). *El desarrollo del lenguaje de 0 a 3 años*. CEPE, Madrid.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akram, B. y Hameed, A. (2014). Adaptive Emotional Abilities of Adolescents with Hearing Impairment. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 2014, Vol. 29, No. 1, 103-123.
- Albofotouh, M. A. y Telmesani, A. (1993). A study of some psycho-social characteristics of blind and deaf male students in Abha city, Asir region, Saudi Arabia. [Versión Electrónica]. *The Society of Public Health*, 107, 261- 269.
- Altshuler, K.Z. (1974). The social and psychological development of the deaf children: Problems and treatment. In P.J. Fine (Ed.), *Deafness in infancy and early childhood* (pp.55-86). Nueva York: Medcom Press.
- Alzina, V. (2005). Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*;63(3):193-8.
- Ananas, L.I., y Varlamov, A.A. (2007). Effects of alexithymia on the activity of the anterior and posterior areas of the cortex of the right hemisphere in positive and negative emotional activation. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 37, 67-73.
- Ananas, L.I., Varlamov. A.A., Reva, N.V.,y Pavlov, S.V. (2003). Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters*, 340, 57-60.
- Astington, J. W. (1996). What is theoretical about the child's theory of mind?: A Vigostskian view of its development. En P. Carruthers y P.K Smith (Eds.), *Theories of mind* (pp. 184-199). Cambridge: Cambridge University Press.

- Astington, J. W. y Jenkins, J. M. (1999). A longitudinal study of the relation between language and theory-of-mind development. *Developmental Psychology*, 35, 1311-1320.
- Atkins, P. W. B. y Stough, C. (2005). Does Emotional Intelligence change with age? Society for Research in Adult Development Annual Conference, Atlanta, US Recuperado el 6-7 de abril. Disponible en <http://advanced-dynamics.com.au/documents/Atkinsarticle.pdf>
- Augusto, J.M., Aguilar-Luzón, M.C. y Salguero de Ugarte, M.F. (2008). El papel de la IEP y del optimismo-pesimismo disposicional en la resolución de problemas sociales: Un estudio con alumnos de trabajo social. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 15, 6, 363-382.
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., y Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia emocional percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: Propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). = Perceived emotional intelligence and stress coping strategies in primary school teachers: Proposal for an explanatory model with structural equation modelling (SEM). *Revista De Psicología Social*, 26(3), 413-425.
- Augusto-Landa, J.M. y Montes-Berges, B. (2009). Perceived emotional intelligence, health and somatic symptomatology in nursing students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-211.
- Austin, G.F. (1975). Knowledge of selected concepts obtained by an adolescent deaf population. *American Annals of the Deaf*. 120, 360-370.
- Austin, E.J. y Saklofske, D.H. (2005). Far too many intelligences? On the communalities and differences between social, practical, and emotional intelligences”, en R. Schulze and R.D. Roberts (eds), *Emotional Intelligence: An International Handbook* (pp. 107–28). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H. y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlatos of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38 (3), 547-558.
- Babchuk, W. A., Hames, R. B. y Thompson, R. A. (1985). Sex differences in the recognition of infant facial expressions of emotion: The primary caretaker hypothesis. *Ethology and Sociobiology*, 6, 89-101.
- Bagby, R.M.; Taylor, G.J y Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic. Research*, 32, 107-116.
- Bagunyá, J y Peña J. (1994). *Bases neurobiológicas del lenguaje*. Manual de Logopedia, 2º Edición. Ed. Masson. Cap.3, pp. 31-32.

- Bakeman, R. y Adamson, L.B. (1984). Coordinating attention to people and objects in mother-infant and peer-infant interaction. *Child Development* 1984;55(4):1278-1289.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D. (2002). Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Bar-On (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Toronto: Multi Health System.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass: California.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Barden, R. C., Zelko, F. A., Duncan, S. W., & Masters, J. C. (1980). Children's consensual knowledge about the experimental determinants of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 368-376
- Barret, M.E. (1986). Self-image and social adjustment change in deaf adolescents participating in a social living class. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama y Sociometry*, 39(1), 3-11.
- Barret, L.F. & Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions, Current Issues and future directions*, New York: The Guilford Press.
- Barret, L. F., Lane R., Sechrest, L. y Schwartz, G. (2000). Sex differences in emotional awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1027-1035.

- Barret, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R. y Ryan, S. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barton, L.R. y y Brophy-Herb, H.E. (2006). Developmental foundations for language and literacy from birth to 3 years. In S.E. Rosenkoetter y J.Knapp-Philo (Eds.), *Learning to read the world* (pp. 15-58). Washington, DC: *Zero to Three Press*.
- Barwick, M.A., Cohen, N.J., Horodezky, N.B. y Lojkasek, M. (2004). Infant communication and the mother-infant relationship: The importance of level of risk and construct measurement. *Infant Mental Health Journal* 2004; 25(3):240-266.
- Bastian, V. A., Burns, N. R. y Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135-1145.
- Beitchman, J.H., Nair, R., Clegg, M. y Patel, P.G. (1986). Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1986; 51(2):98-110.
- Beitchman, J.H, Wilson, B., Johnson, C.J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M. y Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):75-82.
- Bell, S. (1970). The development of the concept of the object as related to infant-mother attachment. *Child development*, 40, 291-311.
- Belsky, J. (1986). Infant day care: A cause for concern? *Zero to three*, VI, 1-7.
- Bellugi, U. y Fischer, S. (1972). A comparison of sign language and spoken language. *Cognition*, 1, 173-200.
- Bennet, M.; Yuill, N.; Banerjee, R. y Thomson, S. (1998). Children´s understanding of extended identity. *Developmental Psychology*, 34, 322-331.
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X. y Chamarro, A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior*, 25 (5), 1182-1187.

- Berk, L.E. y Potts, M. K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1991;19(3):357-377.
- Bermúdez, M. P., Álvarez, I. T., y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. = Analysis of the relationship between emotional intelligence, emotional stability and psychological well-being. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Berthoz, S., Artiges, E. y Van de Moortele (2002). Effect of Impaired Recognition and Expression of Emotions on Frontocingulate Cortices: An fMRI Study of Men With Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961-967.
- Biringer, Z. y Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 258-271. doi:10.1037/H00792338.
- Bixquert V, Jaudenes C, Patiño I. (2003). Incidencia y repercusiones de la hipoacusia en niños. En CODEPEH, Ministerio de Sanidad y Consumo, editors. *Libro blanco sobre hipoacusia*. Detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 13-24.
- Bizjak, M. Č. (2007). Izraženost primarnih dimenzij emocij in obrambna naravnost mladostnikov z izgubo sluha. = Expression of primary emotions and defence and protective reactions among deaf adolescents. *Psihološka Obzorja / Horizons Of Psychology*, 16(3), 105-123.
- Blanck, P. D., Rosenthal, R., Snodgrass, S. E., DePaulo, B. M. y Zuckerman, M. (1981). Sex differences in eavesdropping on nonverbal cues: Developmental changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 391-396.
- Blanco, J.A. (2007). Bilingüismo: la lengua maternal frente a la globalización. Dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3295386.pdf
- Bloomquist, M.L., August, G.J., Cohen, C., Doyle, A., Everhart, K. (1997). Social problem solving in hyperactive-aggressive children: How and what they think in conditions of automatic and controlled processing. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1997;26(2):172-180.
- Boccardo, F., Sasia, A.R. & Fontenla, E.G. (1999). Inteligencia emocional. En A. Vallés, *El desarrollo de la inteligencia emocional*, Benacantil. Bonano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), *Emotions, Current sigues and future directions*. New Cork: The Guildford Press.

- Borges, N.J., Stratton, T.D., Wagner, P.J. y Elam, C.L. (2009). Emotional intelligence and medical specialty choice: findings from three empirical studies. *Medical Education*, 43, 6, 565-572.
- Boyatzis, R.E., Goleman, D. y Rhee, K.S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence* (pp 343-362). San Francisco: Jossey-Bass.
- Boyatzis, R.E. (2006). Using tipping points of emotional intelligence and cognitive competencies to predict financial performance of leaders. *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Bowlby, J. (1956). The growth of the independent child. *Royal Society of Health Journal*, 76, 587-591.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss*. New York. Basic Books.
- Brackett, M. A. y Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158.
- Brackett, M. A. y Salovey, P. (2004). La evaluación de la inteligencia emocional con el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). En G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 179-194). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.
- Brenner, E. M. y Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: developmental, interpersonal, and individual considerations. En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 168-195). New York: Basic Books.

- Breslau, N.; Strauch K.; Martimer, E. (1982). Psychological distress in mothers of disabled children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. Vol. 136, nº8.
- Bretherton, I.; Ainsworth, M. (1974). *Responses of 1-year-olds to a stranger in a Strange Situation*. In M.Lewia & L.A. Rosenblum (Eds.), *The origins of fear* (pp. 131-164). New York: Wiley.
- Breuning, S., Quantín, L. G., Moretti, J. J., Prieto, M. E. y González, G. N. (1995). Hipoacusias neurosensoriales : importancia del balbuceo canónico/ Sensorineural impairment: the canonical babbling importance. *Med. infant*;2(1):22-4, mar. 1995.
- Brown, J. R. y Dunn, J. (1996). Continuities in emotion understanding from three to six years. *Child Development*, 67(3), 789-803.
- Brown, R. F. y Schutte, N.S. (2006). Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 585-93.
- Brubaker, R.G. y Szakowski, A. (2000). Parenting practices and behavior problems among deaf children. *Child and Family Behavior Therapy*, 22(4), 13-28.
- Bruner, J. (1975). The ontogenesis of speech acts. “*Journal of Child Language*, 2, 1-19”. Traducción castellano. “De la comunicación al lenguaje”. *Infancia y Aprendizaje, Monográfico*: 1 (133-163), 1981.
- Bruner, J. (1981). *The social context of language acquisition*. *Language and Communication*, 1, 155-178.
- Bruner, J. (1983). *Child’s talk. Learning to use language*. Nueva York. Oxford University Press. Traducción al castellano: “*El habla del niño*”, Barcelona, Paidós, 1986.
- Bueno García, C., Teruel Melero, M. P. y Valero Salas, A. (2005). La inteligencia emocional en alumnos de Magisterio. La percepción y comprensión de los sentimientos y las emociones. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 169-194.
- Bureau International D’Audiophonologie. *Recomendaciones del BIAP*. Lisboa 1997. <http://www.biap.org>
- Burlingham, D. y Freud, A. (1944). *Young children in wartime*. London: Allen & Unwin.

- Burns, D. (1980). *Feeling Good. The New Mood Therapy*. Publicado en inglés por William Morrow and Company, Inc., Nueva York. Traducción al castellano: *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Ed. Paidós, 1990.
- Burri A.V., Cherkas L.M. y Spector T.D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (7), 1930-1937.
- Buxton, M. (1996). Socialization of the facial expression of emotion in hearing and deaf children. *Dissertation Abstracts International*, 57, 1462.
- Calderon, R., Greenberg, M. T. (1999). Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: Factors affecting mother and child adjustment. *American Annals of the Deaf*, 144(1), (1999).
- Calderon, R. y Greenberg, M. T. (2003). Social and emotional development of deaf children, en Marcharck, M., Spencer, P.E. *Deaf Studies, Language and Education*. Oxford University Press. Nueva York, 2003.
- Calleja, M., Rodríguez-Santos, J., Torres, S., y García-Orza, J. (2009). La generación de inferencias causales de naturaleza emocional en sujetos con alto y bajo nivel lector. = Generation of emotional-based causal inferences in students with high and low reading levels. *Infancia Y Aprendizaje / Journal For The Study Of Education And Development*, 32(4), 583-595.
- Canestrari, R., (1978). Psychology of the hearingimpaired and differential psychological reactions to prosthetic rehabilitation. *Audiology*1978; 17:32-42.
- Cantor, E. (1996). The socialization of emotion understanding in deaf children: The role of the family. 2172. *ProQuest Information & Learning*
- Cantwell, D.P. y Baker, L. (1991). *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1991.
- Carpendale, J. y Lewis, CH. (2006). *How children develop social understanding*. Oxford: Blackwell.
- Carpenter, M., Nagell, K., Tomasello, M., Butterworth, G. y Moore, C. (1998). Social Cognition, Joint Attention, and Communicative Competence from 9 to 15 Months of Age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial nº255, Vol. 63, Nº4.

- Carranque, G.A., Fernández Berrocal, P., Baena, E., Bazón, R., Cárdenas B., Herraiz, R. y Velasco, B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*, 2004; 51: 75-79.
- Carvill, S. (2001). Sensory impairments intellectual disability and psychiatry. *J Intellect Disabil Res.*; 41:467-83.
- Casas, D. A., Linares, M. S., Lemos, M. y Restrepo, D.A. (2009). Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. N° 28, (septiembre – diciembre de 2009, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 – Indexada Publindex-Colciencias, incluida en Latindex y en EBSCO Information Services
- Castro, P. (2003). Aprendizaje del lenguaje en niños sordos: fundamentos para la adquisición temprana de lenguaje de señas. *Revista Psicología Científica.com*, 5(10). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/lenguaje-de-senas-aprendizaje>
- 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.
- Černelič Bizjak, M. (2009). Symptomatology and subjective feelings of emotional distress among adolescents: Impact of hearing status. *Studia Psychologica*, 51(2-3), 193-206.
- Cervera-Paz F.; Manrique M.; Huarte A.; García F.; García-Tapia R. (1999). *Acta de Otorrinolaringología Española*, 1999; 50: 519-524.
- Cholden, L.M. (1972). *A psychiatrist works with blindness*. New York.
- Ciarrochi, J., Chan, A. y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28 (3), 539-561.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A., Caputi, P. y Roberts, R. (2001). Measuring Emotional Intelligences. En J. Ciarrochini, J. P. Forgas y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life* (pp.25-45.). Philadelphia PA: Psychology Press.
- Ciarrochi, J., Deane, F., y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32 (2), 197-209.
- Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (2006). *Emotional intelligence in everyday life* (2ª ed.). New York, NY: Psychology Press.

- Chatterjee, M., Zion, D. J., Deroche, M. L., Burianek, B. A., Limb, C. J. Goren, A. P. y Christensen, J. A. (2015). Voice emotion recognition by cochlear-implanted children and their normally-hearing peers. *Hearing Research*, 322151-162. doi:10.1016/j.heares.2014.10.003
- Cohen, N.J. (2001). *Language impairment and psychopathology in infants, children, and adolescents*. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2001.
- Cohen, N.J. (2002). Developmental language disorders. In: Howlin P, Udwin O, eds. *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*. New York, NY: Cambridge University Press; 2002:26-55.
- Cohen, N.J. (2005). El Impacto del Desarrollo del Lenguaje sobre el Desarrollo Psicosocial y Emocional de Niños Pequeños. Desarrollo del lenguaje y de la lectoescritura. *Enciclopedia sobre el Desarrollo en la Primera Infancia*. Hincks-Dellcrest Centre, Canadá.
- Cohen, N.J., Barwick, M.A., Horodezky, N.B. y Vallance, D.D., (1998). Im N. Language, achievement, and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. 1998; 39 (6):865-877. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*.
- Cohen, N; Hoffmann, R. y Stroschein, M. (1988). Medical or surgical complications related to the Nucleus multichannel cochlear implant. *Ann Otolrhinol Laryngol* 1988; 97(suppl 135):8-13.
- Cohen, N.J., Menna, R., Vallance, D.D. y Barwick, M.A., (1998). En N, Horodezky NB. Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1998;39(6):853-864.
- Cole, P. M. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development*, 57, 97-135.
- Cooper, R.K. y Aslin, N. (1994). Developmental Differences in Infant Attention to the Spectral Properties of Infant- Directed Speech. *Child Developmental*, Vol.65, nº6 (Dec., 1994), pp. 1663-1677.
- Cooper, R.K. y Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona: Martínez Roca.
- Cortelo, F. M., y de Campos, M. F. (2014). Ser pai de filho surdo: Da susperita ao enfrentamento. = On being a father of a deaf child: From suspicion to coping. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), 3-11.

- Costarelli, V., Demerzi, M. y Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22 (3), 239-245.
- Coster, W. y Cicchetti, D. (1993). Research on the communicative development of maltreated children: Clinical implications. *Topics in Language Disorders* 1993;13(4):25-38.
- Crowe, T. V. (2003). Self-esteem scores among deaf college students: an examination of gender and parents' hearing status and signing ability. *Journal Of Deaf Studies And Deaf Education*, 8(2), 199-206.
- Csikszentmihalyi M. (1996). *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: Harper y Row.
- Cummings, S. T. (1976). The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(2), 246-255.
- Dadds, M. R., Barret, P. M., Rapee, R. M. y Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Avon Books.
- Darwin, C.R. (1972). *The expression of the emotions in man and animal*. Nueva York: Appleton. (Traducción 1984, Alianza Editorial).
- Davis, T. L., (1995). Gender differences in masking negative emotions: Ability or motivation? *Child Development*, 59, 506-511.
- Dawda, D. y Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On emotional quotient inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- Day, A. L., y Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences*, 36, 1443-1458. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00240-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00240-X)
- Day, A. L., Therrien, D. L. y Carroll, S. A. (2005). Predicting psychological health: Assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, Type A behaviour, and daily hassles. *European Journal of Personality*, 19, 519-536.

- D'Elia, A.; Pighetti, M.; Vanacore, F.G.; Fabbrocini, G. y Arpaia, L. (2005) *Vibroacoustic stimulation in normal term human pregnancy*. *Ear Hum Develop.* 81:449-53.
- Deleau, M. (1996) L'attribution d'états mentaux chez des enfants sourds et entendants: une approche du rôle de l'expérience langagière sur une théorie de l'esprit. *Bulletin de Psychologie*, Tomo II, 427, 48-56.
- Delgado Domínguez, J.J. A., Martínez Rubio, M. Merino Moína, CR. Pallás Alonso, J. Pericas Bosch, FJ. Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Soriano Faura, J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, MJ. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado. Detección precoz de la hipoacusia infantil. *Revista Pediátrica de Atención Primaria* vol.13 no.50 Madrid abr.-jun. 2011.
- Demetriou, A. (2000). Organization and development of self-understanding and self-regulation: Toward a general theory. En M. Boekaerts, P. R. Pintrich y M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp.209-251). San Diego, CA. Academic Press.
- Denckla, M.B. (1996). Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1996;17(2):114-119.
- Denham, S. A. (1998). *Emotional Development in Young Children*. New York: Guilford Press.
- Denham, S.A., Cook, M. C. y Zoller, D. (1992). Baby looks very sad: Discussions about emotions between mother and preschooler. *British Journal of Developmental Psychology*, 10, 301-315.
- Denham, S.A. y Kochanoff, A. (2002). Why Is She Crying? Children's Understanding of Emotion from Preschool to Preadolescence. En L. F. Barret y P. Salovey (Eds.), *The Wisdom in Feeling: Psychological Process in Emotional Intelligence* (pp. 239-270). New York: Guilford Press.
- Denham, S.A., Zoller, D. y Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschooler's emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30(6), 928-937.
- Denmark, J.C. (1994). *Deafness and mental health*. Jessica Kingsley, Londres.
- Denmark T.; Atkinson, J.; Campbell, R. y Swettenham, J. (2014). How do typically Developing Deaf Children and Deaf Children with Autism Spectrum Disorder Use the Face When

Comprehending Emotional Facial Expressions in British Sign Language? *J. Autism Dev. Disorder*, 44: 2584-2592.

- Derogatis L.R. y Spencer P.M. (1982). Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures manual I. *John Hopkins University School of Medicine, Baltimore*.
- Desselle, D. D. (1994). Self-esteem, family climate, and communication patterns in relation to deafness. *American Annals of the Deaf*, 139, 322-328.
- Delvecchio, D. R. (1999). The development of deaf and hearing children's understanding of multiple emotions of varying valence and intensity. *Dissertation Abstracts International*, 59, 31-37.
- De Villiers, P.A. (2005). The role of language in theory-of-mind development: What deaf children tell us. En J. W. Astington y J.A. Baird (Eds.). *Why language matters for theory of mind*. New York: Oxford University Press.
- Días, O. (1990). *Surdez Infantil*. Tesis Doctoral, Universidad de Lisboa.
- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C. y Van Dierendonck D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006.
- Dionne, G., Tremblay, R., Boivin, M., Laplante, D. y Perusse, D. (2003). Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. *Developmental Psychology* 2003; 39(2):261-273.
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J y Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*. 2013 Apr; 20(2):253-61.
- Donaldson-Feilder, E. J. y Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32, 187-203.
- Dulewicz, V., Higgs, M. y Slaski, M. (2003). Measuring emotional intelligence: Content, construct and criterion-related validity. *Journal of Managerial Psychology*, 18, 405-420.
- Dumas, J. E. y LaFreniere, P. J. (1993). Mother-child relationship as sources of support or stress: A comparison of competent, average, aggressive, or anxious dyads. *Child Development*, 64, 1732-1754.

- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. y Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- Dunn, J., Bretherton, I. y Munn, P. (1978). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental Psychology*, 23, 132-139.
- Dunn, J., Brown, J. y Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of other's emotions. *Developmental Psychology*, 27, 448-455.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C. y Youngblade L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 1991; 62(6):1352-1366.
- Dyson, L.; Edgar, E.; Crinc, K. (1989). Psychological predictors of adjustment by siblings of developmentally disabled children. *American Journal of mental retardation*. Vol. 94(3), pp 292-302.
- Eack, S.M., Hogarty, G.E., Greenwald, D.P., Hogarty, S.S. y Keshavan, M.S. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*, 89, 308-311.
- Easterbrooks, M. y Biringier, Z. (2000). Guest editors' introduction to the special issue: Mapping the terrain of emotional availability and attachment. *Attachment and Human Development*, 2, 123-129.f
- Einstein, A. (1956). *Ideas and Opinions*. London: Alvin Redman.
- Eisenberg, N., Cumberland, A. y Spinrad, T. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Miller, P. A., Fultz, J., Shell, R., Mathy, R. M. y Reno, R. R., (1989). Relation of sympathy and distress to prosocial behavior: A multi-method study. *Journal of Person and Social Psychology*, 57, 55-66.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M. y Karbon, M. (1995). The role of emotion and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 66, 1360-1384.

- Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. En J.Cole (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation (vol.19, pp.207-282). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Elfenbein, H.A. y Ambady, N. (2002). On the universality and cultural specificity of emotion recognition: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 203-235.
- Elfenbein, H.A. y Ambady, N.A. (2003). *Practice makes perfect: Evidence for cultural learning in emotion recognition*. Poster presentado en el Fourth Annual Meeting of the Society for Personality and Social Psychology, Los Ángeles, California.
- Elías, M., Tobías, S. & Friedlander, B. (1999). *Educación con inteligencia emocional*, Barcelona: Plaza y Janés.
- Emmorey, K., Gertsberg, N., Korpics, F. y Wright, C.E. (2009). The influence of visual feedback and register changes on sign language production: A kinematic study with deaf signers. *Applied Psycholinguistics*. 2009;30:187–203
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
- Esteban Martínez, Cristina, Molero Moreno, Carmen, Saiz Vicente, Enrique, Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea] 1998, 30 (): [Fecha de consulta: 28 de abril de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80530101>> ISSN 0120-0534.
- Evans, M. A. (1996). Reticient primary grade children and their more talkative peers: Verbal, nonverbal, and self concept characteristics. *Journal of Educational Psychology*. 1996;88(4):739-749.
- Extremera, N. y Fernández- Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Report*, 91, 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004a). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33, 1-10.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004b). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y salud*, 15 (2), 117-137.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el metaconocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y estrés*, 11, 101-12.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.

- Farrelly, D., y Austin, E. J. (2007). Ability EI as an intelligence? Associations of the MSCEIT with performance on emotion processing and social tasks and with cognitive ability. *Cognition and Emotion*, 21, 1043–1063.

- Fanz, R.L. (1961). The origins of form perception. *Scientific American*, 204, 66-72.

- Fellingner, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehne, R., Lenz, G. y Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Sep;40(9):737-42.

- Fellingner, J., Holzinger, D., Gerich, J. y Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. [Versión Electrónica]. *Acta Psychiatr Scand*, 115, 243-245. Recuperado el 31 de marzo de 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302625>.

- Fernald, A. y Mazzie, C. (1991). Prosody and Focus in Speech to Infants and Adults. *Developmental Psychology*, Vol. 27, n°2, 209-221.

- Fernández, I, Carrera, P., Sánchez, F., Páez, D. y Candia, L. (2000). Differences between cultures in emotional verbal and nonverbal reactions. *Psicothema*, 12, 83-92.

- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*, Madrid: Pirámide.

- Fernández-Abascal, E., Dolores, M. y Domínguez, J. (2001). *Procesos Psicológicos Básicos*. Cap.(9). Ediciones Pirámide.

- Fernández-Abascal, E.G., Martín, M.D. y Domínguez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Psicología Pirámide, pp. 295-337.

- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La Investigación de la Inteligencia Emocional en España. Revista “*Ansiedad y Estrés*”, 2006, 12(2-3), 139-153.

- Fernandez-Berrocal, P., Alcalde, R., Extremera, N. y Pizarro, D.A. (2006).The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N.S. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001) Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N.S. y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *To-co-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P. y Ruiz Aranda, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15, 6(2), 421-436.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 18, 91-107.
- Fernández-Berrocal, P., y Ramos-Díaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247-260.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Orozco, F. (2000). Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Toko Gin Pract* 2000; 59: 1-5.
- Fernández Viader, M. P. (1993). Estrategias comunicativas en el niño sordo en contexto familiar. Interacción comunicativa. Díadas homogéneas y díadas heterogéneas [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Fernández Viader, M. P. (1996). Reflexiones sobre la escritura y la alfabetización de los niños sordos. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, Vol. 16, Nº. 2, 1996, pp. 79-85.
- Fernández Viader, M. P., y Pertusa, E. (1995). Primer vocabulario de los niños sordos en presencia o ausencia de modelos lingüísticos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiolología* 1995; 15: 155-163.
- FIAPAS (Jáudenes, C. y Patiño, I.) (2007): *Dossier divulgativo para familias con hijos/as con discapacidad auditiva. Información Básica para el acceso temprano a la lengua oral (2ª ed.)*. Madrid, Confederación Española de Familias de Personas Sordas - FIAPAS (2008).
- Fivush, R. (1993). Developmental perspectives on autobiographical recall. En G. S. Goodman y B. L. Bottoms (Eds.), *Child victims, child witnesses: Understanding and improving testimony* (pp. 1-24). New York: Guilford Press.

- Flavell, J. H. y Miller, P. (1998). Social cognition. En W. Damon, D. Kuhn y R.S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol. III. Cognition, Perception and Language* (pp. 851-898). New York: Wiley y Sons.
- Freedman, D. G. y Gorman, J. (1993). Attachment and the transmission of culture: An evolutionary perspective. *Journal of Social and Evolutionary Systems*, 16, 297-329.
- Fridlund, A.J., Ekman, P. y Oster, H. (1984). Facial expressions of emotion. En A.W. Siegman y S. Feldstein (Eds.), *Nonverbal Behavior and Communication* (2ª.ed) (pp.143-223). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Friederich, W., Friederich, W. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*. 85, 551-553.
- Friederich, W., Wiltner, L. y Cohén, D. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*. 90, 130-139.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behaviour and Your Heart*. Knopf, New York.
- Furth, H. G. (1973). *Deafness and Learning: A psychosocial approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Gallardo Ruiz, J.R. y Gallego Ortega J.L. (1995). *Manual de logopedia escolar: un enfoque práctico*. Ediciones Aljibe. Segunda Edición, 1995.
- Galtung, J. (1967). After Camelot. En I. L. Horowitz (Ed.), *The Rise and Fall of Project Camelot* (pp. 281-312). *Cambridge, MA: MIT Press*.
- Gantiva, G.A., Luna, A., Dávila, A.M. y Salgado, M.J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 63-72 Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia
- García-Fernández, M. y Giménez-Mas, S. I. (2010). “La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador”. *Espiral Cuadernos del Profesorado*. Vol.3, Nº6. Revista Digital del centro del profesorado.
- García-Viniegras, V. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado en 27 de marzo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864

- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1993). *Frames of Mind: The Theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books. (Trad.cast., *Inteligencias Múltiples*. Barcelona: Paidós, 1995).
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
- Garton, A. (1992). *Social Interaction and the Development of Language and Cognition. Essays in Developmental Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Hillsdale (USA).
- Garbarino, J. (1978). The consequences of child maltreatment. *Biosocial and Ecological Issues. The Human Ecology of Child Maltreatment*, p.300.
- García-Esteve, L., Núñez, P. y Valdés, M. (1988). Alexitimia: un análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico. *Psicopatología*, 8, 1, 55-60.
- Gath, A. (1972). The mental health of siblings of congenitally abnormal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 13, 211-218.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K. y Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37, 297-308.
- Gili Gaya, S. (1972). *Estudios de lenguaje infantil*. Barcelona: Biblograf.
- Gladue, B. A. (1991). Aggressive behavioral characteristics, hormones, and sexual orientation in men and women. *Aggressive Behavior*, 17, 313-323.
- Gladue, B. A y Bailey, J. M. (1995). Aggressiveness competitiveness and human sexual orientation. *Psychoneuroendocrinology*; 20, 475-485.
- Gohm, C.L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 594-607.

- Gohm, C.L. y Clore, G.L. (2002). Affect as information: An individual-differences approach. En L.Feldman Barrett y P.Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp.341-359). New York: Guilford.
- Gohm, C.L., Baumann, M.R. y Sniezek, J.A. (2001). Personality in Extreme Situations: Thinking (or Not) under Acute Stress. *Journal of Research in Personality*, 35, 388-399.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. J., y Golan, Y. (2006). The “reading the mind in films” task: Complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions. *Social Neuroscience*, 1, 111–123.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community*. Tavistock Press. London.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *The Users Guide to the General Health Questionnaire*. NFER/Nelson. Slough.
- Goldman, S. L., Kramer, D. T. y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 115-128.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Ed. Kairós.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In: C. Chernis & D. Goleman (eds.), *The emotional intelligence workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gómez, J.M., Galiana, D. y León, D. (2000). “*Que debes saber para mejorar tu empleabilidad*”. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- González, A., Linero, M. y Barajas, C. (2009). La comprensión de sentidos no literales en adolescentes sordos y oyentes. = Understanding non-literal meanings in deaf and hearing adolescents. *Infancia Y Aprendizaje / Journal For The Study Of Education And Development*, 32(3), 343-358.
- Gottman, J. M., Katz, L. F. y Hooven, C. (1997). *Metaemotions: How families communicate emotionally*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gou, J. (2004). Ayudas audiológicas: audífonos. En *Manual Básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*, cap. VI, pp.96-101. Editado por FIAPAS.

- Gray, C. D., Hosie, J. A., Russell, P. A., y Ormel, E. A. (2001). Emotional development in deaf children: Facial expressions, display rules, and theory of mind. In M. D. Clark, M. Marschark, & M. Karchmer (Eds.), *Context, cognition and deafness* (pp. 135– 157). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Greco, L. A., Cadotte, M. D. y Morris, T. L. (2000, November). *Do Dads Encourage Social Fear: Role Of Rule Governance In Child Society Anxiety?* Poster presentado al Annual meeting of Association for the Advancement of Behavior Therapy. New Orleans, LA.
- Greenberg, M.T. y Kusche, C.A. (1989). Cognitive, personal and social development of deaf children and adolescentes. En Wang MC, Reynolds MC y Walberg HJ (Eds). *Handbook of Special Education: Research and Practice* (vol 1-3). Oxford: Pergamon Press.
- Greenberg, M.T., y Kusche, C.A. (1993). Promoting social and emotional development in deaf children : The Paths project. *Seattle, WA: University of Washington Press.*
- Greenberg, L. S. y Paivio, S. C (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Greenspan, S. (1989). Emotional intelligence. En K.Field, B.J. Cohler Y G. Wool (Eds.), Learning and education: Psychoanalytic perspectives (pp.209-243). *Madison, CT: International Universities Press.*
- Greenspan, S. I, (1992). *Infancy and Early Childhood: The Practice of Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges.* *Madison, CT: International Universities Press.*
- Greenspan, S. I y Benderly, B. L. (1997). *The Growth of the Mind and the Endangered Origins of Intelligence.* Boston: Addison-Wesley.
- Greenspan, S. I y Wieder, S. (2006). *Engaging Autism.* New York: Perseus Books Group.
- Gregory, S., y Mogford, K. (1981). Early language development in young deaf children. En: Kyle, J.; Woll, B., y Deuchar, M. (eds): *Perspectives on British Sign Language and Deafness.* Bristol: Crom Helm, 1981: 218-237.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grossman, R. y Kegl, J. (2007). Moving Faces: Categorization of Dynamic Facial Expressions in American Sign Language by Deaf and Hearing Participants. *J Nonverbal Behav.* 31:23–38.

- Guil, R., Mestre, J. M. y Guillén, C. (2003). Socialización Emocional. *Encuentros en Psicología Social* 1(4), 338-342.
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A. y Dunsmore, J. (2001). Affective social competence. *Social development*, 10, 79-111.
- Hall, J. A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857.
- Hall, J. (1984). Nonverbal sex differences: Communication accuracy and expressive style. *Baltimore, MD: The John Hopkins University Press*.
- Halliday, M. A. K. (1973). Explorations in the functions of language. Londres. Arnold. Traducción al castellano: *Exploraciones sobre las funciones del lenguaje*. Barcelona. Médica y Técnica. 1983.
- Happé, F. (1994). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of autism and developmental disorders*, vol. 24, 2, 129-154.
- Harris, P. L. (1993). Understanding emotion. En M. Lewis y J. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 237-246). New York: Guilford Press.
- Harris, P. L., Donnelly, K., Guz G. R. y Pitt-Watson, R. (1986). Children's understanding of the distinction between real and apparent emotion. *Child Development*, 57, 895-909.
- Harris, P. L., Olthof, T., Meerum Terwogt, M., y Hardman, C. E. (1987). Children's knowledge of the situations that provoke emotion. *International Journal of Behavioral Development*, 10, 319-343.
- Harris, P. L., Olthof, T., y Meerum Terwogt, M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 247-261.
- Harris, P.L., Rosnay, M. y Pons, F. (2005). *Language and Children's Understanding of Mental States*. New York: Oxford University Press.
- Hart, B. y Risley, T.R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, Md: P.H. Brookes Pub.; 1995.

- Hendryx, M.S.; Haviland, M.G. y Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Heinicke, C. y Westheimer, I. (1966). *Brief separations*. New York: International Universities Press.
- Henley, N. M (1977). *Body Politics: Power, Sex, and Nonverbal Communication*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hernstein, R. y Murray, C. (1994). *The bell curve*. New York: Free Press.
- Herrán Martín, B. *Guía técnica de intervención logopédica en implantes cocleares*. Editorial Síntesis, 2005.
- Herrera, V. F. (2005). Adquisición temprana de lenguaje de signos y dactilología. *Revista psicopedagógica REPSI* nº 77-78; 13 marzo 2005. pp. 2-10.
- Heuer, C. J. (2010). Emotional coping and literacy intervention decisions: How hearing parents guide their deaf children. *Dissertation Abstracts International Section A*, 71, 446
- Higgins, E.T., Grant, H. & Shah, J. (1999). Self Regulation and quality of life: Emotional and non emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hill, E.L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2001; 36(2):149-171.
- Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid. Alianza.
- Hoff-Ginsberg E. (1990). Maternal speech and the child's development of syntax: a further look. *J Child Lang*. 1990; 17: 145-56.
- Hoffman, M.F., Quittner, A. y Cejas, I. (2015). Comparisons of Social Competence in Young Children With and Without Hearing Loss: A Dynamic Systems Framework. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2015, 115–124.
- Hopyan, T., Manno, F. I., Papsin, B. C., y Gordon, K. A. (2016). Sad and happy emotion discrimination in music by children with cochlear implants. *Child Neuropsychology*, 22(3), 366-380.

- Hosie, J. A., Russell, P. A., Gray, C. D., Scott, C., Hunter, N. y Banks, J. S (2000). Knowledge of display rules in prelingually deaf and hearing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 389-398.
- Howlin, P. y Rutter, M. (1987). The consequences of language delay for other aspects of development. In: Yule M, Rutter M. (Eds.) *Language development and disorders*. Blackwell, Oxford, pp 271–294.
- Huber, M. y Kipman, U. (2011). The mental health of deaf adolescents with cochlear implants compared to their hearing peers. *Academic Journal International, Journal of Audiology*, Vol 50(3), Mar, 2011 pp. 146-154. Publisher: Informa Healthcare
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Ickes, W., Gesn, P. R. y Graham, T. (2000). Gender differences in emphatic accuracy: Differential ability or differential motivation? *Personal Relationship*, 7, 95-109.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). www.seg.social.es/imserso
- Izard, C. E. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Appleton Century Crofts.
- Izard, C. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jackson, A.L. (2001) Language Facility and Theory of Mind Development in Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6:3, 161-176.
- Jain, A. K. y Sinha, A. K. (2005). General health in organizations: Relative relevance of emotional intelligence, trust, and organizational support. *International Journal of Stress Management*, 12, 257-273.
- Jarque, M. J. (2012). Las lenguas de signos: su estudio científico y reconocimiento legal. *Anuari de Filologia. Estudis de lingüística (Anu.Filol.Est.Lingüíst.)* 2/2012, pp.33-48.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M. y Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 126-131.

- Joint Committee on Infant Hearing. "Position Statement", en *AAO-HN-S Bulletin*, 3, (1991), pp. 15-18.
- Johnson, R. E., Liddell, S. K. y Erting, C. J. (1989). Unlocking the curriculum: Principles for achieving access in deaf education. *Gallaudet Research Institute Working Paper* 89-3. Washington, D.C: Gallaudet University.
- Jordan, P.J., y Troth, A.C. (2004). Managing Emotions during Team Problem Solving: Emotional Intelligence and Conflict Resolution. *Human Performance*, 17(2), 195-218.
- Kahneman, D. (1999). *Objective happiness*. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (eds.), *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp 3-25). Nueva York, Russell Sage.
- Kaler, S. R. y Kopp, C. B. (1990). Compliance and comprehension in very young toddlers. *Child Development* 1990; 61 (6):1997-2003.
- Kanowitz, J., Shapiro, H., Golfinos, J. (2005). Auditory Brainstem Implantation in Patients with Neurofibromatosis Type 2. *Laryngoscope* 2005; 114 (12): 2135-46.
- Kappy, B. (1996). The relationship between perceptions of stigmatization, self-concept, and attributional style of deaf adolescents. *Wayne State University. Tesis Doctoral*.
- Karahan, T.F. y Yalcin, B.M. (2009). The effects of an emotional intelligence skills training program on anxiety, burnout and glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29 (1), 16-24.
- Kawan, J. y Lewis, M. (1965). *Studies of attention in the human infant*. Merrill-Palmer Quarterly, 11, 95-127.
- Kaye, K. (1982). The mental and social life of the babies. Traducción al castellano: *La vida mental y social del bebé*. Barcelona, Paidós, 1986.
- Keltner, D., Gruenfeld, D. y Andersen, C. (2003). Power, Approach and Inhibition. *Psychological Review*, 110(2), 265-284.
- Kiger, G. (1997). The structure of attitudes toward persons who are deaf: emotions, values, and stereotypes. *The Journal of Psychology*, 13(5), 554-560.
- Kimura, D. (1999). *Sex and Cognition*. Cambridge, MA: Bradford Book, MIT Press.

- Kimura, D. (2002a). Sex differences in the brain (Revision of 1999 paper). *Scientific American, Special issue "The hidden mind"*, 12, 32-37.
- Kimura, D. (2002b). Women's advantage on verbal memory is not restricted to concrete words. *Psychological Reports*, 91, 1137-1142.
- Kirouac, G. y Doré, F. Y. (1985). Accuracy of the judgment of facial expression of emotions as a function of sex and level of education. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 9, 3-7.
- Kitson, N.; Hindley, P. (2000). *Mental Health and Deafness*. Whurr 2000.
- Kobosko, J. (2009). Relacja matka-dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej. = Mother-child relationship and language development disorders in deaf adolescents. *Przegląd Psychologiczny*, 52(3), 327-342.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kusche, C., Garfield, T.S. Y Greenberg, M.T. (1983). The Understanding of Emotional and Social Attributions in Deaf Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol., 12, n°2, 153-160.
- Kvam, M.H., Loeb, M. y Tambs, K. (2007). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 12.1, 2007.
- Laborda, X. (2010). Crátulo: diálogo con el mito platónico de la lingüística. Tonos: *Revista Electrónica de Estudios Filológicos*. N°19- Julio 2010.
- LaBounty, J., Wellman, H. M., y Olson, S. (2008). Mothers' and fathers' use of internal state talk with their young children. *Social Development*, 17, 757-775.
- LaFrance, M. y Henley, N. M. (1994). On oppressing hypotheses: Or differences in nonverbal sensitivity revisited. En H. L. Radtke y H.J Stam (Eds.), *Power/Gender: Social Relations in Theory and Practice* (pp. 287-311). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Laible, D. J. y Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34, 1038–1045.
- Lamb, M.E. y Nash, A. (1989). Infant-mother attachment, sociability, and peer competence. In T.J. Berndt & G.W. Ladd (Eds.), *Peer relations in child development* (pp. 219-245). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Lamb, M.E., Thompson, R., Gardner, W., y Charnov, E. (1985). *Infant-mother attachment: The origins and developmental significance of individual differences in strange situation behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lane, R. D. y Pollerman, B.Z. (2002). Complexity of Emotions Representations. En L. F. Barret y P. Salovey (Eds.), *The Wisdom in Feeling* (pp. 271- 293). New York: The Guilford Press.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lazarus, S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Latorre, J.M. y Montañez, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.
- Lazarus, R. S. y Lazarus, B. (1994). *Passion and Reason*. New York: Oxford University Press.
- Lederberg, A.; Mobley, C. (1990). The effect of hearing impairment on the quality of attachment and mother-toddler interaction. *Child Develop*, 61: 1596-1604.
- Leible, T.L. y Snell, Jr., W.E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Leigh, I. W., Robins, C. J., y Welkowitz, J. (1990). Impact of communication on depressive vulnerability in deaf individuals. *Journal Of The American Deafness And Rehabilitation Association*, 23(3), 68-73.
- Lenneberg, E. (1981). *Fundamentos biológicos del lenguaje*, v. española Natividad Sánchez Sainz-Trápaga y Antonio Montesinos Alianza Editorial, Madrid, (pp.359).
- Lenneberg, E. (1982). *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, Alianza Editorial, Madrid.

- Letourneau, S.M. y Mitchell, T.V. (2011). Gaze patterns during identity and emotion judgments in hearing adults and deaf users of American Sign Language. *Perception*. 40(5):563-75.
- Leuner, B. (1966). Emotionale intelligenz und emanzipation. [Emotional intelligence and emancipation]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 196-203.
- Leung, J, y Choi, Ch. (1990). Hearing-impaired children in public schools. A comparison study. *Bulletin of the Hong-Kong Psychological Society*, nº24-15, 27-40.
- Levine, E.S. (1981). The Ecology of Early Deafness. *New York: Columbia University Press*.
- Levine, E. y Wagner, L. (1956). Youth in a Silent World. *New York: New York University Press*.
- Lewis, G. y Wessely, S. (1990) Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety Depression Scale. *Br J Psychiatry* 157:860-864.
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Ley 17/2010, de 3 de junio, de la lengua de signos catalana.
- Ley 11/2011, de 5 de diciembre, por la que se regula el uso de la lengua de signos española y los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con sordoceguera en Andalucía.
- Liddell, S. K. (2003). *Grammar, gesture and meaning in American Sign Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lier de Vitto, M. F. (1987). Comunicação pessoal.
- Lischetzche, T. y Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3, 361-377.
- Limonero, J.T., Tomas-Sábado, J. y Fernández-Castro J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.

- Limonero, J.T., Tomas-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.
- Liu, P., Huang, S. y Liang, S. (2013). Regulatory emotional self-efficacy and coping style in deaf-mute students. *Chinese Mental Health Journal*, 27(1), 64-68.
- Lobato, M. y Romañach, J. (2005). Mensaje nº 13.457 del Foro de Vida Independiente. <http://es.groups.yahoo.com/group/vidaindependiente/message/13457>.
- Lopes, P. N., Salovey, P. y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35 (3), 641-658.
- Lumley, M.A., Gustavson, B.J., Partridge, R.T. y Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342.
- Lundy, J.E.B. (2002) Age and language skills of deaf children in relation to theory of mind development. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7:1, 41-56.
- Lynn, R. y Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.
- Malatesta, C. Z., Culver, C., Tesman, J. R. y Shepard, B. (1989). The development of emotion expression during the first two years of life. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 54, 1-103.
- Manrique, M. (2004). Ayudas audiológicas: implantes cocleares. En *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*, cap.7; pp.108-110. Editado por FIAPAS.
- Manrique Rodríguez, M. y Huarte Irujo, A. (2004). Incidencia y causas de la sordera. Exploración y diagnóstico. En *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*, cap.3, pp. 52-55. Editado por FIAPAS.
- Marcial, M. R. (2013). Tesis Doctoral “Nivel de autoconcepto en niños sordos” (estudio realizado en la asociación Halo Guatemala de Mazatenango, Suchitepéquez y en la escuela para niños Elisa Molina de Stal de Quetzaltenango). Universidad Rafael Landívar.
- Marco, J., Morera, C. y Morant, A. (2004). Detección precoz de la sordera infantil. *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. (pp. 37- 48). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.

- Marden, D., McDuffie, R Jr., Allen R. y Abitz, D. (1997). A randomized controlled trial of a new fetal acoustic stimulation test for fetal well-being. *Am J Obstet Gynecol.*; 176:1386-8.
- Marchesi, A., Alonso, P., Paniagua, G. y Valmaseda, A. (1995). Desarrollo del lenguaje y del juego simbólico en niños sordos profundos. Madrid. *Ministerio de Educación y Ciencia: CIDE*.
- Marchesi, A., Valmaseda, M., Alonso, P. y Paniagua, G. (1994). The development of symbolic play and language in profoundly deaf children. En I. Ahlgren, B. Bergman y M. Brennan (eds.). *Perspectives on sign language usage. Durham: The International Sign Linguistic Association*.
- Markey, M.A. y Vander-Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (5), 458-464.
- Marschark, M. (1993a). Origins and interactions in social, cognitive, and language development of deaf children. In M. Marschark y M. D. Clark (Eds.), *Psychological perspectives on deafness* (pp.7-26). Mahwah, NJ:Erlbaum.
- Marschark, M. (1993, b). *Psychological development of deaf children*. New York, NY:Oxford University Press.
- Marschark, M. y Lukomski, J. (2001). Understanding language and learning in deaf children. In M.D. Clark, M. Marschark, & M. Karchmer (Eds.), *Cognition, context, and deafness* (pp. 109-130). Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Marschark, M., y Hauser, P. (2008). *Deaf Cognition: Foundations and Outcomes*, Oxford, New York.
- Martín, J. (1982). Aetiological factors relating to childhood deafness. *European Community Audiology*, 21, pp. 149-158.
- Martínez, A. E. (2009). Autoconcepto, motivación académica y estrategias de aprendizaje en estudiantes prosociales y no prosociales de educación secundaria obligatoria. *Tesis Doctoral*. Universidad Miguel Hernández. Elche. España.
- Martínez-Sánchez, F. (1995). La alexitimia: un constructo potencialmente útil para la investigación de las relaciones entre emoción, cognición y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 34-35, 46-54.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 1, 19-32.

- Martínez –Pons, M (1997).The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Martínez-Pons, M. (2000). Emotional intelligence as a self-regulatory process: A social cognitive view. *Imagination, Cognition and Personality*, 19, 331-350.
- Martínez Sánchez, F. y Ato García, M. (2011). Reactividad simpática al estrés inducido experimentalmente en la alexitimia. *Anales de psicología*, Vol. 27, Nº. 3, 2011, págs. 757-762.
- Martínez, F.; Montero J. M. y Cerra, J. (2002) Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 14 (2), 344-349.
- Martínez, A.E., Inglés, J.C., Piqueras, J.A. y Ramos V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento académico. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa / Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 20, 8(1), 45-64.
- Marvin, R. S. y Britner, P. A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment.
- Marvin, R. y Greenberg, M. (1982). Preschoolers'changing conceptions of their mothers: A social-cognitive study of mother-child attachment. En D.Forbes & M.T. Greenberg (Eds.), *New directions for child development*: Nº 18. Children's planning strategies (pp.47-60). San Francisco: Jossey-Bass.
- Masataka, N. (1996). Perception of motherese in a signed language by 6-month-old deaf infants. *Developmental Psychology*, Vol 32(5), Sep 1996, 874-879.
- Matías, A. (2006). Aspectos psicoevolutivos del niño hipoacúsico. *I+E, Revista Digital de Investigación Educativa*, Nº 26 Agosto de 2006 – Vol. III.
- Matsumoto, D., Leroux, J. y Yoo, S.H. (2005). Emotion and intercultural communication. *Kwansei Gakuin Sociology Department studies*, 99: 15-38,
- Matthew, G. y Zeidner, M. (2000).Emotional intelligence, adaptation to stressful and health outcomes. En Bar-on, R. y Parker, J.D.A (Eds). *The Handbook of Intelligence*, Jossey-Bass.
- Matthews, G., Zeidner, Z. y Roberts, R.D. (2002). Emotional intelligence: *Science the MIT Press*.

- Mayer, J. D. (2001). *Emotion, intelligence, and emotional intelligence*. En J. P. Forgas (Ed.), *Handbook of affect and social cognition* (pp. 410-431). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mayer, J., Caruso, D. y Salovey, P. (1997). A test of emotional intelligence. Manuscript in preparation.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267–298.
- Mayer J.; DiPaolo, M. y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. y Salovey P. (1997). *What is emotional intelligence?*. En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.) *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp.3-34). New York: Basic Books.
- Mayer, J.; Salovey, P; Caruso, D. (2000 a). *Models of emotional intelligence*. En R.J. Sternberg (Eds.), *Handbook of Intelligence* (pp 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J.; Salovey, P; Caruso, D. (2000 b). Emotional Intelligence as zeitgeist, as personality, and as mental ability. En R. Bar-On y J.D.A Parker (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence* (pp.92-117). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J.; Salovey, P. y Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Versión 2.0. Toronto: Multi-Health Systems.
- McCarthy, C.J., Moller, N. P. y Fouladi, R.T (2001). Continued attachment to parents: its relationship to affect regulation and perceived stress among college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33, 198-213.
- McGraw, M.B. (1943). *The Neuromuscular Maturation of the Human Infant*. New York: Columbia University Press.
- 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. (1975). The development of deaf children. In E.M. Hetherington, J.W. Hagen, R. Kron y A.H. Stein (Eds.), *Review of Child Development Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meadow, K. (1980). *Deafness and children development*. Berkeley: University of California Press.
- Meadow-Orlans, K.P. (1983). Meadow-Kendall Social-Emotional Assessment Inventory for Deaf and Hearing Impaired Students Manual. Washington, DC: Gallaudet College.
- Medrano, L.M; Ortiz, A y Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *PSYKHE* 2013, Vol. 22, N° 1, 83-96, mayo 2013.
- Meier, R.P. (2002). Why different, why the same? Explaining effects and non-effects of modality upon linguistic structure in sign and speech. En *Modality and structure in signed and spoken languages*, Meier, R.P., Cormier, K. y Quinto-Pozos, D. (eds), Cambridge, Cambridge University Press, 1-26.
- Meltzoff, A. N y Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child development*, 54, 702-709.
- Mestre, J.M., Comunian, A. y Comunian, M. (2007). Inteligencia Emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual desde los procesos psicológicos. En *Manual de Inteligencia Emocional*, cap.2, (pp. 47-68), Ed. Pirámide.
- Mestre J.M y Guil, R. (2003). *Inteligencia Emocional*. En E.G. Fernández Abascal, M.P. Jiménez y M.D. Martín (Eds.), *Emoción y Emoción: La adaptación humana* (vol.1) (pp.397-426). Madrid: McGraw-Hill.
- Mestre, J. M., Guil, R. y Lim, N. (2004). Inteligencia Emocional: ¿A qué pueden deberse las diferencias respecto a la variable género? En E. Barberá, L. Mayor, M. Chóliz, E. Cantón, E. Carbonell, C. Candela y C. Gómez (Eds), *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica* (pp. 313-324). Valencia: Fundación Universidad-Empresa de Valencia, ADEIT.
- Mestre, J.M., Guil, R., Lopes, P., Salovey, P. y Gil-Olarte, P., (2006). Emotional intelligence and social and academic adaptation to school. *Psicothema*, 18, 112-117.

- Mestre J.M.; Núñez, I. y Guil, R. (2007). *Aspectos psicoevolutivos, psicosociales y diferenciales de la Inteligencia Emocional*. En Manual de Inteligencia Emocional. Cap. 7; (pp. 153-172). Ed. Pirámide.
- Mestre, J. M., Guil, R. y Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia Emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VII, 16,
- Mestre, J. M., Guil, R y Mestre, R., (2005). Inteligencia emocional: resultados preliminares sobre su naturaleza y capacidad predictiva a partir de un estudio correlacional en muestras de estudiantes de secundaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 16, 2(2), 269-281.
- Mestre, J. M., Palmero, F. y Guil, R. (2004). Inteligencia Emocional, una explicación desde los procesos psicológicos básicos. En J. M. Mestre y F. Palmero (Eds.), *Procesos Psicológicos Básicos: una guía académica para los estudios en Psicopedagogía, Pedagogía y Psicología* (pp. 249-280). Madrid: Mc-Graw-Hill.
- Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Coumans, N. y Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 455-477.
- Milligan, K. Astington, J.W. y Dack, L. (2007). Language and Theory of Mind: Meta-Analysis of the Relation Between Language Ability and False-belief Understanding. *Child Development*, 78, 2, 622-646.
- Miller, P. y Aloise, P. (1989). Young Children's Understanding of the Psychological Causes of Behavior. *Child Development*, 60, 257-285.
- 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.
- Monsalve, G. y Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, 15 (1), 7-28.
- Montanini Monfredi, M. (1993). The emotional development of deaf children. In M. Marschark & M. D. Clark (Eds.), *Psychological perspectives on deafness* (pp. 49-64). Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Montes-Berges, B. y Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (2), 163-171.
- Moore, JK.; Guan, JL.(2001). Cytoarchitectural and axonal maturation in human auditory cortex. *J. Assoc. Res. Otolaryngol.*;4:297-311.
- Moore, JK. (2002). Maturation of human auditory cortex: Implications for speech perception. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.* 2002;189:7-10.
- Moore, D. (1985). Postnatal development of the mammalian central auditory system and the neural consequences of auditory deprivation. *Acta Otolaryngol.* 421:19-30.
- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D. y Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 24, 1-9.
- Mufson, L. y Nowicki, S. J. (1991). Factors affecting the accuracy of facial affect recognition. *Journal of Social Psychology*, 131, 815-822.
- Mundy, P. y Gomes, A. (1998). Individual differences in joint attention skill development in the second year. *Infant Behavior and Development*, 1998; 21(3):469-482.
- Muñoz, J.; García, A. (2003) Salud mental y sordera. "FIAPAS". Madrid, (66) Ene-Feb. 1999, p. 21-25.
- Murphy, S. E. (2002). Leader self-regulation: The role of self-efficacy and multiple intelligence. En S. E. Murphy (Ed.), *Leader Self-Regulation: The Role of Self-Efficacy and Multiple Intelligences* (pp.163-186). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Myers, D. (2000). *La sensación*. En D. Myers (Ed.), *Psicología*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Myklebust, H.E. (1960). *The Psychology of deafness*. Nueva York: Grune y Straton.
- Myklebust, H.R. (1964). *Psicología del sordo*. Madrid. Fundación General Mediterránea y Editorial Magisterio Español.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Bethesda, Md: National Institutes of Health, National Institute *National strategic research plan for language and language impairments, balance and balance disorders, and voice and voice disorders on Deafness and Other Communication Disorders*; (1995). NIH Publication No. 97-3217.

- Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology* ,1, 35-39.
- Neisser, U. (1992). The development of consciousness and the acquisition of skill. En F. Kessel, P. M. Cole y D. Johnson (Eds.), *Self and Consciousness: Multiple Perspectives* (pp. 1-18). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nemiah, J.C y Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: O.W., Hill (Ed.). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol.2, London: Butterworths.
- Newton, V. (1985). Aetiology of bilateral sensorineural hearing loss in Young children. *Journal of Laryngology and Otology*, suppl.10, pp. 1-57.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders anxiety/depressive symptoms, *Journal of Abnormal psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Women who think too much: How to break free of overt reclaim your life*. New York: Holt.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression a following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality Psychology*, 61, 105-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nunes, T., Pretzlik, U., & Olsson, J. (2001). Deaf children's social relationships in mainstream schools. *Deafness and Education International*, 3, 123-136.
- O'Donoghue, G., Balkany, T., Cohen, N., Lenarz, T., Lustig, L. y Niparko, J. (2002) Meningitis and cochlear implantation. *Otology & Neurotology* 2002; 823-824.
- Odom, P. B., Blanton, R. I., y Laukhuf, C. (1973). Facial expressions and the interpretation of emotion-arousing situations in deaf and hearing children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 139-151.
- Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18, 167-175.

- Olalla, M. M., García, R. y Ramírez, B. P. (2005). Psicopatología y sordera. Una perspectiva desde la psiquiatría infantil y del adolescente. = Psychopathology and deafness. A perspective from child and adolescent psychiatry. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 22(1), 34-37
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.
- Padden, C. y Perlmutter, D. (1987). American Sign Language and the architecture of phonological theory. *Natural Language and Linguistic Theory*, 5, 335-375.
- Páez, D. y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D.Páez (Ed.), *Salud, Expresión y Represión social de las emociones*, Valencia: Promolibro.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: Socialización, regulación y bienestar. = Secure attachment, parental bonding, family environment and emotional intelligence: Socialization, regulation and well-being. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 329-341.
- Palacios, J. (2001). Psicología evolutiva: concepto, enfoques, controversias y métodos. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. I: *Psicología Evolutiva* (pp.23-102). Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, A. y Románach, J. (2006). El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Ediciones Diversitas- AIES. Disponible en Web: <http://www.asoc-ies.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>.
- Palfai, T. y Salovey, P. (1993). The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*, 13, 57-71.
- Palomera, R., Fernández-Berrocal, P. y Brackett, M. (2008). La inteligencia emocional como una competencia básica en la formación inicial de los docentes: algunas evidencias. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(15), 437-454.
- Paradis, G. y Koester, L.S. (2015). Emotional availability and touch in deaf and hearing dyads. *American Annals of the Deaf*, 160 (3), 303-315,

- 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.
- Pau, A. K. H., y Croucher, R. (2003). Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *Journal of Dental Education*, 67, 1023-1028.
- Payne, W. (1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence, self-integration, relating to fear, pain, and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47, 203.
- Pena Garrido, M., Extremera Pacheco, N. y Rey Peña, L. (2011) El papel de la inteligencia emocional percibida en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *Revista española de orientación psicopedagógica*, 22 (1), 69-79.
- Peralta, F. (2011). *Niños diferentes: Los trastornos del desarrollo y su intervención psicopedagógica*. España: Eunate.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, MA: MIT Press. [Trad. cast. de M. A. Galmarini: Comprender la mente representacional. Barcelona: Paidós, 1994].
- Peterson, C. y Siegal, M. (1995) Deafness, Conversation and Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 459-474.
- Peterson, C.C. y Slaughter, V. (2006). Telling the story of theory of mind: Deaf and hearing children's narratives and mental state understanding. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 151-179
- Peterson, C. C., Wellman, H. M., y Liu, D. (2005). Steps in theory of mind development for children with deafness or autism. *Journal of Child Development*, 76, 502-517.
- Peterson, C. C., Wellman, H. M., y Slaughter, V. (2012). The mind behind the message: Advancing theory-of-mind scales for typically developing children and those with deafness, autism and Asperger syndrome. *Child Development*, 83, 469- 485.
- Pettit, M.L., Jacob, S.C., Page, K.S. y Porras, C.V. (2010). An assessment of perceived emotional intelligence and eating attitudes among college students. *American Journal of Health Education*, 41(1), 46-52.
- Petitto, L. A. (2000). The acquisition of natural signed languages: lessons in the nature of human language and its biological foundation. En C. Chamberlain, J. P. Morford & R. Mayberry (Eds.), *Acquisition of Language by Eyes*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Petitto, L. A., y Marentette, P. (1991). Babbling in the manual mode: Evidence for the ontogeny of language. *Science*, 251, 1493-1496.
- Piaget, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. Trad. cast. de M. Arruñada: La construcción de lo real en el niño. Buenos Aires: Ed. Proteo, 1965.
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García-López, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad y depresión: implicaciones para la salud. *Suma Psicológica*, 15, 43-74.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16, 85-112.
- Platón (ca 360 AC). *Crátilo, en Diálogos*. Obra completa en 9 volúmenes. Volumen II: Gorgias. Menéxeno. Eutidemo. Menón. Crátilo. Traducción e introducción de J. L. Calvo. Madrid: Editorial Gredos, 2003, p. 358-455.
- 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.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C. y Deas, A. M. (1999). Maternal sensitivity predicts language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 294-304.
- Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C., Kubicek, L. y Emde, R. N. (1998). A comparison of the links between emotional availability and language gain in young children with and without hearing loss. *Volta Review*, 100, 251-277. d
- Prillwitz, S. (1982) zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik. *Kohlhammer*, Stuttgart, pp 271–289
- Puigcerver, M.J. (2003). Evaluación del autoconcepto, actitudes y competencia social en sujetos sordos. *Facultad de Psicología de Murcia. Sección: Tesis, tesis doctorales*
- Queirós, M.M., Cancela, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional percibida (IEP) e actividade física na terceira idade. *Psicologia Educacao Cultura*, 8, 187-209.
- Quine, L y Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.

- Rainer, J.D., Altshuler, K.Z. y Kallman, F.J. (1969). *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*, 2nd ed., Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- Ramos, V., Piqueras, J.A., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el tratamiento. *Terapia Psicológica*, 2, 1-15.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García-López, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre Sistema Nervioso y Sistema Inmune. *Suma Psicológica*, 15, 115-142.
- Reese, E., Haden, C. A. y Fivush, R. (1993). Motherchild conversations about the past: Relationship of style and memory over time. *Cognitive Development*, 8, 403-430.
- Reich, C., Hambelton, D. y Houdin, B. (1977). The integration of hearing impaired children in regular classrooms. *American Annals of the Deaf*, 122, 534-543.
- Reilly, J.S., McIntyre, M.L. y Bellugi, U. (1990). Faces: The relationship between language and affect. In V. Volterra y C. Erting (Eds.), *From gesture to language in hearing and deaf children* (pp.128-142). Berlin: Springer.
- Reilly, J.S., McIntyre, M.L. y Seaga, H. (1992). Affective prosody in American Sign Language. *Sign Language Studies*, 75, 113-118.
- Resches, M., Serrat, E., Rostan, C. y Esteban, M. (2010). Lenguaje y Teoría de la Mente: una aproximación multidimensional. *Infancia y Aprendizaje*, 33(3), 315-333.
- Restrepo M. y Clavijo L. (2004). La construcción de la identidad del adolescente sordo. Tesis de Pregrado. Universidad de Manizales. Manizales, Caldas, Colombia.
- Ridgeway, S. (1993). Abuse and deaf children: some factors to consider. *Child Abuse Rev* 2(3):166-173.
- Rieffe, C. y Terwogt, M. (2000) Deaf Children's Understanding of Emotions: Desires Take Precedence. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 41, No. 5, pp. 601-608, 2000 Cambridge University Press ' 2000 Association for Child Psychology and Psychiatry Printed in Great Britain.
- Rieffe, C. y Meerum Terwogt, M. (2002). Relation between Theory of Mind and socialemotional development in deaf children. In A. Vyt, M. van Aken, J. D. Bosch, R. J. van der Gaag, & A. J.

J. M. Ruijsenaars (Eds.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kindersychiatrie* (pp. 168-192). Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Rieffe, C., Terwogt, M., y Smit, C. (2003). Deaf children on the causes of emotions. *Educational Psychology*, 23, 159-168.
- Rieffe, C. y Terwogt, M. (2004). Behavioural problems in deaf children: Theory of mind delay or communication failure? *European Journal of Developmental Psychology* Vol. 1, Iss. 3, 2004
- Rieffe, C. y Terwogt, M. (2006) Anger communication in deaf children, *Cognition and Emotion*, 20:8, 1261-1273.
- Riley, H., y Schutte, N. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Rime, B. (1989). Le partage social des emotions. En B. Rimé y K. R. Scherer (Eds.), *Les émotions* (pp. 271-303). Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé.
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García-López, L.J., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2008). *Psicología y Cáncer*. *Suma Psicológica*, 15, 171-198.
- Robertson, J. (1953). *A two-year-old goes to hospital* (Film). London: Tavistock Child Development Research Unit.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, Vol. 26, No. 1, febrero 2003.
- Rodrigo, G., Lusiardo, M. y Normey, L. (1989). Alexithymia: reliability and validity of the Spanish versión of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(3), 162-168.
- Roedema, T.M., y Simons, R.F. (1999). Emotion-processing deficit in alexitimia. *Psychophysiology*, 36, 379-387.
- Rom, M., y Silvestre, N. (2012). Las relaciones sociales entre adolescentes sordos y sus compañeros de clase oyentes. *Infancia y Aprendizaje*, 35(1), 5-22
- Rondal, J. A. y Serón, X. (1991). *Trastornos del lenguaje*. Barcelona: Médica-Técnica.

- Roselló Martinelli, L. (2004). Ayudas Auditológicas: medios auxiliares. *FIAPAS: Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*.
- Rosenthal, R. y DePaulo, B. M. (1979). Sex differences in eavesdropping on nonverbal cues. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 273-285.
- Rossetti-Ferreira, M.C. (1984). O Apego e as reações da criança à separação da mãe – Uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Pesquisa*, 1984, nº 48, p. 3-19.
- Rossetti-Ferreira, M.C. y Amaral, N.R. (2001). Construcción de vínculos afectivos en contextos adversos de desarrollo: importancia y polémicas. Scripta Nova. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98. Vol. XVI, núm. 395 (2), 15 de marzo de 2012. [Nueva serie de Geo-Crítica. Cuadernos Críticos de Geografía Humana]
- Rossetti-Ferreira, M.C., Silveira, R.S., Blurton-jones, N.G., Farquhar-Brown, M. y Macdonald-Moore, L. (1985). Adult-child and peer interaction during brief separations. *British Journal of Developmental Psychology*, 1985, vol. 3, p.163 -173.
- Rossetti-Ferreira, M.C.; Amorim, K.S.; Silva, A.P.S. y Carvalho, A.M.A. (2004). Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano. Porto Alegre (BR): *Artmed*, 2004.
- Rossman, B. R. (1992). School-age children's perceptions of coping with distress: Strategies for emotion regulation and the moderation of adjustment. *Journal for Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(8), 1373-1397.
- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Rotter, N.G. y Rotter, G. S. (1988). Sex differences in the encoding and decoding of negative facial emotion. *Journal of Nonverbal Behaviour*., 12, 139-148.
- Rovira (1998). Como saber si un és emocionalment intelligent. *Aloma*, 2, 57-68.
- Rude, S.S. y McCarthy, C.T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression vulnerable collage students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruffman T, Halberstadt, J. y Murray, J. (2009). Recognition of facial, auditory, and bodily emotions in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2009; 64(B):pp. 696–703.

- Russell, P.A., Hosie, N.P., Gray, C. y Hunter, N. (1998) The development of theory of mind in deaf children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 903-910.
- Rutter, M. (2003). Commentary: Causal processes leading to antisocial behavior. *Developmental Psychology* 2003; 39(2):372-378.
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S.Fiske (ed.), *Annual Review of Psychology* (vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA, Annual Reviews.
- Ryde-Brandt, R. (1990). Anxiety and Depression in Mothers of Children with Psychotic Disorders and Mental Retardation. *Br J Psychiatry* 156: 118-121.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saarni, C., (1984). An observational study of children's attempts to monitor their expressive behavior. *Child Development*, 55, 1504-1513.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: The Guilford Press.
- Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp.68-91). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sadurní, M. y Rostán, C. (2004). La importancia de las emociones en los períodos sensibles del desarrollo. *Infancia y Aprendizaje*, 27(1), 105-114.
- Saint-Georges, C., Chetouani, M., Cassel, R., Apicella, F., Mahdhaoui, A., Muratori, F., Laznik, M.C. y Cohen, D. (2013). Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). *PLoS One*. Oct. 18; 8(10).

- Saklofske, D. H., Austin, E. J., y Minski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707, 721.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J. y Davidson K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42 (3), 491-502.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B. y Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Eds.), *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 141-164). New York: Oxford University Press.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B. y Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 504-520.
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990) Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Salovey, P.; Mayer, J.D.; Goldman, L.; Turvey, C. y Palfai, T. (1995) Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence Using the Trait Meta-Mood Scale. En Pennebaker, J. (1995) *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). Washington D. C.: American Psychological Assn.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627. Salovey, P., Woolery, A. y Mayer, J.D. (2001). Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En G. J. O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp.279-307). Malden, MA: Black-well Publishers.
- Salvoldelli, G. (1975). Extraversion (e), neuroticism (n), and psychoticism (p) in deaf people. *Arch Psychiatr Nerv'enkr (Stuttg)*, 1975 Sep 18; 220(3):213-23.
- Sandín, B., Chorot, R., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, II, 37-51.
- Santos Hernández, V.; Zenker, F.; Fernández Belda, R. y Barajas de Prat, JJ. *Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva*. [en línea]. *Auditio: Revista electrónica de audiolología*. 1 Agosto 2006, vol. 3 (1), pp 19-31. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 1, febrero 2003 <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol3/1/030104.pdf>

- Satapathy, S y Singhal, S. (2001). Predicting social-emotional adjustment of the sensory impaired adolescents. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 17(2), 85-93. India.
- Saussure, F. de (1973). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada.
- Scott, B., Atkinson, L.; Minton, H. (1997). Psychological distress of parents of infants with Down Syndrome. *American Journal of Mental Retard*, 102: 161-171.
- Schick, B.; De Villiers, P., De Villiers, J., y Hoffmeister, R. (2007). Language and Theory of Mind: A Study of Deaf Children. *Child development*, 78, 2, 376-396.
- Schneider, B. (1981). L'évolution génétique du décodage des émotions faciales chez les jeunes sourds: comparaison avec l'entendant. = The genetic evolution of the interpretation of facially-expressed emotions in deaf youngsters: Comparison with normal youngsters. *Revue De Psychologie Appliquée*, 31(4, Spec Iss), 415-435.
- Schleif, S. L. (2007). Exploring emotion development of hearing children with deaf parents: A qualitative study. *Dissertation Abstracts International*, 68, 653.
- 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.
- Schildroth, A. (1986). Hearing-impaired children under age 6, 1997 and 1984, en *American Annals of Deafness*, 2, pp.85-90.
- Schmidt, J. E. y Andrykowski, M.A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychology*, 23, 259-266.
- Schlumberger, E.; Narbona, J.; Manrique, M. (2004). Non-verbal development of children with deafness with and without cochlear implants. *Dev Med Child Neur.*; 46:599-606.

- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T., Greeson, C., Jedlicka, C. et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141 (4), 523-536.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Schutte N.S., Malouff J.M., Thorsteinsson E.B., Bhullar N. y Rooke S.E. (2007). A metaanalytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42 (6), 921-933.
- 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.
- Seligman, M. E. P. (1998). Prólogo. En M.D. Avia y C. Vázquez (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid, Alianza Editorial.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona. Ediciones B (Orig.2002).
- Sergeant, M. J. T., Dickins, T. E., Davis, M. N. O. y Griffiths, M. D. (2006). Aggression, empathy and sexual orientation in males. *Personality and Individual Differences*, 40, 475-486.
- Shatz, M. (1983) Communication. In J.H. and E. Markman (Eds.). *Cognitive Development, Handbook of Child Psychology*, 4th ed. New York, Wiley.
- Silva, A.P.S.; Rossetti-ferreira, M.C. y Carvalho, A.M.A. (2004). Circunscritores: limites e possibilidades no desenvolvimento. In Rossetti-ferreira, M.C.; Amorim, K.S.; Silva, A.P.S. y Carvalho, A.M.A. (eds.). *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre (BR): Artes Médicas, pp. 81-92.
- Silvestre, N. (1995). Investigación e intervención educativa en el alumnado sordo: cuestiones sobre la integración escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 69-70, 31-44.
- Silvestre, N. (2001) La comunicación de intenciones, pensamientos y creencias. Jornadas internacionales de formación ACAPPS. Noviembre 2001.

- Silvestre, N.; Cambra, C.; Laborda, C.; Mies, A.; Ramspott, A.; Rosich, N.; Serrano, C.; Valero, J. (1998). *Sordera: Comunicación y Aprendizaje*. Cap.2, pp. 13-25. Ed. Masson.
- Simón, M. (2005). *Entrenamiento de habilidades psicosociales en adolescentes sordos*. Manuscrito inédito. *Emotional Antecedents and Reactions in Deaf Students*. Predisertación Doctoral presentada al Departamento de Psicología de la Universidad Gallaudet. Estados Unidos, (2006).
- Simón, M. (2008). *Educación y desarrollo socioemocional en los niños sordos*. Nº 41, pp. 125-138. *Ethos Educativo*.
- Simon, M. (2011). A study of emotional antecedents and reactions in deaf college students. *Dissertation Abstracts Internacional*, 72, 1806.
- Sinanović, O., Brkić, F., Salihović, N., Junuzović, L., y Mrkonjić, Z. (2004). Anxiety and depression in deaf and hard-of-hearing adults. *Medicinski Arhiv*, 58(2), 87-90.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2000). Emotional Intelligence Training and its Implications for Stress, Health and Performance Based on paper presented at 3rd World Congress on Stress, September 24-27, Dublin, Ireland.
- Slaski, M., y Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Sleeboom, I. (1991). *Parents d'enfant handicapé*. Toulouse. Ed. Érès.
- Snodgrass, S. E. (1992). Further effects of role versus gender on interpersonal sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 154-158.
- Southam-Gerow, M. A. y Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy: clinical *Psychology Review*, 22, 189-222.
- Spencer, P. y Marschark, M. (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing students*. New York:Oxford University Press.
- Sroufe, L. A (1979). The Ontogenesis of emotion. En J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (pp. 462. 516). New York: Wiley.
- Sroufe, L. A (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.

- Sriram, T.G., Chaturvedi, S.K., Gopinath, P.S. y Subbakrishna, D.K. (1987). Assesment of Alexithymia: psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(3), 162-168.
- Staller S.; Beiter A.; Brimacombe J.; Mecklenburg D. (1989). *Clinical Trial of the Nucleus 22-Channel Cochlear Implant in Profoundly Deaf Children*. En *Cochlear Implant: Acquisitions and controversies*. Editado por Bernard Fraysse y Nadine Crochard. 1989: 183-195.
- Starr, R., Dietrich, K., Fischhoff, J., Ceresnies, S. y Zweuwe, D. (1984). The contributions of handicapping conditions to child abuse. *Topics in Early Childhood Special Education*, 4, 55-69.
- Stattin, H. y Klackenber-Larsson, I. (1993). Early language and intelligence development and their relationship to future criminal behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102(3):369-378.
- Steeds, L., Rowe, K., y Dowker, A. (1997). Deaf children's understanding of beliefs and desires. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2, 185-195
- Stein, N. L., & Trabasso, T. (1989). Children's understanding of changing emotional states. In C. Saarni & P. L. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion* (pp. 50-80). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R.J. (1997). *Inteligencia Exitosa*. Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R.J; Forsythe, G.; Hedlund, J.; Horvath, J.; Warner, R.; Williams, W.; Snook, S. y Grigorenko E. (2000). *Practical Intelligence in every day life*. New York: Cambridge University Press.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., y Cromwell, E.N. (2001).Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*, 31, 5, 689-700.
- Taylor, G.J.; Bagby, R.M. y Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation. *Alexitimia in medical and psychiatric illness*. Cambridge:University Press.
- Taylor, G.J. (1992). Psychoanalysis and Psychosomatics: a new synthesis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 20, 251-275.

- Tang, Y. y Chen, S. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, vol. 17 (4), pp 329-339.
- Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P. y Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Téllez, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* Vol. XI, No. 2, 2005; pp.: 203-218.
- Thayer, J.F., Rossy, L.A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B.H. (2003). Gender differences in the relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364.
- Thieleimer M. (1985). Status and results of the House Ear Institute Cochlear Implant Project. En *cochlear implants*. Eds: Schindler R, Merzenich M. New York, NY: Raven Press 1985: 455-60.
- Thompson, R. A. (1990). On emotion and self-regulation. En R. A. Thompson (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (vol.36) (pp.383-483). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation. Biological and Behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 82-83, serial, nº240.
- Thompson, D.C., McPhillips, H., Davis, R. L., Lieu, T.A., Homer, C.J. y Helfand, M. (2001). Universal newborn hearing screening. Summary of evidence. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2000-2010.
- Thorndike, E. y Stein, S. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, (pp. 227-235).
- Torres, E. (1986). La reconstrucción de cuentos en niños sordos. *Infancia y aprendizaje*, 34, 77-100.
- Torres S.; Rodríguez, J.M; Santana, R.; González, A. (2000). Deficiencia Auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Cap.: *Aspectos clínicos de la sordera*. (pp. 40-41). Ediciones Aljibe.

- Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative behavior. In H.R. Shaffer (Ed.), *Studies in mother-infant* (pp. 227-270). New York: Academic Press.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication* (pp. 321-348). New York: Cambridge, University Press.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity, en Braten, S. (ed) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trinidad, D.R., Unger, J.B., Chou, C.P., Azen, S.P. y Johnson, C.A. (2004). The prospective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.
- Tsaousis, I., y Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21, 77-86.
- Upfold, L. (1988). Children with hearing aids in the 1990's. Etiologies and severity of impairment. En *Ear and Hearing*, 2, pp. 75-80.
- Valmaseda, M. (2004). El desarrollo socioemocional de los niños sordos. Intervención desde la escuela. En A.B. Domínguez y P.Alonso. *La educación de los alumnos sordos hoy. Perspectivas y respuestas educativas*. Málaga: Aljibe.
- Valmaseda, M. (2008). La alfabetización emocional de los alumnos sordos. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. Nº1, Vol. 3 (2009) pp. 147-163
- Vallés, A. (2005). *El desarrollo de la inteligencia emocional*. Benacantil.
- Vallés, A. y Vallés, C. (1999). *Desarrollando la inteligencia emocional*. Madrid: EOS.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Van Eldik, T., Treffers, P., Veerman, J. y Verhulst, F. (2004). Mental health problems of deaf dutch children as indicated by parents' responses to the Child Behavior Checklist. [Versión

Electrónica]. *American Annals of the Deaf*, 148 (5), 390-395. Recuperado el 31 de marzo de 2008, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15132019>.

- Van-Rooy, D.L., Alonso, A. y Viswesvaran, Ch. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 689-700.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La Ciencia del Bienestar. Fundamentos de la Psicología Positiva*. Alianza Editorial.
- Vázquez-Barquero, J.L. (1993). *Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Madrid: Meditor. 1993.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D. y Campos, M. (2006). Perceived Emotional Intelligence, Alexithymia, Coping and Emotional Regulation. *Psicothema*, 18, supl., 89-94.
- Villalba, A. (2004). Implicaciones de la sordera: repercusiones en el desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social. En *Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva*, XII (184-200). FIAPAS.
- Villanueva, L., Clemente, R.A. y Adrián, J.E. (2000). La comprensión infantil de las emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, (R.E.M.E.)*, 3, nº4.
- Villanueva, C. y Sanz, L.J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:457-69.
- Volkova, A. (2014). Talker discrimination, emotion identification, and melody recognition by young children with bilateral cochlear implants. *Dissertation Abstracts International*, 74.
- Walter-Andrew, A. S (1997). Infants' perception of expressive behaviors: Differentiation of multimodal information. *Psychological Bulletin*, 121, 437-456.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

- Whaley, S.E., Pinto, A. y Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Webb R.; Lehnardt E.; Clark G.; Laszig R.; Pyman B.; Franz B. (1991). Surgical complications with the cochlear multiple-channel intracochlear implant: experience at Hannover and Melbourne. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991; 100: 131-136.
- Webb, C. A., Schwab, Z. J., Weber, M., DelDonno, S., Kipman, M., Weiner, M. R., y Killgore, W. D. S. (2013). Convergent and divergent validity of integrative versus mixed model measures of emotional intelligence. *Intelligence*, 41, 149–156.
- Wehmer, F., Brejnak, C, Lumley, M., y Stettner, L. (1995). Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 351 -357.
- Wetherby, A. y Prizant, B. (2001). *Communication and symbolic behavior scales developmental profile - preliminary normed edition*. Baltimore, Md: P. H. Brookes Pub.; 2001.
- Wilbur, R. B (1979). *American Sign Language and Sign System*. Baltimore: University Press.
- Williams, F., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. y Joiner, T.E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Agustín E. Martínez et al. Spanish high school student. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 233-240.
- Williams, S. y McGee, R. (1996). Reading in childhood and mental health in early adulthood. In: Beitchman, J.H., Cohen, N.J., Konstantareas, M.M., Tannock, R., eds. *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological, and clinical perspectives*. New York, NY: Cambridge University Press; 1996:530-554.
- Wilton, K. y Renaut, J. (1986). Stress levels in families with intellectually handicapped preschool children and families with nonhandicapped preschool children. *Journal of Mental Deficiency Research*. (Pt 2): 163-9.

- Wimmer, H. y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and the constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Whitehurst, G.J. y Fischel, J.E. (1994). Early developmental language delay: What, if anything, should the clinician do about it? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1994; 35(4):613-648.
- Wolff, P.H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol.4, pp. 81-109). New York: Barnes & Noble.
- Wood, J. J, McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. y Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 44, 131-151.
- Wood, D.; Wood, H.; Griffiths, A., y Howarth, I. (1986). Teaching and talking with deaf children. Great Britain: John Wiley & Sons.
- Woolfe, T.; Want, S.C. y Siegal, M. (2002). Signposts to Development: Theory of Mind in Deaf Children. *Child Development*, 73 (3), 768-778.
- Yalcin, B.M., Karahan, T.F., Ozcelik, M. y Igde F.A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 34 (6), 1013-1024.
- Yan, J., Wang, L.-J., Cheng, Q., Miao, D.-M., Zhang, L.-Y., Yuan, S.-P., An, T. y Pan, Y. (2008). Estimated mental health and analysis of relative factors for new Chinese recruits. *Military Medicine*, 173 (10), 1031-1034.
- Zautra, A.J., Smith, B.W., Affleck, G. y Tennen, H. (2001). Examination of chronic pain and affect relationships from two contrasting approaches: Stress and coping and a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 786-795.
- Zazove, P., Meador, H., Aikens, J., Nease, D. y Gorenflo, D. (2006). Assessment of depressive symptoms in deaf persons. [Versión Electrónica]. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19 (2), 141-147.
- Zebrowitz, L. A (1997). *Reading faces*. Boulder, CO: Westview Press.

- Zeman, J. y Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957-973.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 67: 361-370.
- Ziv, M.; Most, T. y Cohen, S. (2012). Understanding of Emotions and False Beliefs Among Hearing Children versus Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*.

VII.- ANEXOS

ANEXO I

ANEXO I. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO: **Proyecto de inteligencia emocional en Discapacidad Auditiva**

Mediante la firma de este documento, D/Dña. _____, con DNI/Pasaporte _____, otorga su consentimiento para participar como participante en el proyecto referido, dirigido por Dña. Ana Álvarez Barrientos y Dña. Cecilia Peñacoba Puente, como Investigadoras Responsables de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC).

Objetivo, metodología y procedimiento

La inteligencia emocional (IE) es una modalidad de la inteligencia con importantes repercusiones positivas en la adaptación al entorno, la regulación de las propias emociones y el bienestar.

Las personas sordas están llevando a cabo una lucha muy importante. Legalizar la LSE como lengua en nuestra sociedad, eliminar barreras de acceso, acceder al mundo laboral...etc

Con el auge de las nuevas tecnologías, la detección precoz de la sordera, el perfeccionamiento de los audífonos y los implantes cocleares; parece que, devolver algo de audición a las personas sordas, puede hacer desaparecer todos los problemas que presentan.

Sin embargo, apenas existe atención al ámbito de la salud mental y del desarrollo emocional de las personas sordas.

Erróneamente, se pensaba y se decía que las personas sordas eran inmaduras socialmente. Pero se ha descubierto que esto no es así, sino que conviven con factores de riesgo social y psicopatológico que conllevan mayor riesgo en salud mental.

Parece que desde la infancia, las personas con discapacidad auditiva pueden tener dificultades en desarrollar una buena competencia social, un adecuado autoconcepto y autoestima, presentan mayores niveles de impulsividad y que tienen problemas con las emociones

El objetivo general de esta investigación consiste en analizar las características diferenciales del desarrollo de la Inteligencia Emocional en personas con Discapacidad Auditiva.

Beneficios del proyecto

Supone un punto de partida como denuncia a la precaria situación en la que se encuentran las personas sordas respecto a la atención en el ámbito psicológico y de salud mental. Los resultados del mismo pretenden tener una aplicación práctica sobre el trabajo en el campo de las emociones.

Otro beneficio que encontramos es la adaptación de varias pruebas psicométricas a la Lengua de Signos Española. Ya que las herramientas de evaluación, en este ámbito, están diseñadas por y para personas oyentes. En el presente estudio, no sólo las hemos adaptado a la Lengua de Signos, si no que se ha contado con la valiosa colaboración de una persona sorda experta en dicha Lengua.

El proyecto no recompensará económicamente a las personas que participen en el mismo. Sin embargo, sí se espera una recompensa a largo plazo, para la aplicación práctica, en el ámbito educativo y sanitario, de los resultados obtenidos. Sin una investigación previa es muy difícil reivindicar la necesidad de mayor provisión de recursos en el ámbito de la salud mental y psicológica de las personas sordas.

Confidencialidad y responsabilidades

En lo que a la CONFIDENCIALIDAD se refiere, hay que señalar que el marco de interpretación de este documento se realizará, en los casos que sea aplicable, al amparo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El tratamiento de sus datos, en el supuesto de que lo hubiera y siempre y cuando los datos no pudieran tratarse de forma anónima y/o disociada, se hará de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y demás legislación aplicable, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, reconocidos por esta normativa. Al ser la Universidad Rey Juan Carlos la responsable del fichero y el tratamiento de los datos, adoptará las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa necesarias para proteger la confidencialidad e integridad de la información así como las demás obligaciones que establece la Ley Orgánica 15/1999 referida y su normativa de desarrollo.

También se le ha informado que la participación o no en la investigación no afectará a ningún tipo de servicio o cobertura sanitaria o social con la que esté vinculado o pueda estarlo en un futuro.

Con las garantías legales oportunas, los resultados del estudio podrán ser comunicados a la comunidad científica a través de congresos y publicaciones, garantizando que en todo el proceso de difusión, se omitirá su identidad y cualquier dato personal que pueda facilitar que se le identifique.

Los resultados de la investigación le serán proporcionados si los solicita al investigador/a Dña. Ana Álvarez Barrientos y Dña. Cecilia Peñacoba Puente, quienes atenderán cualquier tipo de duda o pregunta que tenga que realizarle en relación al estudio. Su centro de trabajo está ubicado en la Universidad Rey Juan Carlos (despacho 1027, edificio Departamental II, Campus de Alcorcón).

La Universidad Rey Juan Carlos y el equipo de investigación que lidera el referido proyecto están exentos de cualquier responsabilidad que se derive de la investigación

ANEXO II

ANEXO II. Cuestionario de evaluación de personas sordas.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Todas las respuesta son confidenciales y la información contenida en él será tratada anónimamente.

	HOMBRE	MUJER
GÉNERO		
EDAD (indique años)		

- Es usted una persona sorda o con algún problema de audición: (SÍ), (NO)
- Estado civil: Soltero (), Casado/pareja (), Separado/divorciado (), Viudo ().
- Ha nacido usted en España: (SÍ) (NO)
- Si ha nacido en otro país¿se habla allí Español?: (SÍ) (NO)
- Su madre es española ... (SÍ) (NO).....Habla español (SÍ) (NO)
- Su padre es español (SÍ) (NO)Habla español (SÍ) (NO)

MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA:

NIVEL EDUCATIVO	
Primarios incompletos (no terminó Ed.Primaria/EGB)	
Primarios completos (sí terminó Ed.Primaria/EGB)	
Secundaria/Bachiller/Formación Profesional incompleta	
Secundaria/Bachiller hasta COU o FP completa	
Estudios Universitarios: Diplomado	
Estudios Universitarios: Licenciado	
Estudios Universitarios: Postgrado	

- Es usted estudiante (SÍ) (NO).
- Sus estudios están relacionados con el ámbito de la Educación o Salud(SÍ) (NO).

- Actualmente, se encuentra trabajando (SÍ) (NO)
- Trabaja usted o se ha preparado para trabajar en algún ámbito relacionado con la Educación o Salud(SÍ) (NO).
- Su lengua materna es la LSE: (SÍ) (NO)
- Su padre es sordo: (SÍ) (NO). Habla en Lengua oral (SÍ) (NO). Habla en LSE (SÍ) (NO)
- Su madre es sorda: (SÍ) (NO). Habla en Lengua oral (SÍ) (NO). Habla en LSE (SÍ) (NO)
- Tiene hermanos sordos: (SÍ) (NO). Hablan en Lengua oral (SÍ) (NO). Hablan en LSE (SÍ) (NO)
- Tiene otros familiares sordos: (SÍ) (NO). Hablan en LSE (SÍ) (NO).
- ¿Estudió en un centro de integración con más compañeros sordos? (SÍ) (NO).

MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES:

	LENGUA ORAL	LENGUA DE SIGNOS	AMBAS
LENGUAS QUE HABLAS			
LENGUAS QUE COMPRENDES EN TU HOGAR			
EN TUCENTRO DE ESTUDIOS			
EN TU CENTRO DE TRABAJO			
CON TUS AMIGOS			

Momento de detección de su sordera: (marque la que corresponda)

Primeros días del nacimiento (), durante el 1º año (), a partir de los 2 años (), de 3 en adelante (), sordera en edad adulta ().

Grado de pérdida auditiva

Leve (), Moderada (), Severa (), Profunda ().

Tipo de sordera

De transmisión () Neurosensorial ().

Llevas audífonos (SÍ) (NO). Desde que edad

Llevas Implante coclear (SÍ) (NO). A qué edad te implantaron

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
NADA de acuerdo	ALGO de acuerdo	BASTANTE de acuerdo	MUY de acuerdo	TOTALMENTE de acuerdo
¿? No comprendo				

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5	¿?
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5	¿?
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5	¿?
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5	¿?
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5	¿?
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5	¿?
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5	¿?
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5	¿?
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5	¿?
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5	¿?
11. Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5	¿?
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5	¿?
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5	¿?
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5	¿?
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5	¿?
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5	¿?
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5	¿?
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5	¿?
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5	¿?

20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5	¿?
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5	¿?
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5	¿?
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5	¿?
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5	¿?

A continuación, encontrará una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con un círculo la intensidad con que siente habitualmente cada uno de los 20 sentimientos. Conteste lo más sinceramente posible.

1 Nada o casi nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo
¿? No comprendo				

1. Interesado/a	1	2	3	4	5	¿
2. Tenso/a	1	2	3	4	5	¿
3. Estimulado/a	1	2	3	4	5	¿
4. Disgustado/a	1	2	3	4	5	¿
5. Enérgico/a	1	2	3	4	5	¿
6. Culpable	1	2	3	4	5	¿
7. Asustado/a	1	2	3	4	5	¿
8. Hostil	1	2	3	4	5	¿
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5	¿
10. Orgullosa/a	1	2	3	4	5	¿
11. Irritable	1	2	3	4	5	¿
12. Alerta	1	2	3	4	5	¿
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5	¿
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5	¿
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5	¿
16. Decidido/a	1	2	3	4	5	¿
17. Atento/a	1	2	3	4	5	¿
18. Miedoso/a	1	2	3	4	5	¿
19. Activo/a	1	2	3	4	5	¿
20. Atemorizado/a	1	2	3	4	5	¿

Señale la respuesta que más se adecúe a su situación actual teniendo en cuenta que 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

	Totalmente desacuerdo			Totalmente de acuerdo			No comprendo
	1	2	3	4	5	6	
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6	
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6	
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6	
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6	
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6	
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6	
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6	
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6	
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6	
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6	
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6	
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6	
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6	
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6	
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6	
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6	
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6	

20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6	
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6	
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6	
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6	
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6	
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6	
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6	
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6	
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6	
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6	

1. Me siento tenso o nervioso.

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

¿?

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Como siempre

No lo bastante

Solo un poco

Nada

¿?

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

¿?

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
- Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca
 - ¿?
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
- La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
 - ¿?
6. Me siento alegre.
- Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
 - ¿?
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
- Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
 - ¿?

8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
- Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
 - ¿?
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
- Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
 - ¿?
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
- Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
 - ¿?
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
- Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
 - ¿?

12. Me siento optimista respecto al futuro.

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

¿?

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Muy frecuentemente

Bastante a menudo

No muy a menudo

Rara vez

¿?

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

A menudo

A veces

No muy a menudo

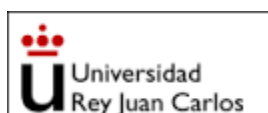
Rara vez

¿?

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones respecto a cómo te sientes. Elige la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

ITEMS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No comprendo
A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo (1)	1	2	3	4	5	6	
Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos (2)	1	2	3	4	5	6	
Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden (3)	1	2	3	4	5	6	
Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente (4)	1	2	3	4	5	6	
Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado (6)	1	2	3	4	5	6	
A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo (7)	1	2	3	4	5	6	
Tengo sentimientos que casi no puedo identificar (9)	1	2	3	4	5	6	
Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas (11)	1	2	3	4	5	6	
La gente me dice que exprese más mis sentimientos (12)	1	2	3	4	5	6	
No sé qué pasa dentro de mí (13)	1	2	3	4	5	6	
A menudo no sé por qué estoy enfadado (14)	1	2	3	4	5	6	
Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos(17)	1	2	3	4	5	6	

ANEXO III



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Todas las respuesta son confidenciales y la información contenida en él será tratada anónimamente.

	HOMBRE	MUJER
GÉNERO		
EDAD (indique años)		

-Estado civil: Soltero (), Casado/pareja (), Separado/divorciado (), Viudo ().

-Ha nacido usted en España: (SÍ) (NO)

-Si ha nacido en otro país se habla allí Español : (SÍ) (NO)

-Su madre es española ... (SÍ) (NO).....Habla español (SÍ) (NO)

-Su padre es español (SÍ) (NO)Habla español (SÍ) (NO)

NIVEL EDUCATIVO	
Primarios incompletos (no terminó Ed.Primaria/EGB)	
Primarios completos (sí terminó Ed.Primaria/EGB)	
Secundaria/Bachiller/Formación Profesional incompleta	
Secundaria/Bachiller hasta COU o FP completa	
Estudios Universitarios: Diplomado	
Estudios Universitarios: Licenciado	
Estudios Universitarios: Postgrado	

- Estudió en un centro con algún compañero con alguna discapacidad (SÍ) (NO).

-Es usted estudiante (SÍ) (NO).

-Sus estudios están relacionados con el ámbito de la Educación o Salud(SÍ) (NO).

-Actualmente, se encuentra trabajando (SÍ) (NO)

-Trabaja usted o se ha preparado para trabajar en algún ámbito relacionado con la Educación o Salud(SÍ) (NO).

-Es usted una persona sorda o con algún problema de audición: (SÍ), (NO)

-Tiene algún familiar con problemas de audición: (SÍ) , (NO).

-En el caso de tener algún familiar sordo, se comunica con él...

() a través del lenguaje oral, () por medio de gestos naturales, () a través de Lengua de Signos, () no se puede comunicar con él.

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. **Señale con una “X”** la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
NADA de acuerdo	ALGO de acuerdo	BASTANTE de acuerdo	MUY de acuerdo	TOTALMENTE de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Presto mucha atención a los sentimientos.					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones					
4. 4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7. A menudo pienso en mis sentimientos.					
8. Presto mucha atención a cómo me siento.					
9. Tengo claros mis sentimientos.					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos					
11. Casi siempre sé cómo me siento					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14. Siempre puedo decir cómo me siento.					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz					
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo					

A continuación, encontrará una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con un círculo la intensidad con que siente habitualmente cada uno de los 20 sentimientos. Conteste lo más sinceramente posible.

1 Nada o casi nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo
--------------------	-----------	------------	---------	-------------

1. Interesado/a	1	2	3	4	5
2. Tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estimulado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a	1	2	3	4	5
5. Enérgico/a	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a	1	2	3	4	5
11. Irritable	1	2	3	4	5
12. Alerta	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a	1	2	3	4	5
18. Miedoso/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Aterrorizado/a	1	2	3	4	5

Señale la respuesta que más se adecúe a su situación actual teniendo en cuenta que 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

	Totalmente desacuerdo			Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6

16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla	1	2	3	4	5	6

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días

 - Muchas veces

 - A veces

 - Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - Como siempre

 - No lo bastante

 - Solo un poco

 - Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente y es muy fuerte

 - Sí, pero no es muy fuerte

 - Un poco, pero no me preocupa

 - Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice

 - No tanto ahora

 - Casi nunca

 - Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces

 - Con bastante frecuencia

 - A veces, aunque no muy a menudo

 - Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre.
- Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
- Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
- Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
- Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
- Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
- Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
- Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
- Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
- A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones respecto a cómo te sientes.
Elige la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

	ITEMS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	1	2	3	4	5	6
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	1	2	3	4	5	6
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	1	2	3	4	5	6
6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	1	2	3	4	5	6
7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	1	2	3	4	5	6
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	1	2	3	4	5	6
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	1	2	3	4	5	6
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
13	No sé qué pasa dentro de mí	1	2	3	4	5	6
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado	1	2	3	4	5	6
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	1	2	3	4	5	6

ANEXO IV

ANEXO IV. Aprobación comité ética.



Rectorado

D. José Luis del Barrio Fernández, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN DISCAPACIDAD AUDITIVA

Con número de registro interno: 100620166316

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuya investigadora principal es Doña **ANA ÁLVAREZ BARRIENTOS** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URJC.

Lo que firmo en Móstoles a 27 de Septiembre de 2016.

Firmado: D. José Luis del Barrio Fernández



