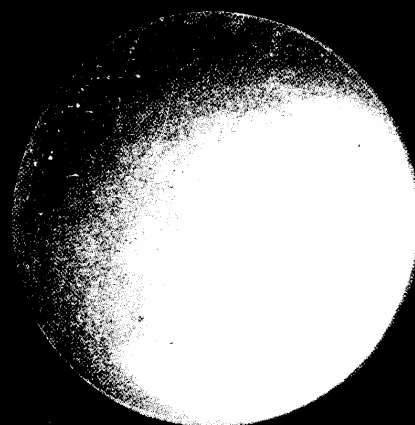


ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA



ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Volumen 33
2007

Número 148
páginas 139-272

SUMARIO

ESTUDIOS EXPERIMENTALES

- B. SANDIN, ROSA M. VALIENTE, P. CHOROT, M. A. SANTED,
L. LOSTAO: Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad
en la predicción del nivel de miedos 139
- J. I. PÉREZ, M. GARAIGORDOBIL: Deficiencia auditiva:
Autoconcepto, Autoestima y Síntomas psicopatológicos 159
- L. IGUALADA, C. PERPIÑÁ, A. BELLOCH: ¿Tienen los niños
pensamientos intrusos análogos a obsesiones? Presentación de un
instrumento estandarizado y resultados preliminares 185
- J. A. MORENO, E. CERVELLÓ, C. MARTÍNE, N. ALONSO: Predicción
del Flow disposicional según el clima motivacional y el trato generado
por el profesor en clase de Educación Física 207
- G. COSTA-REQUENA, F. L. GILMONCAYO: Crecimiento
postraumático en pacientes oncológicos 229
- A. GUINEA, J. TIRAPU, M. POLLÁN: Teoría de la mente en la
esquizofrenia 251

DEFICIENCIA AUDITIVA: AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

**José Ignacio Pérez
Maite Garaigordobil**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

RESUMEN

El estudio se plantea 3 objetivos: 1) analizar comparativamente el autoconcepto, la autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva; 2) explorar diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima y síntomas psicopatológicos en ambas muestras; y 3) estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva. La muestra está configurada por 130 participantes de 19 a 40 años, 72 sin deficiencia y 58 con deficiencia auditiva. El estudio empleó una metodología descriptiva y correlacional. Se aplicaron 3 instrumentos de evaluación: LAEA, EA, SCL-90-R. Los ANOVAs confirmaron que los participantes con deficiencia auditiva no tenían diferencias en autoconcepto y autoestima respecto a los norm-oyentes, sin embargo tenían puntuaciones

Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa 70. 20018 Donostia-San Sebastián. Tfno: 943 – 01 56 41 / Fax: 943 – 01 56 70 E-mail: joseignacio.perez@ehu.es.

Maite Garaigordobil y José Ignacio Pérez son profesores en el Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. El estudio que se expone ha sido financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad del País Vasco (1/UPV 00006.231-H-15910/2004). Correspondencia relacionada con el artículo puede ser enviada a Jose Ignacio Pérez, Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco, Avenida de Tolosa 70, 20018 Donostia-San Sebastián. E-mail: joseignacio.perez@ehu.es <http://www.sc.ehu.es/joseignacio>

superiores en todos los síntomas psicopatológicos excepto en somatización. No se evidenciaron diferencias de género en autoconcepto, autoestima, y síntomas psicopatológicos ni en los participantes con deficiencia auditiva ni en los normoyentes: ansiedad fóbica. Los coeficientes de Pearson pusieron de relieve correlaciones negativas del autoconcepto y la autoestima con la puntuación total de síntomas psicopatológicos.

Palabras clave: DEFICIENCIA AUDITIVA, AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA, PSICOPATOLOGÍA.

SUMMARY

The purpose of this study is three-fold: 1) to analyze the self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in subjects with and without hearing impairment; 2) to explore whether there were differences according to gender in the self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in both samples; 3) to study the relationships between self-concept/self-esteem and psychopathological symptoms in participants with and without hearing impairment. The sample is made up of 130 participants aged 19 to 40, 72 without hearing impairment and 58 with hearing impairment. The study uses a descriptive and correlational methodology. For the measurement of the variables three assessment instruments were applied: LAEA, EA, SCL-90-R. The ANOVA results show that both samples did not have any significant differences in self-concept and self-esteem. However, hearing impaired had significantly higher scores in all psychopathological symptoms except in somatization. Both samples did not show significant gender differences neither in self-concept/self-esteem nor in psychopathological symptoms: impaired women only had higher scores than men in the distress index, and non impaired women in the distress index and phobic anxiety. Pearson coefficients showed significant inverse relationships between self-concept/self-esteem and total psychopathological symptoms.

Key words: HEARING IMPAIRMENT, SELF-CONCEPT, SELF-ESTEEM, PSYCHOPATHOLOGY.

INTRODUCCIÓN

Deficiencia auditiva: conceptualización

La *deficiencia auditiva*, *hipoacusia* o *sordera* consiste en la disminución o pérdida de la audición. Esta definición no determina las características de los sujetos incluidos dentro de este grupo, puesto que los efectos de la deficiencia auditiva son múltiples y las diferencias individuales muy grandes: pueden producirse alteraciones de distinto grado en el desarrollo del lenguaje, el habla y la voz, así como en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales. Las variables fundamentales que determinan el tipo de deficiencia auditiva son: 1) el momento en el que se produce la pérdida auditiva, lo que permite diferenciar entre deficiencias *prelocutivas* (congénitas o acaecidas durante los tres primeros años de vida) y *postlocutivas*; 2) el grado de pérdida auditiva, según el cual se distingue entre hipoacusia *leve* o *ligera* (la pérdida se sitúa entre los 20-40 db), *media* o *moderada* (40-70 db), *severa* (70-90 db), *profunda* (pérdidas superiores a los 90 db), y *total* o *anacusia* (ausencia de resto auditivo); 3) la estructura fisiológica afectada, atendiendo a lo cual se diferencia entre hipoacusias *de transmisión* o *conductivas* (localizadas en el oído externo y/o medio) y *neurosensoriales* (localizadas en la cóclea o en el nervio auditivo); 4) el tiempo transcurrido entre el momento en el que sobreviene la pérdida auditiva y la detección de la misma; y 5) la premura con la que se implemente una intervención que de respuesta a las necesidades específicas derivadas de la deficiencia auditiva mediante un equipamiento adecuado (por ejemplo, audífonos o implantes cocleares), estimulación temprana, rehabilitación logopédica, sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación, etc. (Santana y Torres, 2003). Sin embargo, conviene no olvidar que además de las variables que definen el tipo de deficiencia auditiva, existen otros muchos factores diferenciales que también dan razón de la amplia variabilidad interindividual, tales como el hecho de que los padres sean sordos u oyentes, la aceptación de la deficiencia auditiva de su hijo/a, la utilización a nivel familiar y educativo de un determinado sistema de comunicación (oral, bimodal, palabra complementada, lengua de signos), o la modalidad de escolarización, entre otros.

Los términos *deficiencia auditiva*, *hipoacusia* y *sordera* por lo general se consideran sinónimos en la literatura sobre el tema –y como tal se utilizan en el presente trabajo–, pese a que desde perspectivas educativas o socioculturales se establezcan en ocasiones diferencias conceptuales entre ellas. Así, en el ámbito de la educación a veces se utiliza el término *hipoacúsico* para referirse a aquel sujeto cuya audición, pese a ser deficiente, resulta funcional para la vida ordinaria y permite la adquisición del lenguaje oral –con prótesis o sin ella– por vía auditiva, y se emplea el término *sordo* cuando la audición no es funcional para la vida cotidiana y no posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva (aunque sí pueda lograrse, en mayor o menor grado, por vía visual). Desde una perspectiva sociocultural, cabe señalar que en los últimos años investigadores y grupos de sordos han reivindicado el derecho a considerar a la «comunidad sorda» como un grupo cultural con entidad propia. Desde esta perspectiva distinguen entre el término «*sordo*», aplicable a todo aquel que presenta algún tipo de pérdida auditiva por el mero hecho de tenerla, y «*Sordo*», utilizado únicamente para referirse a aquel que, con relativa independencia de su pérdida auditiva, se siente parte de la comunidad sorda, conoce su lenguaje y comparte sus peculiaridades culturales (relacionadas fundamentalmente con el papel predominante de la experiencia visual para este colectivo). Por consiguiente, desde esta última perspectiva se resalta la importancia de la identificación con el grupo social de referencia, lo que lleva a muchos adultos sordos a subrayar la necesidad de que se reconsidere la noción de deficiencia auditiva, ya que sostienen que cuando se comunican entre sí en lengua de signos no se sienten deficitarios, sino simplemente diferentes. A pesar de que el debate en torno a si los sordos pueden o no ser considerados una minoría cultural propiamente dicha continúa abierto, lo cierto es que cada vez son más quienes apoyan una perspectiva sociocultural de la sordera (Jambor y Elliott, 2005).

Autoconcepto, autoestima, síntomas psicopatológicos y deficiencia auditiva

En los últimos años la investigación del autoconcepto y la autoestima está cobrando gran relevancia en el contexto de la identificación de

factores protectores de problemas psicopatológicos. Su importancia en relación con aspectos tales como el bienestar personal, la salud mental, el éxito profesional o las relaciones sociales –entre otros– han atraído el interés de muchos investigadores de las ciencias humanas y sociales. El autoconcepto y la autoestima resultan variables críticas en el estudio de las deficiencias sensoriales (Satapathy y Singhal, 2001). Durante el proceso de construcción del concepto de uno mismo, la interacción con las personas próximas juega un papel destacado, con lo que las persona con algún tipo de déficit sensorial puede incorporar a su propia imagen, en mayor o menor medida, algunos de los aspectos o estereotipos que se le atribuyen. Además, la comparación social desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima, puesto que la persona se evalúa en comparación con los otros; en este sentido, cualquier información negativa que se derive de este proceso en base a limitaciones significativas en el funcionamiento de alguna de las habilidades adaptativas supone una amenaza potencial para la autoestima y un riesgo para la salud, puesto que diversos estudios han evidenciado la relación entre comparación social negativa y problemas psicológicos (Allen y Gilbert, 1995; Swallow y Kuiper, 1988).

Al hilo de este argumento cabría esperar, por tanto, que los jóvenes y adultos con deficiencia auditiva evidenciaran bajos niveles de autoconcepto y autoestima, ya que pertenecen a una minoría caracterizada por una deficiencia que parece probable que internalice ciertas actitudes negativas –o cuando menos «benévolas»– del grupo mayoritario normoyente (Lane, 1992). Sin embargo, en su conjunto, las escasas investigaciones empíricas llevadas a cabo sobre el autoconcepto y la autoestima de jóvenes y adultos con deficiencia auditiva arrojan resultados contradictorios. Si bien es cierto que los datos de algunos estudios evidencian en los jóvenes y adultos sordos niveles significativamente más bajos que la población general en autoconcepto (Weisel y Kamara, 2005) y autoestima (Bat-Chava, 1994; Mulcahy, 2002; Schlesinger, 2000), los resultados de otras investigaciones no confirman que los participantes con deficiencias auditivas muestren necesariamente un autoconcepto-autoestima más bajos que los sujetos normoyentes (Bat-Chava, 2000; Crowe, 2003; Emerton, 1996).

Por otro lado, la prevalencia de sintomatología psicopatológica entre los jóvenes y adultos con deficiencia auditiva ha sido ampliamente estudiada, y la literatura sobre el tema evidencia que los jóvenes y adultos con deficiencia auditiva frecuentemente presentan puntuaciones más altas en síntomas psicopatológicos en comparación con sujetos normoyentes, especialmente síntomas ansiosos (De Graaf y Bijl, 2002; Fellingner et al., 2005; Tambs, 2004) y depresivos (De Graaf y Bijl, 2002; Mulcahy, 2002; Tambs, 2004).

Autoconcepto, Autoestima y síntomas psicopatológicos: Diferencias de género

Los resultados de los estudios que han analizado las diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima de jóvenes y adultos con sordera no muestran diferencias significativas en función del género (Crowe, 2003), en la línea de otros trabajos que tampoco las han encontrado en la población general (Garaigordobil, Durá, y Pérez, 2005; Lameiras y Rodríguez, 2003; Matud, Ibáñez, Marrero, y Carballeira, 2003).

En lo que a síntomas psicopatológicos se refiere, la literatura sobre la deficiencia auditiva evidencia diferencias significativas en función del género, con mayores niveles generales de sintomatología en mujeres que en hombres (De Graaf y Bijl, 2002; Fellingner et al., 2005), en la misma línea que la población normoyente, en la que las mujeres parecen mostrar mayores niveles psicopatológicos tanto en los índices globales como en alguna de las dimensiones del SCL-90. En concreto, en la población general española algunos estudios (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez Abuín, y Rodríguez Pulido, 2002) han hallado en las mujeres puntuaciones superiores en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, así como en el índice sintomático general, en el total de síntomas positivos, y en el índice de distrés por los síntomas.

Relaciones entre autoconcepto-autoestima y psicopatología

Los estudios que han analizado las conexiones del autoconcepto-autoestima con síntomas psicopatológicos tanto con sujetos

deficientes auditivos (De Graaf y Bijl, 2002; Satapathy y Singhal, 2001) como en la población general (Fan y Fu, 2001; Montt y Chavez, 1996) muestran relaciones inversas entre ambas variables, evidenciando correlaciones positivas entre autoconcepto, autoestima y salud mental.

Objetivos e hipótesis del estudio

El estudio se plantea 3 objetivos: 1) analizar comparativamente el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva; 2) explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva; y 3) estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva. La investigación propone 5 hipótesis: 1) Las personas con deficiencia auditiva tendrán puntuaciones en autoconcepto y autoestima significativamente inferiores a los normoyentes; 2) Las personas con deficiencia auditiva tendrán puntuaciones significativamente superiores en síntomas psicopatológicos respecto a los normoyentes; 3) No se encontrarán diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima de los participantes con y sin deficiencia auditiva; 4) Las mujeres con y sin deficiencia auditiva tendrán puntuaciones superiores en síntomas psicopatológicos; y 5) Los participantes con alto autoconcepto y autoestima tendrán pocos síntomas psicopatológicos.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra está configurada por 130 participantes de 19 a 40 años de edad, pertenecientes a las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca. La muestra incluye una submuestra de 72 participantes sin deficiencia auditiva y otra submuestra de 58 participantes con deficiencia auditiva.

La muestra de personas con deficiencia auditiva son usuarios de la *Asociación de Personas Sordas de Bilbao y Vizcaya* y la *Unión de Sordos de Guipúzcoa* que voluntariamente se ofrecieron a participar

en el estudio. En ambos casos se trata de asociaciones cuyo objetivo es crear y fomentar la unidad entre las personas sordas, para promover su participación en actividades normativas, culturales, sociales y recreativas, a fin de conseguir así su plena integración social y laboral. De los 58 participantes, el 56.9 % son varones (33) y el 43.1 % mujeres (25). La muestra incluye sujetos con distintos niveles de estudios: estudios primarios (25.9 %), secundarios (1.7%), y FP o Bachiller (70.7%). El 20.7 % son estudiantes, el 55.2 % son trabajadores manuales, el 8.6 % realiza trabajos profesionales que implican tareas intelectuales, el 13.8 % está en paro, y 1.7 % jubilado. En relación al nivel de pérdida auditiva de los participantes del estudio, el 8.6 % tiene un grado de pérdida ligera (20-40), el 27.6 % un nivel de pérdida media (40-70), el 12.1 % pérdida severa (70-90), el 17.2 % pérdida profunda (más de 90), el 15.5 % tiene un grado de pérdida total o anacusia, en tanto que el 19 % no conoce su grado de pérdida (si bien son usuarios habituales de la lengua de signos). Sobre el momento evolutivo en el que se produjo la deficiencia auditiva, el 93.1 % presentan una pérdida prelocutiva (congénita o sobrevenida durante los 3 primeros años de edad). En cuanto a los antecedentes familiares, el 87.9 % tiene padres oyentes, un 5.2 % tiene padres sordos, el 1.7 % tiene madre sorda/padre oyente, mientras que el 3.4 % tiene madre oyente/padre sordo, y el 1.7% tiene padres oyentes y un hermano sordo. En lo que se refiere a la educación, el 50 % (29) ha tenido una educación oralista, el 6.9 % (4) educación con lengua de signos, el 10.3 % (6) educación bimodal, el 1.7 % (1) ha tenido en primaria y secundaria una educación oralista, y en bachillerato una lengua de signos, y el 31 % (18) ha tenido una educación bilingüe. Además, el 93.1 % (54) es usuario habitual de la lengua de signos, mientras que el 5.2% (3) no la utiliza.

La selección de la muestra de personas sin deficiencia auditiva fue aleatoria tomando como referencia los censos de las tres capitales de las provincias de Comunidad Autónoma Vasca. Teniendo en cuenta diversos estratos: índice de población en cada ciudad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral... se empleó un muestreo aleatorio simple. De los 72 participantes sin deficiencia auditiva el 55.6 % son varones (40) mientras que el 44.4 % son mujeres (32). Teniendo en cuenta la necesidad de cierto nivel de homogeneidad en estudios y ocupación laboral entre ambas submuestras, la muestra de población normoyente

contiene sujetos con distintos niveles de estudios: estudios primarios (12.5 %), secundarios (16.7 %), y FP - Bachiller (70.8 %). Además, los participantes tienen distintos niveles de ocupación: estudiantes (29.2 %), trabajadores manuales (54.2%), profesionales y trabajadores de actividades intelectuales (12.5 %), y parados (4.2%).

Instrumentos de Evaluación

Con la finalidad de medir las variables dependientes se administraron 3 instrumentos de evaluación con adecuadas garantías psicométricas de fiabilidad y validez.

LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (Garaigordobil, en prensa).

El listado está compuesto por 57 adjetivos (confiada, cooperativa, inteligente, feliz, sensible) y se solicita al sujeto que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad. Un estudio realizado con una muestra de 634 sujetos obtuvo un coeficiente *alpha* de Cronbach de .92, y un coeficiente de Spearman-Brown de .83. La fiabilidad test-retest obtenida con una muestra de 142 estudiantes universitarios y un intervalo de 40 días fue alta ($r = .83, p < .001$), evidenciando la estabilidad temporal de la prueba. Para analizar la validez del LAEA, se realizaron correlaciones con otros instrumentos que miden el autoconcepto (AF-5, García y Musitu, 1999) y con una escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965), obteniéndose correlaciones significativas del LAEA con el AF-5 ($r = .71, p < .001$) y con la EA ($r = .63, p < .001$) que muestran validez de constructo.

EA. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. El sujeto debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (*alpha* de Cronbach) que se sitúan

entre .74 y .77, y de fiabilidad test-retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Rosenberg, 1965; Silber y Tippet, 1965).

SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado (Derogatis, 1983/2002). Compuesto por 90 ítems distribuidos en 10 escalas psicopatológicas: *somatización* (vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular), *obsesión-compulsión* (conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), *sensibilidad interpersonal* (sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), *depresión* (vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos), *ansiedad* (manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o «pánico», incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas), *hostilidad* (pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento), *ansiedad fóbica* (miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida, con un mayor peso en la escala de los síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple), *ideación paranoide* (conducta paranoide, que incluye suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control), *psicoticismo* (espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia leve hasta la psicosis florida, y que en la población general se relaciona más con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta), y *escala adicional* (síntomas misceláneos que constituyen un claro referente de depresión melancólica). Del sumatorio de las puntuaciones de las 10 escalas se obtiene una puntuación total en el SCL-90-R. Además la prueba permite calcular el *índice sintomático general* (GSI), medida

generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global, el *total de síntomas positivos* (PST), número de síntomas presentes, y el *índice de distrés de síntomas positivos* (PSDI), que relaciona el sufrimiento o «distrés» global con el número de síntomas. Resultados de estudios con muestra española (González de Rivera et al., 2002) sugieren buena fiabilidad de la prueba, siendo coherentes con los del autor (Derogatis, 1983/2002). Los coeficientes *alpha* oscilan entre .81 y .90. La estabilidad temporal (entre .78 y .90) con un intervalo test-retest de una semana muestra estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo. Otros estudios de validez muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica, encontrando puntuaciones significativamente mayores en las muestras psiquiátricas que en las muestras no clínicas (De las Cuevas y González de Rivera, 1991). Los estudios originales del autor con muestras americanas evidencian validez de constructo (Derogatis y Cleary, 1977) y convergente dadas las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con el MMPI en pacientes psiquiátricos (Derogatis, Rickels y Rock, 1976), así como validez de criterio o empírica (Derogatis, 1983/2002).

Diseño y procedimiento

El estudio realizado emplea una metodología descriptiva y correlacional. Para evaluar las variables objeto de estudio se administran tres instrumentos de evaluación: La escala de autoestima (EA, Rosenberg, 1965), el Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA) (Garaigordobil, en prensa), y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1983/2002). La administración de los instrumentos de evaluación a los 25 sujetos de Guipúzcoa la llevó a cabo la trabajadora social de la asociación (ella misma sorda) y una intérprete de Lengua de Signos Española (L.S.E.) de la propia asociación. En el caso de las 33 personas de Vizcaya, para la cumplimentación de los cuestionarios de evaluación se contó con la ayuda de una estudiante de ciclo superior de psicología con un hermano sordo y un conocimiento fluido de L.S.E., y la propia intérprete de L.S.E. de la asociación. Los cuestionarios se pasaron individualmente o en pequeños grupos de no más de 3

personas. La metodología variaba en función de las dificultades de comprensión lectora. En aquellos casos en los que la comprensión lectora era buena, las responsables de la evaluación se limitaban a solventar individualmente las dudas puntuales que pudieran surgir, utilizando para ello la L.S.E. En los casos de problemas de comprensión lectora más graves, las intérpretes traducían directamente los ítems a L.S.E. y aclaraban cualquier duda de forma signada para facilitar la cumplimentación de los cuestionarios. A los participantes sin deficiencia auditiva la batería de evaluación fue aplicada por psicólogos y estudiantes de psicología formados en seminarios con esta finalidad. La aplicación de las pruebas se llevó a cabo en 2 sesiones de evaluación.

RESULTADOS

En primer lugar, se comprobó mediante un ANOVA si existían diferencias significativas en el autoconcepto, la autoestima y los síntomas psicopatológicos de los participantes con deficiencia auditiva en función del grado de pérdida auditiva, no encontrándose diferencias en ninguna de las variables medidas: autoconcepto, $F(4, 42) = .44, p > .05$, autoestima, $F(4, 42) = .42, p > .05$, somatización, $F(4, 42) = .83, p > .05$, obsesión-compulsión, $F(4, 42) = .25, p > .05$, sensibilidad interpersonal, $F(4, 42) = .15, p > .05$, depresión, $F(4, 42) = .39, p > .05$, ansiedad, $F(4, 42) = 1.12, p > .05$, hostilidad, $F(4, 42) = .48, p > .05$, ansiedad fóbica, $F(4, 42) = .30, p > .05$, ideación paranoide, $F(4, 42) = 1.12, p > .05$, psicoticismo, $F(4, 42) = .71, p > .05$, escala adicional, $F(4, 42) = 1.01, p > .05$, total de las escalas del SCL-90-R, $F(4, 42) = .48, p > .05$, índice sintomático general, $F(4, 42) = .48, p > .05$, total de síntomas positivos, $F(4, 42) = 1.22, p > .05$, e índice de distrés de síntomas positivos, $F(4, 42) = .38, p > .05$. Debido a estos resultados, el resto de los análisis estadísticos se llevaron a cabo sin establecer diferencias en función del grado de pérdida auditiva.

Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en sujetos con y sin deficiencia auditiva

Con la finalidad de comparar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia

auditiva (ambos sin trastornos mentales), se calcularon las medias, desviaciones típicas y se realizó un análisis de varianza (ANOVA) que puso de relieve los resultados que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencias en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos entre personas con y sin deficiencia auditiva

	Sin		Con		Anova <i>F</i> (1, 128)
	Deficiencia		Deficiencia		
	Auditiva		Auditiva		
	(n = 72)		(n = 58)		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Autoconcepto	153.40	22.86	159.82	23.63	2.34
Autoestima	31.97	4.32	31.21	3.82	1.09
Somatización	8.61	6.04	10.17	7.79	1.65
Obsesión-compulsión	7.19	5.63	13.72	6.63	36.85 ***
Sensibilidad interpersonal	6.61	5.70	11.56	6.01	23.13 ***
Depresión	8.19	7.48	11.41	8.11	5.51 *
Ansiedad	4.77	5.01	7.24	5.39	7.24 **
Hostilidad	3.72	4.03	5.03	3.71	3.63 *
Ansiedad fóbica	1.12	2.08	3.17	3.29	18.53 ***
Ideación paranoide	4.43	3.00	7.48	4.16	23.52 ***
Psicoticismo	3.19	4.28	5.87	4.56	11.89 ***
Adicional (depresión melancólica)	5.27	4.77	7.00	4.11	4.71 *
Total síntomas psicopatológicos	53.13	38.01	82.69	40.52	18.30 ***
GSI Índice sintomático general	0.59	0.42	0.91	0.45	18.24 ***
PST Total de síntomas positivos	34.69	19.64	48.03	18.33	15.71 ***
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.48	0.38	1.68	.47	7.33 **

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Como se puede observar en la Tabla 1, en las variables autoconcepto y autoestima los sujetos con deficiencia auditiva no muestran puntuaciones diferencialmente significativas en relación a los sujetos normoyentes. Sin embargo, en síntomas psicopatológicos las personas con deficiencia auditiva tienen puntuaciones significativamente superiores en todas las escalas, excepto en la de somatización, es decir, se encuentra un mayor nivel de síntomas de obsesión-compulsión, de sensibilidad interpersonal, de depresión, de ansiedad, de hostilidad, de ansiedad fóbica, de ideación paranoide, de psicoticismo, de depresión melancólica, así como en el conjunto total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general, en el total de síntomas positivos, y en el índice de distrés por los síntomas positivos.

Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos: Diferencias de género en sujetos con y sin deficiencia auditiva

Con la finalidad de explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto, la autoestima y los síntomas psicopatológicos en participantes con y sin deficiencia auditiva, se realizó un análisis de varianza (ANOVA). Los resultados obtenidos en las personas con deficiencia auditiva se presentan en la Tabla 2, y los obtenidos en normoyentes se exponen en la Tabla 3.

Como se puede observar en la Tabla 2 y 3, no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres ni en el autoconcepto, ni en la autoestima, y apenas se encontraron diferencias en síntomas psicopatológicos. En los participantes con deficiencia auditiva únicamente se dieron puntuaciones significativamente superiores en las mujeres en el índice de sufrimiento por síntomas positivos, $F(1, 56) = 4.51$, $p > .05$ (ver Tabla 2), y en la muestra de personas sin deficiencia auditiva, además de en el índice de sufrimiento, $F(1, 70) = 6.23$, $p > .05$, también se encontraron diferencias significativas en la ansiedad fóbica, $F(1, 70) = 4.90$, $p > .05$, en ambos casos con puntuaciones superiores en las mujeres (ver Tabla 3).

Tabla 2. Diferencias de género en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con deficiencia auditiva

	Total		Varones		Mujeres		Anova
	(n=58)		(n=33)		(n=25)		F
	M	DT	M	DT	M	DT	(1, 56)
Autoconcepto	159.82	23.63	161.63	22.20	157.44	25.67	0.44
Autoestima	31.21	3.82	31.30	3.76	31.08	3.97	0.04
Somatización	10.17	7.79	9.93	7.97	10.48	7.69	0.06
Obsesión-compulsión	13.72	6.63	13.45	5.75	14.08	7.75	0.12
Sensibilidad interpersonal	11.56	6.01	10.63	5.45	12.80	6.58	1.86
Depresión	11.41	8.11	9.75	7.15	13.60	8.89	3.32
Ansiedad	7.24	5.39	6.54	5.17	8.16	5.65	1.27
Hostilidad	5.03	3.71	4.27	3.18	6.04	4.17	3.34
Ansiedad fóbica	3.17	3.29	3.15	3.19	3.20	3.50	0.00
Ideación paranoide	7.48	4.16	6.90	4.16	8.24	4.11	1.46
Psicoticismo	5.87	4.56	5.78	4.29	6.00	4.98	0.03
Adicional (depresión melancólica)	7.00	4.11	7.30	3.99	6.60	4.32	0.41
Total síntomas psicopatológicos	82.69	40.52	77.75	37.09	89.20	44.58	1.13
GSI Índice sintomático general	0.91	0.45	0.86	0.41	0.99	0.49	1.13
PST Total de síntomas positivos	48.03	18.33	48.33	18.25	47.64	18.81	0.02
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.68	0.47	1.57	0.38	1.83	0.55	4.51 *

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabla 3. Diferencias de género en autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos totales en una muestra de personas sin deficiencia auditiva

	Total		Varones		Mujeres		Anova
	(n = 72)		(n = 40)		(n = 32)		F
	M	DT	M	DT	M	DT	(1, 70)
Autoconcepto	153.40	22.86	153.16	23.54	153.71	22.34	0.00
Autoestima	31.97	4.32	32.30	4.22	31.56	4.47	0.51
Somatización	8.61	6.04	7.60	5.35	9.87	6.69	2.57
Obsesión-compulsión	7.19	5.63	7.25	5.79	7.12	5.51	0.00
Sensibilidad interpersonal	6.61	5.70	6.07	4.82	7.28	6.65	0.79
Depresión	8.19	7.48	7.27	5.78	9.34	9.14	1.36
Ansiedad	4.77	5.01	4.55	4.40	5.06	5.74	0.18
Hostilidad	3.72	4.03	3.62	3.62	3.84	4.56	0.05
Ansiedad fóbica	1.12	2.08	0.65	1.59	1.71	2.47	4.90 *
Ideación paranoide	4.43	3.00	4.45	2.78	4.40	3.31	0.00
Psicoticismo	3.19	4.28	2.85	4.07	3.62	4.55	0.57
Adicional (depresión melancólica)	5.27	4.77	4.65	4.61	6.06	4.93	1.56
Total síntomas psicopatológicos	53.13	38.01	48.97	31.40	58.34	44.93	1.08
GSI Índice sintomático general	0.59	0.42	0.54	0.34	0.64	0.49	1.08
PST Total de síntomas positivos	34.69	19.64	34.62	19.00	34.78	20.72	0.00
PSDI Índice distrés síntomas positivos	1.48	0.38	1.38	0.35	1.60	0.40	6.23 *

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Relaciones del autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en personas con y sin deficiencia auditiva

Para analizar las relaciones del autoconcepto y la autoestima con diversos síntomas psicopatológicos en participantes con deficiencia auditiva y en sujetos normoyentes se calcularon coeficientes de correlación de Pearson cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Correlaciones entre del autoconcepto, y de la autoestima con síntomas psicopatológicos totales en una muestra de personas con y sin deficiencia auditiva

	Sin		Con	
	Deficiencia Auditiva		Deficiencia Auditiva	
	(n = 72)		(n = 58)	
	LAEA	EA	LAEA	EA
	Autoconcepto	Autoestima	Autoconcepto	Autoestima
Somatización	-.12	-.16	-.10	-.19
Obsesión-compulsión	-.34 **	-.32 **	-.24	-.18
Sensibilidad interpersonal	-.31 *	-.37 ***	-.25	-.19
Depresión	-.27 *	-.35 **	-.33 *	-.17
Ansiedad	-.12	-.23	-.07	-.18
Hostilidad	-.30 *	-.09	-.07	-.07
Ansiedad fóbica	-.18	-.26 *	-.28 *	-.35 **
Ideación paranoide	-.17	-.22	-.13	-.01
Psicoticismo	-.26 *	-.22 *	-.35 **	-.40 **
Adicional (depresión melancólica)	-.09	-.17	-.16	-.23
Total síntomas psicopatológicos	-.27 *	-.32 **	-.27 *	-.26 *
GSI Índice sintomático general	-.27 *	-.32 **	-.27 *	-.26*
PST Total de síntomas positivos	-.27 *	-.31 **	-.40 **	-.38 **
PSDI Índice distrés por síntomas positivos	-.01	-.17	-.12	-.07

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Los coeficientes de correlación obtenidos (ver Tabla 4) ponen de relieve, tanto en la muestra de participantes con y sin deficiencia auditiva, la existencia de correlaciones significativas negativas del autoconcepto y la autoestima con síntomas de depresión, de psicoticismo, con la escala total de síntomas psicopatológicos, con el índice sintomático general y con el total de síntomas positivos. Complementariamente, en las personas con deficiencia auditiva se han hallado correlaciones significativas negativas del autoconcepto y la autoestima con síntomas de ansiedad fóbica, y en las personas normoyentes con síntomas de obsesión-compulsión y de sensibilidad interpersonal.

DISCUSIÓN

En primer lugar, los resultados obtenidos en este estudio muestran la ausencia de diferencias significativas entre personas con y sin deficiencia auditiva en el autoconcepto y en la autoestima. Estos resultados refutan la primera hipótesis que proponía que las personas con deficiencia auditiva tendrían puntuaciones significativamente inferiores. Aunque algunos estudios han puesto de relieve que los jóvenes y adultos sordos tienen niveles significativamente más bajos que la población general en autoconcepto (Weisel y Kamara, 2005) y autoestima (Bat-Chava, 1994; Mulcahy, 2002; Schlesinger, 2000), sin embargo los datos de este estudio ratifican los resultados de otras investigaciones que han señalado que las personas con deficiencias auditivas no necesariamente tienen un autoconcepto-autoestima más bajos que los sujetos normoyentes (Bat-Chava, 2000; Crowe, 2003; Emerton, 1996). Como señalan Jambor y Elliott (2005), existen diversos factores protectores que pueden favorecer el desarrollo apropiado del autoconcepto y la autoestima en las personas con discapacidad auditiva, tales como: a) un sistema comunicativo que desde edades tempranas facilite el establecimiento de vínculos adecuados a nivel familiar, así como su desarrollo cognitivo, afectivo y social; b) una modalidad de escolarización que de respuesta a las necesidades educativas específicas del sujeto con una deficiencia auditiva en particular, o c) la identificación con su grupo de referencia –la comunidad sorda–, que favorece la creación de un sentimiento de

pertenencia que protege contra el impacto negativo del prejuicio y la discriminación.

En segundo lugar, los resultados obtenidos han puesto de relieve que las personas con deficiencia auditiva manifiestan puntuaciones significativamente superiores en la mayoría de los síntomas psicopatológicos respecto a las personas normoyentes, es decir, se han confirmado puntuaciones superiores en síntomas de *obsesión-compulsión* (conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), de *sensibilidad interpersonal* (sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), de *depresión* (vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos) de *ansiedad* (manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o «pánico», incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas), de *hostilidad* (pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento), de *ansiedad fóbica* (miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida), de *ideación paranoide* (susplicia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control), de *psicoticismo* (sentimientos de alienación social), de *depresión melancólica* (escala adicional), así como en el *conjunto total de síntomas psicopatológicos*, en el *índice sintomático general* (medida generalizada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global), en el *total de síntomas positivos*, y en el *índice de distrés por los síntomas positivos*... Excepto en los síntomas de somatización, en los que no se dieron diferencias, las personas con deficiencia auditiva manifiestan más síntomas psicopatológicos, con los que se ratifica la segunda hipótesis. Estos resultados apuntan en la misma dirección que otros estudios que han evidenciado que los jóvenes y adultos con deficiencia auditiva frecuentemente presentan

puntuaciones más altas en síntomas psicopatológicos en comparación con sujetos normoyentes, especialmente síntomas ansiosos (De Graaf y Bijl, 2002; Fellingner et al., 2005; Tambs, 2004) y depresivos (De Graaf y Bijl, 2002; Mulcahy, 2002; Tambs, 2004).

En tercer lugar, los resultados de este estudio evidencian la ausencia de diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima, tanto en los participantes con deficiencia auditiva como en las personas sin deficiencia, lo que confirma la tercera hipótesis. Estos datos apuntan en la misma dirección que otros trabajos realizados con jóvenes y adultos con sordera (Crowe, 2003), y también los encontrados en estudios con población general (Garaigordobil et al., 2005; Lameiras y Rodríguez, 2003; Matud et al., 2003).

En lo que a síntomas psicopatológicos se refiere, la literatura sobre la deficiencia auditiva ha encontrado diferencias significativas en función del género, con mayores niveles de sintomatología en las mujeres (De Graaf y Bijl, 2002; Fellingner et al., 2005), en la misma línea que en la población normoyente (González de Rivera et al., 2002). Sin embargo, los resultados de este estudio apenas muestran diferencias de género en ambos grupos muestrales. En los participantes con deficiencia auditiva únicamente se dieron puntuaciones significativamente superiores en el índice de sufrimiento por síntomas positivos, y en la muestra de personas sin deficiencia auditiva, además de en este índice, se encontraron también diferencias significativas en la ansiedad fóbica, en ambos casos con puntuaciones superiores en las mujeres. Por consiguiente, se rechaza la cuarta hipótesis que planteaba que las mujeres con y sin deficiencia auditiva tendrían puntuaciones superiores en síntomas psicopatológicos. Tal vez diferencias en las características muestrales de los distintos estudios puedan explicar estos resultados, ya que cuando se incorporan sujetos con niveles de estudios universitarios las diferencias de género en síntomas psicopatológicos se acentúan.

Finalmente, los coeficientes de correlación obtenidos sugieren que tanto en la muestra de participantes con y sin deficiencia auditiva, los que tenían alto autoconcepto y autoestima informaron tener pocos síntomas de depresión, de psicoticismo, pocos síntomas psicopatológicos en el total de las escalas, bajo índice sintomático general, y pocos síntomas positivos. Complementariamente, las

personas con deficiencia auditiva y alto autoconcepto y autoestima tenían pocos síntomas de ansiedad fóbica, mientras que las personas sin deficiencia auditiva con alto autoconcepto y autoestima tenían pocos síntomas de obsesión-compulsión y de sensibilidad interpersonal. Por consiguiente, se ratifica la quinta hipótesis del estudio que planteaba que los participantes con alto autoconcepto y autoestima tendrían pocos síntomas psicopatológicos. Estos datos apuntan en la misma dirección que otros estudios realizados con deficientes auditivos (De Graaf y Bijl, 2002; Satapathy y Singhal, 2001) y con población general (Fan y Fu, 2001; Montt y Chavez, 1996) ya que han hallado correlaciones positivas entre autoconcepto, autoestima y salud mental.

En términos generales los datos de este estudio ponen de relieve que los sujetos con deficiencia auditiva, en comparación con la población general, no evidencian diferencias significativas en autoconcepto-autoestima, lo que probablemente se relacione en buena medida con su identificación con la comunidad sorda (Bat Chava, 2000; Jambor y Elliott, 2005). En este sentido, cabe subrayar que más del 93 % de los participantes con discapacidad auditiva eran usuarios habituales de la lengua de signos y que todos ellos pertenecían a asociaciones de sordos, lo que sin duda alguna puede considerarse indicador de un alto grado de identificación con su grupo de referencia.

Sin embargo, los resultados del estudio también permiten observar que la deficiencia auditiva es un factor de riesgo asociado a la presencia de diversos trastornos psicopatológicos, lo que tal vez podría explicarse en base a dificultades en el establecimiento de vínculos comunicativos tempranos (el 88 % de los sujetos tiene padres oyentes), sobreprotección parental, malos resultados educativos, o dificultades laborales derivadas de su deficiencia (Muñoz, 2006). Por otra parte, como señala este autor, muchas de estas personas tienen una alta probabilidad de ser mal diagnosticados cuando acuden a los servicios de salud mental generales debido a problemas tales como: 1) dificultades en la comunicación entre el paciente y el profesional, los cuales no siempre pueden solucionarse mediante intérpretes oficiales y/o familiares; 2) desconocimiento de las características propias de los sordos y de su comunidad (habitualmente, los profesionales no han tenido nunca contacto con personas sordas y desconocen algunas de sus características diferenciales, considerando patológicas ciertas

peculiaridades que no lo son en un contexto sordo); y 3) ausencia de instrumentos diagnósticos adecuados (utilizar para el diagnóstico de una persona sorda que padece un trastorno mental los mismos criterios que se emplean para una persona oyente es una práctica muy arriesgada dado que, en general, las pruebas psicométricas suelen ofrecer un mal perfil de las personas sordas).

Todo lo anterior pone de relieve la necesidad de proveer a nivel asistencial servicios adecuados para la valoración y tratamiento psicológico de este colectivo. Pese a que en la actualidad en España tan sólo existe una *Unidad de Atención en Salud Mental para Personas Sordas* (que se encuentra en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid), resulta evidente que este colectivo necesita de una asistencia especializada en el ámbito de la salud mental, con entornos físicos en cuyo diseño arquitectónico prime la eliminación de barreras comunicativas para que resulten plenamente accesibles a las personas con discapacidad auditiva, y sobre todo, con profesionales específicamente capacitados para emplear los sistemas comunicativos más adecuados al paciente, principalmente la Lengua de Signos Española. De hecho cara al futuro, tal y como subraya Muñoz (2006), resultará imprescindible que más profesionales del ámbito de la salud se impliquen en la atención a este colectivo y que, paso a paso, más personas sordas se formen como profesionales de atención directa a los miembros de su propia comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, S., y Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19, 293-299.
- Bat-Chava, Y. (1994). Group identification and self-esteem of deaf adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 494-502.
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420-428.
- 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.
- De Graaf, R., y Bijl, R. V. (2002). Determinants of mental distress in

- adults with a severe auditory impairment: Differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 61-70.
- De las Cuevas, C., y González de Rivera, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-336.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Madrid: TEA. (trabajo original publicado en 1983).
- Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R., y Cleary, (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Emerton, R. G. (1996). Marginality, biculturalism, and social identity of deaf people. En I. Parasnis (Ed.), *Cultural and language diversity and the deaf experience* (pp. 136-145). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fan, F., y Fu, J. (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15 (2), 76-77.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., et al. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 737-742.
- Garaigordobil, M. (en prensa). LAEA. *Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M., Durá, A., y Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14-17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1(53-63).
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF-5. Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised, adaptación española*. Madrid: TEA.
- Jambor, E., y Elliott, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies

- among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 63-81.
- Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2003). Age and sex differences in self-esteem among spanish adolescents. *Psychological Reports*, 93, 876-878.
- Lane, H. (1992). *The mask of benevolence*. New York: Vintage Books.
- McCarthy, J. D., y Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal study of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 372-379.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Marrero, R., y Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(123), 51-78.
- Montt, M. E., y Chavez, F. U. (1996) Autoestima y salud mental en los adolescentes / Self-esteem and mental health among adolescents. *Salud Mental*, 19 (3), 30-35.
- Mulcahy, R. T. (2002). Cognitive self-appraisal of depression and self-concept: Measurement alternatives for evaluating affective states. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(10-B), 4796.
- Muñoz, J. (2006, 16 de junio). Sordera y salud mental: La psicología frente a la deficiencia auditiva. *Infocop Online*. Recuperado el 19 de noviembre de 2006, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=879ycat=5
- Santana, R., y Torres, S. (2003). Desarrollo comunicativo-lingüístico en el niño sordo profundo. En M. Puyuelo y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 205-252). Barcelona: Masson.
- 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.
- Schlesinger, H. S. (2000). A developmental model applied to problems of deafness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5, 349-361.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Silber, E., y Tippet, J. (1965). Self-esteem: clinical assessment and

- measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Swallow, S. W., y Kuiper, N. A. (1988). Social comparison and negative self evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8, 55-76.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: Results from the Nord-Trondelag hearing loss study. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 776-782.
- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13 (3), 399-420.
- Weisel, A., y Kamara, A. (2005). Attachment and Individuation of Deaf/Hard-of-Hearing and Hearing Young Adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 51-62.