

Efecto de un programa de entrenamiento en habilidades sociales de niños con pérdida auditiva: resultados de un estudio piloto

Preliminary study on the effect of a training program in social skills of children with hearing loss.

Elvira Mamani ^{1,a}, Maritza Quiñones ^{1,a}, Candy Del Pilar Mundo ^{1,a}, Eva Chanamé ^{1,b}

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto del entrenamiento en habilidades sociales en niños que presentan hipoacusia en una Institución de Educación Básica Especial (CEBE) en Lima Metropolitana. **Material y Métodos:** Estudio piloto de diseño pre-experimental, longitudinal, que se desarrolló con 22 niños entre 8 a 12 años con hipoacusia. Se incluyeron niños con Hipoacusia bilateral, que tuviera uno o más años de estudios en el CEBE. Para evaluar las habilidades sociales (HHSS), se aplicó The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY) a los alumnos y docentes. Posterior a ello se desarrolló el programa de entrenamiento en HHSS programado con 13 intervenciones, a frecuencia de una hora dos veces por semana. Se observó a la población durante dos meses y se volvió a aplicar el MESSY. **Resultados:** Evidenciaron mejora en las HHSS, en el autoreporte del alumno; específicamente en la dimensión de Agresividad/Conducta Antisocial con disminución del 90%; así mismo, 82% de la población redujo en la dimensión Soledad/Ansiedad Social y el 64% mejoró sus HHSS apropiadas. Sobre la evaluación del docente, en la dimensión Agresividad/Conducta Antisocial; el 77% de los niños con hipoacusia redujeron porcentaje en ese comportamiento. **Conclusiones:** La comparación de los puntajes antes y después del Programa de Entrenamiento en HHSS evidenciaron que los niños con hipoacusia aumentaron sus puntajes positivos y redujeron los negativos.

PALABRAS CLAVE: Habilidades sociales, pérdida auditiva, niño.

SUMMARY

Objective: To determine the effect of a “training program” on the development of social skills of children with hypoacusis at a Special Education Primary School (SBEC), Lima from November 2015 to August 2016. **Material y methods:** The preliminary study was a quasi-experimental design, it consisted of participants 22 children from 8 to 12 years old with hypoacusis; this population was determined based on the following inclusion criteria: children with bilateral hypoacusis and with one or more previous studies in SBEC; likewise the Hatson Evaluation of Social Skills in Youngers (MESSY) will be applied to assess social skills involved in adaptive and nonadaptive social behaviors, to students and teachers; then a social skills training program will be developed, it will consist of 13 interventions twice a week with a duration of one hour each. At the end the population was observed for two months and MESSY will be reapplied. **Results:** they show an improvement in social skills, in the student self-report the dimension of aggressiveness / antisocial behavior 90% decreases, 82% of the population decreased their solitude / social anxiety score and 64% improved their appropriate in social skills. In the teacher’s external evaluation, the dimension that

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Licenciada en Enfermería.

^b Maestra en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

has changes is aggressiveness / antisocial behavior where 77% of children with hypoacusis reduced this behavior. **Conclusions:** The scores obtained in the pre and post "Training Program" in social skills for hypoacusis children show that positive social skills score increased and the negative decreased.

KEY WORDS: Social skills, hearing loss, child.

INTRODUCCIÓN

Según reportes en Perú; existen 532 mil personas con problemas de audición, de las cuales 17 mil se encuentran en edad escolar (1), y para ellos el número de instituciones educativas es limitado. Hasta el año 2014 se reportaron dos escuelas especiales para personas con pérdida de la audición, una primaria y otra secundaria en Lima Metropolitana (1). En este sentido, la oportunidad de fomentar las HHSS para el establecimiento de relaciones sociales estructuradas, flexibles y asertivas en niños con pérdida de la audición se pierde en ambientes escolares con escasos recursos técnicos y humanos por lo que se mantienen las dificultades con dificultad para empezar y sostener sus habilidades específicas ante contacto social (2,3).

Ante ello, se observa que en la actualidad; la participación de las enfermeras/os es cada vez más activa en los colegios; convirtiéndose en un recurso valioso para apoyar la salud física, social y mental de los niños en edad escolar (4). Su trabajo junto con el de docentes y padres conforman una coalición valiosa que conlleva a potenciar el adecuado desarrollo del niño (2). En Europa, el uso de un programa de entrenamiento propuesto por Suárez (5), que consideró mediación verbal como concepto fundamental y estuvo enmarcado en la sección de solución de dificultades impersonales e inter personales. Así obtuvieron como resultados la significativa mejora de los comportamientos asertivos en los niños con sordera en su vida escolar, fundamentalmente según la percepción de los docentes y los propios niños (5).

Ante esta necesidad se requiere que, en los niños que tienen dificultad auditiva, se enfoque la atención en el desarrollo social; sobre todo en países de medio y bajo ingreso como el Perú, por lo que es sugerente proponer estudios e intervenciones que permitan alcanzar un adecuado desarrollo social en una sociedad que hace pocos años viene promoviendo la ley 29973 que enfatiza la integración de personas con discapacidad (6).

La presente investigación tomó y adecuó la propuesta de programa de Suárez (5) debido a la

similitud en el uso del idioma, su soporte teórico y la practicidad de sus sesiones; con la finalidad de disponer de una propuesta de intervención efectiva que pueda ser empleada por el equipo de salud y docentes en el entrenamiento de HHSS en niños en Perú.

El objetivo del estudio piloto fue identificar el efecto del programa de entrenamiento en habilidades sociales en niños con hipoacusia en una escuela de educación básica especial en Lima ciudad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el 2016, se realizó una investigación pre-experimental que incorporó pre y post test en un solo grupo de estudio. Participaron 22 niños entre 8 a 12 años de los grados de segundo a sexto de primaria y sus respectivos docentes, pertenecientes al colegio de educación básica especial (CEBE) Estatal Ludwig Van Beethoven, Lima - Perú. Se incluyeron al estudio niños con hipoacusia bilateral con más de un año de estudio en el CEBE y que no tuvieran otra discapacidad o asistencia irregular (20% de faltas en un mes). Los evaluadores externos fueron 06 docentes de los alumnos por más de un año.

Se aplicó la evaluación Matson de HHSS en niños (conocido como MESSY por sus siglas en inglés) de Méndez en su versión español (7), el cual consta de dos cuestionarios. Según una investigación sobre validez del instrumento este tiene un alfa de crombach=0,87 para las versiones de auto informe y evaluación externa.

Cabe destacar que con la finalidad de garantizar la comprensión de los instrumentos en contexto peruano se socializó el instrumento con 8 expertos que realizaron la validación visual y de contenido, y se aplicó el piloto con una muestra de población similar a la del estudio.

Así, la versión para estudiantes o autoreporte que se aplicó consta de 60 ítems y contempla: 26 ítems en HHSS apropiadas; 22 en agresividad/conducta antisocial, 8 en arrogancia/soberbia y 6 en soledad/ansiedad social. Respecto a la calificación; el puntaje

se obtiene de los ítems de cada dimensión positiva, a fin de obtener el máximo valor posible y se adiciona a las dimensiones negativas. Por su parte, la propuesta para docentes involucra 65 ítems. Así cada docente completó el cuestionario por cada estudiante que tuvo a su cargo (de 2 a 6 alumnos por profesor); con el propósito de evaluar las 3 dimensiones de las HHSS de sus estudiantes: con 25 ítems en habilidad social apropiada, 30 en agresividad/conducta antisocial, 10 en confianza/celos/soberbia.

En los 2 instrumentos tipo Likert, se tuvo la calificación considerando: 1= nunca, 2 = a veces, 3 = siempre. Para interpretar los hallazgos, a mayor puntuación se obtiene nivel más elevado de comportamientos inadecuados en las dimensiones de comportamientos negativos. Por otro lado, ante comportamientos positivos; se evidencia nivel más alto de comportamientos adecuados socialmente si existe mayor puntuación. El MESSY fue aplicado antes del inicio del programa de entrenamiento y luego de 02 meses de haber concluido el programa.

Para el entrenamiento se programaron 13 sesiones (tabla 1), de una hora, las que se realizaron dos veces por semana durante marzo-abril del 2016. Las investigadoras participaron directamente en las sesiones; cabe destacar que previamente fueron capacitadas en lenguaje de señas y de un traductor de señas.

El programa, basado en el modelo de aprendizaje estructurado, consideró a los estudiantes como personas con capacidad para aprender, a fin de fomentar su activa participación durante la intervención para la enseñanza de comportamientos adaptativos. Durante el programa se utilizaron técnicas pedagógicas derivadas de la teoría del aprendizaje social, tales como el aprendizaje instruccional o el modelado/ ensayo conductual; así como las de evaluación de la dimensión motora, cognitiva y afectiva (8).

Cabe destacar que el programa de entrenamiento en HHSS implicó cuatro elementos importantes: entrenamiento en habilidades, disminución de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas, reestructuración cognitiva y solución de problemas (8,9).

Respecto a la aplicación del MESSY, se realizó con los niños en la escuela, mediante diapositivas. La duración fluctuó de 20 a 25 minutos y participaron las investigadoras, profesora y traductor de lenguaje de

señas. Se realizó en horarios previamente coordinados con la institución. En cuanto a los docentes las preguntas fueron auto aplicadas, pero se explicaron de forma previa con el uso de diapositivas. Cabe precisar que en este caso se les brindaron los instrumentos y los devolvieron en el plazo máximo de una semana posterior a la explicación.

Los consentimientos informados de padres fueron obtenidos en una reunión en la que se les explicó acerca del proyecto, luego se realizó la toma de asentimiento informado con los niños que tenían consentimiento informado firmado por su tutor legal, por último, se aplicó el consentimiento informado a los profesores de manera personal en horario de clases. Se informaron los objetivos de la investigación, y se precisó que se manejaría la información en anonimato, con confidencialidad, enfatizando que sería con participación voluntaria. Ante ello, no se presentaron inconvenientes en la firma del consentimiento ni asentimiento informado.

Se realizó estadística descriptiva aplicando mediana, proporciones y tablas de doble entrada. En cuanto a estadística inferencial se aplicó la prueba no paramétrica: signo y rango de Wilcoxon; y se consideró 5% de significancia estadística para comparar los resultados del pre y post test. El estudio contaba con autorización institucional y aprobación de un comité de ética.

RESULTADOS

La población estuvo conformada por 22 niños, 13 fueron varones y 9 mujeres; en relación a las edades, los grupos de 8, 9 años tuvieron 2 niños cada uno. Participaron 6 niños de 10 años, 8 de 11 años y 4 de 12 años. Considerando el año de estudios, 2 niños pertenecieron al segundo grado, 3 al tercero, 6 al cuarto, 5 al quinto y 6 al sexto grado de primaria.

En cuanto a las diferencias en HHSS según auto informe; según la dimensión HHSS apropiadas antes y después del programa de entrenamiento, se encontró incrementaron diferencias en la mediana pre test= 63 vs mediana post test=68 en 14 de 22 niños; lo que indica que las HHSS apropiadas aumentaron (tabla 2). En la dimensión arrogancia/soberbia también se aprecia que esta decreció en 14 de 22 participantes, con mediana pre test= 17 vs mediana post test=15. Para la dimensión soledad/ansiedad social, en 18 de 22 participante el puntaje post test disminuyó con mediana pre test= 13 vs mediana post test=10,5.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Al aplicar la prueba de Wilcoxon, las dimensiones agresividad/conducta antisocial y soledad/ansiedad social antes y después del programa de entrenamiento en HHSS disminuyeron significativamente ($p < 0,05$). Para la dimensión HHSS apropiadas, los docentes observaron que en 16 de 22 niños el puntaje post test aumentó con mediana pre test = 59 vs mediana post test=63. Para la dimensión agresividad/conducta antisocial antes y después del programa de entrenamiento en HHSS, los docentes observaron que en 17 de 22 niños el puntaje post test disminuyó

con mediana pre test= 50,5 vs mediana post test=46,5 (tabla 3). Considerando la dimensión sobre confianza/celos/soberbia, los docentes observaron que en 12 de 22 niños el puntaje post test disminuyó con mediana pre test= 17 vs mediana post test=17,5. Al aplicar la prueba de Wilcoxon, la dimensión agresividad/conducta antisocial, evaluada en los niños antes y después del programa de entrenamiento en HHSS, resultó ser estadísticamente significativa de acuerdo a la estimación de signo y rango con $p < 0,01$.

Tabla 1. Esquema de sesiones de programa de entrenamiento en HHSS.

Sesión	Objetivo	Actividad
1	Entrenar la atención de los alumnos y preguntas para toma de decisiones	Juego “el gato copión”, los alumnos deben hacer cuanto haga el profesor/a. Situaciones problema con “Ana y Pedro”, quienes enseñan que ante cualquier problema hay que hacerse 4 preguntas: ¿qué tengo que hacer?, ¿de cuántas formas diferentes puedo hacerlo?, ¿cuál es la mejor?, ¿qué tal lo hice?
2	Entrenar la resolución de problemas - pensamiento alternativo	Situaciones con “Ana y Pedro”, completar un rompecabeza y reconocer figuras iguales
3	Entrenar la resolución de problemas - mediación verbal	Ejercicios de atención con juego pino y gato
4	Entrenar solución de problemas interpersonales	Juego: encontrar el dibujo que es distinto en una serie. Como introducción a la solución de problemas interpersonales, se enseña a los niños, con dibujos y ejercicios, a distinguir 8 emociones: alegría, tristeza, miedo, vergüenza, interés y aburrimiento.
5	Entrenar el pensamiento causal, alternativo, empatía y atención	Juego: ¿por qué las personas están tristes, alegres o enfadadas...?, juego de atención
6	Entrenar pensamiento causal y autocontrol	Juego del ¿por qué?, juego de autocontrol “pepon dice”
7	Entrenar proponer soluciones para problemas interpersonales	Presentación de problema interpersonal entre dos niños y distintos “tipos” de soluciones, ampliando su repertorio de soluciones. Se ejercita el pensamiento de perspectiva.
8	Entrenar prever las consecuencias en problemas interpersonales (pensamiento consecuencial)	Juego “¿qué pasaría si...?”. , juego del dibujo oculto, para repasar las cuatro preguntas de Ana y Pedro y para que los alumnos intenten explicar el juego a otro compañero
9	Entrenar la valoración por seguridad	Juego: “seguro vs peligroso”, juego “adivanzas”
10	Entrenar la valoración por justicia	Juego: “justo vs injusto”
11	Entrenar la valoración por sentimientos	Juego: “agradable vs desagradable”
12	Entrenar la valoración por eficacia	Juego: “sirve vs no sirve”
13	Afianzar resolución de problemas interpersonales y valorar las soluciones	Juego: seguro-peligroso; justo-injusto; agradable-desagradable; sirve-no sirve

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Tabla 2. Diferencias de la mediana entre el Pre test y Post test de las habilidades sociales: dimensión agresividad/conducta antisocial según los niños con hipoacusia de un centro de educación básica especial, noviembre 2015 y agosto 2016.

Niños/ Dimensión	Habilidad social		Diferencia
	Agresividad/conducta antisocial (pre-test)	Agresividad/conducta antisocial (post-test)	
1	34	28	-6
2	31	28	-3
3	34	26	-8
4	33	24	-9
5	34	24	-10
6	32	28	-4
7	36	30	-6
8	31	23	-8
9	25	25	0
10	42	38	-4
11	44	36	-8
12	27	23	-4
13	34	26	-8
14	44	29	-15
15	31	23	-8
16	25	24	-1
17	27	23	-4
18	56	32	-24
19	41	28	-13
20	30	25	-5
21	32	26	-6
22	26	27	1
Mediana	32.50	26	-6

Diferencia en HHSS según evaluación externa

Tabla 3. Diferencia entre el Pre test y Post test de las habilidades sociales: dimensión agresividad/conducta antisocial según los niños con hipoacusia de un centro de educación básica especial, noviembre 2015 y agosto 2016.

Niños/ dimensión	Habilidad social		Diferencia
	Agresividad/conducta antisocial (pre-test)	Agresividad/conducta antisocial (post-test)	
1	58	45	-13
2	61	55	-6
3	59	47	-12
4	58	50	-8
5	47	36	-11
6	54	51	-3
7	43	49	6
8	60	53	-7
9	32	36	4
10	56	53	-3
11	46	37	-9
12	32	32	0
13	44	38	-6
14	62	72	10
15	35	33	-2
16	31	30	-1
17	58	46	-12
18	77	50	-27
19	64	63	-1
20	4	48	3
21	42	33	-9
22	35	34	-1
Mediana	50.5	46.5	-4.5

Tabla 4. Valores significativos en las dimensiones de la Habilidad Social de niños con hipoacusia de un centro de educación básica especial, noviembre 2015 y agosto 2016.

Habilidad social: dimensión		n	%	Valor de p	
Agresividad/conducta antisocial (post-test)	Rangos negativos	20 ^a	90%	,000	
	Rangos positivos	1 ^b	5%		
Agresividad/conducta antisocial (pre-test)	Empates	1 ^c	5%		
	total	22	100%		
Habilidades sociales apropiadas (post-test) –	Rangos negativos	4 ^d	18%		,017
	Rangos positivos	14 ^e	64%		
Habilidad sociales apropiadas (pre-test)	Empates	4 ^f	18%		
	Total	22	100%		
Arrogancia/soberbia (post-test) - arrogancia/soberbia (pre-test)	Rangos negativos	14 ^g	64%	,153	
	Rangos positivos	6 ^h	27%		
	Empates	2 ⁱ	9%		
	Total	22	100%		
Soledad / ansiedad social (post-test) - soledad / ansiedad social (pre-test)	Rangos negativos	18 ^j	82%	,000	
	Rangos positivos	2 ^k	9%		
	Empates	2 ^l	9%		
	Total	22	100%		

La tabla 4, muestra que las HHSS; dimensión agresividad/conducta antisocial, dimensión de habilidades sociales apropiadas y dimensión soledad/ ansiedad social, evaluadas en los niños antes y después del programa de entrenamiento en HHSS, resultaron ser estadísticamente significativas de acuerdo a la estimación de la prueba de Wilcoxon de signo y rango; según los niños participantes, siendo estas dimensiones $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

En relación a las HHSS antes y después del programa de entrenamiento según el auto informe de los participantes, se observó que en las dimensiones agresividad/conducta antisocial y soledad/ansiedad social tuvieron una variación estadísticamente significativa, indicando que ambas dimensiones fueron percibidas por los niños como mejores a lo percibido antes del programa de entrenamiento. Se ha encontrado evidencia que, tras la realización de un programa, los niños incrementan su capacidad de relacionarse con sus pares, siguen y aplican normas sociales, y mejoran su rendimiento académico; así como, sus relaciones sociales, debido a que ganan

popularidad e incrementan su sensibilidad social (10,11).

Al evaluar la diferencia en las hhss de los niños desde una evaluación externa de los docentes a cargo de los niños, ellos reportan un cambio estadísticamente significativo en la dimensión agresividad/conducta antisocial. Evidencia relacionada directamente con estos resultados es escasa; sin embargo, se han planteado estrategias como el Programa para mejorar el autocontrol de los niños, la comprensión emocional y las habilidades de resolución de problemas (PATHS), que sugieren que la intervención conduce a un incremento significativo en las HHSS de los estudiantes para resolver problemas, así como para las habilidades de reconocimiento emocional y competencia social (12,13).

A pesar de la importancia de aspectos personales y únicos de los niños como su personalidad, entusiasmo para establecer relaciones con sus pares, paciencia, entre otros que pueden influir en la competencia social que demuestran, la literatura informa que en el caso de niños con pérdida auditiva a mayor edad presentan interacciones sociales positivas y un mayor repertorio

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

de habilidades de afrontamiento social; no obstante, tienen mayor nivel de ansiedad acerca de la evaluación negativa de sus pares (14). En el caso del presente estudio preliminar se podría inferir que el programa de entrenamiento tuvo un efecto positivo precisamente en dos de las HHSS reportadas, a saber, agresividad/conducta antisocial y soledad/ansiedad social.

Ante lo mencionado, se hace vital que de forma paralela a las típicas actividades académicas para niños con pérdida auditiva se desarrollen programas de entrenamiento en HHSS, debido a que el presente estudio evidenció que este tipo de actividades impactan en disminuir conductas antisociales de agresividad demostrada desde la perspectiva del alumno y docente. Así, en el futuro se pueden desarrollar réplicas de estas intervenciones en los demás ciclos escolares para la mejora de la relación social en esta población vulnerable. Así mismo, se podría complementar ayuda física con dispositivos para mejorar la audición y/o comunicación bilingüe, a fin de favorecer la adaptación social adecuada, inclusive en el ámbito clínico de relación enfermera-cliente (15,16).

Un requisito para poder sostener intervenciones de este tipo en el tiempo es contar con recursos humanos formados y entrenados para trabajar con niños con pérdida auditiva y otras discapacidades en los distintos escenarios de salud y educación. En el Perú, la ley 29973 propone que todas las personas con discapacidad tienen derecho a recibir educación y servicios de salud que promuevan intervenciones tempranas (6). En este sentido; la enfermera podría potencializar sus funciones en el ámbito escolar, sobre todo en promoción de la salud, capacitando y absolviendo consultas de docentes y padres (17,18). No obstante, la información sobre contenidos de discapacidad en los currículos de profesionales de la salud, sigue siendo escasa, por lo que se debería sugerir incremento de estos en los planes curriculares de formación profesional. En opinión de profesionales que laboran en los servicios a nivel internacional, se debe recibir contenidos específicos para trabajar con personas con discapacidad auditiva (18); pocas son las experiencias reportadas al respecto, entre las que destacan, deaf strong hospital. Experiencia que permite a los estudiantes médicos a que reflexionen, comprendan y enfrenten las brechas comunicativas con pacientes que tienen pérdida auditiva (19). Así, la OMS con el fin de potenciar las actitudes, aptitudes y conocimientos del equipo multidisciplinario de salud, propone también que se fortalezca la inclusión de información pertinente sobre la discapacidad (20).

Finalmente, el estudio tuvo como limitación el tamaño de muestra debido a la difícil accesibilidad a la población estudiada por la poca visibilidad social que tienen los niños con hipoacusia en el Perú; sin embargo, el programa fue efectivo en la población estudiada, notándose cambios relevantes como la disminución de comportamientos agresivos por lo cual se considera que debería replicarse en poblaciones más grandes de iguales, con la participación de las enfermeras escolares. Se espera que debido al impacto acertado del programa se promueva su evaluación en una población más grande, así poder disponer de un modelo de programa que los colegios puedan desarrollar con sus estudiantes con el fin de brindarles herramientas para mejora de su ámbito social.

CONCLUSIONES

Los niños que participan en programas de entrenamiento en habilidades sociales, mejora su dominio social, por lo que se recomienda que este tipo de actividades puedan replicarse en los niños de los otros ciclos y seguir realizando estudios en niños con características similares al estudio presentado.

Correspondencia:

Elvira Mamani.

Mz 154 Lt 37 Enrique Milla Ochoa – Los Olivos, Lima, Peru.

Teléfono: (51) 940-781-148

Correo electrónico: elvira.mamani.s@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad 2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
2. Roland L, Fischer C, Tran K, Rachakonda T, Kallogjeri D, Lieu J. Quality of life in children with hearing impairment: systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol head neck surg.* 2016; 155(2):208-19. Doi: 10.1177/0194599816640485
3. Peñafiel P, Serrano G. Habilidades sociales. Madrid, España: Universidad de Alcalá; 2010.
4. Nasser A. La enfermería escolar: una necesidad sentida. Tesis de Maestría. Almería: Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería; 2011.
5. Suarez R. Las habilidades sociales en niños sordos profundos. Tesis Doctoral. Tenerife: Escuela de Doctorado y estudios de posgrado, Universidad de la Laguna; 1996.
6. Congreso de la Republica. Ley 29973. Ley general de la persona con discapacidad. Lima: Diario El Peruano; 2012.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

7. Méndez F, Hidalgo M, Inglés C. The matson evaluation of social skills with youngsters. Psychometric properties of the spanish translation in the adolescent population. *European Journal of Psychological Assessment*. 2002; 18(1): 30-42.
8. McGinnis E. *Skillstreaming the adolescent: a guide for teaching prosocial skills*. Champaign, Il: Research Press; 2011.
9. Ambrona T, López B, Márquez M. Eficacia de un programa de educación emocional breve para incrementar la competencia emocional de niños de educación primaria. *Revista española de orientación y psicopedagogía*. 2012; 23 (1): 39-49
10. Xie Y, Potměšil M, Peters B. Children who are deaf or hard of hearing in inclusive educational settings: a literature review on interactions with peers. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2014;19(4):423-37. Doi: 10.1093/deafed/enu017
11. Nabors L, Odar C, Merianos A, Peugh J. Predictors of flourishing among children with hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 91: 170-174. Doi: 10.1016/j.ijporl.2016.10.031.
12. Greenberg M, Kusch C. *Promoting social and emotional development in deaf children: the paths project*. Seattle: University of Washington Press; 1993.
13. Rodríguez M. Educar en las emociones: un desafío hacia la integración. *Av Psicol*. 2008(1):195-216.
14. Batten G, Oakes P, Alexander T. Factors associated with social interactions between deaf children and their hearing peers: a systematic literature review. *J deaf stud deaf educ*. 2014; 19(3):285-302. Doi: 10.1093/deafed/ent052
15. Commission on social determinants of health (CSDH). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health final report*. Geneva: World Health Organization; 2008. (Citado el 25 de diciembre del 2019). Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
16. Arias I, Arraigada C, Gavia L, Lillo L, Yáñez N. *Visión de la integración de niños / as con nee (necesidades educativas especiales) desde la perspectiva de profesionales y alumnos/as*. Tesis. Chile: Universidad de Chile; 2005.
17. Fernández F, Rebolledo D, Velandia A. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Revista hacia la promoción de la salud*. 2006; 11: 21-28
18. Díaz G, Prieto J. Representación social de prestadores de servicios de salud sobre la discapacidad auditiva. *Revista cubana de medicina general integral*. 2014; 30(3):326-333.
19. Muñoz-Baella I, Ruiz-Cantero Mt, Álvarez-Dardet C, Ferreiro-Lago E, Aroca-Fernández E. Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? *Gac Sanit*. 2011;25(1):72-78.
20. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. (Citado el 25 de diciembre del 2019). Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf