



Diseño, implementación y evaluación de un
programa grupal de Habilidades Sociales
para niñas con Síndrome de Turner entre 6
y 8 años.

Autor: Isabel Rodríguez Cuenca

Tutor: Marta Olivera Aymerich

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Junio de 2025

“A mi compañera Patricia.

Gracias por tu humildad y calidad humana”

Índice

Introducción.....	6
¿Qué es el Síndrome de Turner?.....	6
Salud Mental y ST	6
Demanda del Programa en HHSS	8
Diseño del Programa	9
Marco Teórico.....	9
Objetivos.....	11
Metodología.....	15
Diseño del estudio	15
Procedimiento	15
Participantes y descripción de la muestra.....	16
Variables e instrumentos de medida	17
Análisis de datos.....	18
Resultados.....	19
Resultados Sujeto 1 (S1)	19
Resultados Sujeto 2 (S2)	23
Resultados Sujeto 3 (S3)	27
Encuesta de Satisfacción	31
Evaluación Cualitativa Final de los Profesionales	33
Limitaciones, Discusión y Recomendaciones	35
Conclusión.....	41
Referencias	42
Anexo 1	46
Consentimiento informado para los padres/tutores de las participantes menores de edad.....	46
Anexo 2	47
Consentimiento por asentimiento informado de las participantes menores de edad..	47
Anexo 3	48
Índices de evaluación SENA para familias.....	49
Anexo 5	50
Índices de evaluación del SENA- Autoinforme	50
Anexo 7	52
Anexo 8	54
Anexo 9	55

Encuesta de Satisfacción Parental. Programa de Habilidades Sociales UNINPSI.....	55
Anexo 10	59
Anexo 11.....	65

Resumen

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico no hereditario en mujeres, asociado a dificultades cognitivas y socioemocionales de gran variabilidad.

El objetivo del estudio fue diseñar, implementar y evaluar la aceptabilidad, viabilidad e impacto de un programa grupal de Habilidades Sociales (HHSS) para niñas con ST de 7 años. La metodología fue un diseño cuasiexperimental de caso múltiple (N=3) con 9 sesiones grupales y medidas repetidas, empleando evaluaciones cuantitativas y cualitativas de Funciones Ejecutivas Frías, Regulación Emocional, Cognición Social y Habilidades Sociales.

Las conclusiones indicaron alta aceptabilidad y viabilidad del programa. El impacto varió, siendo mayor en la participante con menor comorbilidad neuropsicológica y asistencia completa. Esto sugiere la necesidad de adaptar las intervenciones a perfiles más complejos y de futuros estudios longitudinales con grupos control.

Palabras Clave: Síndrome de Turner, Programa Grupal, Habilidades Sociales, Funciones Ejecutivas, Regulación Emocional, Cognición Social.

Abstract

Turner Syndrome (TS) is a non-hereditary chromosomal disorder in females, associated with highly variable cognitive and socioemotional difficulties.

The aim of the study was to design, implement and evaluate the acceptability, feasibility and impact of a group program of Social Skills for 7 year old girls with TS. The methodology was a multiple case quasi-experimental design (N=3) with 9 group sessions and repeated measures, employing quantitative and qualitative assessments of Cold Executive Functions, Emotional Regulation, Social Cognition and HHSS.

Conclusions indicated high acceptability and feasibility of the program. Impact varied, being greater in the participant with less neuropsychological comorbidity and full attendance. This suggests the need to adapt interventions to more complex profiles and future longitudinal studies with control groups.

Key Words Turner Syndrome, Group Program, Social Skills, Executive Functions, Emotional Regulation, Social Cognition.

Introducción

¿Qué es el Síndrome de Turner?

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico que afecta específicamente a mujeres y se define por la presencia de un cromosoma X intacto y la ausencia, ya sea de manera parcial o total, del segundo cromosoma X. Pese a ser un trastorno de características genéticas, su transmisión no es hereditaria y aparece como resultado aleatorio durante la división celular en el desarrollo fetal temprano (APA, 2024). Afecta aproximadamente a 1 de cada 2000 a 4000 mujeres con vida a nivel mundial (Asociación Síndrome de Turner, s.f.). Su expresión fenotípica es variable, aunque entre las principales características físicas derivadas de este síndrome, se señalan las siguientes: baja estatura, cuello corto, manos y pies hinchados. Las afecciones médicas incluyen crecer más despacio que el resto de los niños y la falta de desarrollo de la pubertad de manera natural. A nivel ginecológico, las mujeres con ST no producen ovarios además de no desarrollar mamas. Por tanto, es frecuente la infertilidad. También son frecuentes las anomalías cardiovasculares, renales en algunos casos, osteoporosis, diabetes y/o tiroides. (NICHD, (s.f.); Roberts y Fechner, (2020)).

A nivel cognitivo, se han encontrado dificultades en las siguientes áreas: habilidades verbales (a nivel de fluidez oral), cociente intelectual (ligeramente disminuido); dificultades matemáticas; habilidades visoespaciales (en tareas de visopercepción); funciones ejecutivas y memoria de trabajo (especialmente en tareas que requieren agilidad y rapidez); velocidad de procesamiento y atención (teniendo mayor riesgo de desarrollar un Trastorno por Déficit de Atención) (Mazzocco, 2006).

Salud Mental y ST

Las afecciones derivadas del ST, pueden tener un impacto en el desarrollo de una salud mental saludable. Schmidt et al. (2006) recogen que la timidez, la ansiedad social y la baja autoestima son rasgos que aparecen frecuentemente en población con ST. Se ha visto que pueden desarrollar actitudes temerosas por miedo a perder vínculos interpersonales, esto iría ligado a la sensación de inferioridad que puede derivar de las dificultades asociadas al síndrome. Por otro lado, también pueden llegar a evitar las relaciones, al aislamiento social, así como desarrollar rigidez por seguir rutinas organizadas y más especialmente en lo que cuidar su salud respecta. Sartori et al. (2015) recalcan que para entender el desarrollo de problemáticas de personalidad es necesario tener en cuenta tanto

los factores biológicos como los ambientales. Entre otros factores ambientales, estos autores señalan que, la sobreprotección familiar puede dificultar el desarrollo de autonomía y habilidades sociales en niñas con ST.

En una investigación llevada a cabo por Lepage et al., (2013) con niñas con un diagnóstico de ST de entre 5 y 12 años, se estudió en qué medida el perfil cognitivo característico de este síndrome tenía un impacto sobre las dificultades sociales que suelen presentar. Entre estas dificultades, están los problemas para formar y mantener relaciones sociales, tener menos amigos cercanos y menor competencia social. Asimismo, a nivel de procesamiento de estímulos sociales, estas niñas también presentaron dificultades en el reconocimiento facial, el emparejamiento de caras, el reconocimiento del miedo o el procesamiento de la mirada. En relación con el reconocimiento de la emoción del miedo, esto también ha sido recogido por otros autores recientemente (Guaraná et al., 2024). Por último, esta investigación demuestra que las niñas con ST presentan dificultades específicas a niveles de conciencia social, cognición social y manierismos autistas.

A la hora de establecer explicaciones, los autores de este artículo sugieren que los problemas en las funciones ejecutivas tienen un impacto mayor sobre los impedimentos sociales que las habilidades visoespaciales o las diferencias a nivel de Cociente Intelectual. Por otro lado, concluyeron que las niñas con ST suelen tener la motivación social preservada, es decir que, pese a presentar dificultades sociales, son niñas que buscan la interacción social. A nivel neurobiológico, establecen que cabría considerar que las dificultades sociales podrían también explicarse por la base genética y el impacto sobre el desarrollo cerebral, especialmente en áreas como la amígdala que es esencial para el procesamiento de emociones.

En otro estudio posterior, (Wolstencroft, 2022), en el que se estudió la salud mental y el neurodesarrollo en niñas y adolescentes con Síndrome de Turner, se encontró que la mayoría de las participantes (83%), presentaban dificultades en la comunicación social y que casi 1 de cada 4 (23%), cumplían criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista. Además, también encontraron que alrededor de un tercio (34%), presentaban al menos un problema de salud mental o de neurodesarrollo y que, aquellas que presentaban un diagnóstico de TEA, tenían mayor riesgo de desarrollar un trastorno emocional o/y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. De todos modos, existen diferencias entre el TDAH y la sintomatología que presente el ST. López et al. (2016) sugieren que, aunque existen algunas similitudes en términos de déficits

atencionales y problemas en las funciones ejecutivas, las diferencias son notables debido a sus distintas bases etiológicas, perfiles cognitivos y áreas específicas del cerebro involucradas. Por ejemplo, las niñas con ST muestran un patrón de aprendizaje asistemático con dificultades en la organización y codificación de material no verbal, especialmente en la codificación de estímulos visoespaciales. En contraste, las dificultades en el TDAH se relacionan más con la impulsividad y la falta de atención durante el aprendizaje, más que con problemas específicos en la codificación del material no verbal.

Ambas investigaciones y otros autores como Sartori et al. (2015) y López et al., (2009), establecen que las dificultades sociales y psicológicas no solamente se pueden explicar a través de los factores genéticos, sino que es más bien un compendio de dificultades en las Funciones Ejecutivas, Habilidades Sociales y otros factores ambientales (Sartori et al., 2015 y López et al., 2009).

Demanda del Programa en HHSS

Según lo recogido en el Encuentro Internacional del Síndrome de Turner celebrado en 2016 en Cincinnati (Gravholt et al., 2017), se recomiendan intervenciones en grupo para dar apoyo y reforzar las habilidades sociales en población con ST. Asimismo, se sugiere que se adapten las intervenciones ya probadas en otros contextos siempre y cuando se ajusten a las particularidades del ST. Por último, se reitera la consideración de programas de intervención para diagnósticos asociados como son el TDAH, trastornos del aprendizaje, trastornos de la comunicación social o TEA. Es, por tanto, crucial e importante que las evaluaciones se hagan de manera temprana, así como la intervención específica y adaptada a las dificultades concretas que presentan las niñas con ST (Hutaff-Lee et al., 2019 y Hong et al., 2009).

En resumen, existe una reiterada demanda por parte de la comunidad científica de tratamientos específicos y adaptados a las capacidad y limitaciones cognitivas y sociales del Síndrome de Turner (Lepage et al., 2013; Hong et al., 2009; López et al., 2016; Sartori et al., 2015). En este contexto y tras la demanda específica de la Asociación Síndrome de Turner Madrid, surge el desarrollo, implementación y evaluación de un Programa en Habilidades Sociales para niñas de 7 años con Síndrome de Turner. Es decir, el objetivo principal del siguiente trabajo es recoger dicha petición y evaluar de qué manera el programa diseñado es adecuado en términos de aceptabilidad, viabilidad e impacto.

Diseño del Programa

Marco Teórico

Las Habilidades Sociales, comprenden un repertorio complejo de componentes verbales, motrices, emocionales y cognitivos. Siguiendo la definición de Casares (1997); el presente trabajo entiende HHSS como:

El conjunto de capacidades aprendidas que permiten a una persona interactuar de forma competente y adecuada en un contexto social determinado. Incluye, la asertividad, el afrontamiento, la comunicación y las habilidades para entablar amistad, la resolución de problemas interpersonales y la capacidad para regular las propias cogniciones, sentimientos y comportamientos.

De dicha definición se puede concluir que las HHSS son conductas aprendidas principalmente a través de la experiencia interpersonal del niño en su entorno (familia, escuela, comunidad). Estas habilidades incluyen componentes motores, emocionales, afectivos y cognitivos. Es decir, implican lo que los niños hacen, sienten, dicen y piensan. Para que se puedan desarrollar, el niño tiene que, a su vez, ser capaz de comprender el mundo que le rodea e interpretarlo. Dicho proceso, que es neurobiológico, psicológico y social, se denomina cognición social (Sánchez-Cubillo et al., 2012) y está estrechamente relacionado con las Funciones Ejecutivas (FFEE).

Según Tirapu-Ustárrroz (2008), las FFEE son los “procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan a la resolución de problemas”. Recientes perspectivas evolutivas e integradoras sostienen que se pueden distinguir dos tipos de funciones ejecutivas; Las funciones frías (“cold” EF) y las calientes (“hot” EF) (Zelazo et al., 2012).

Las FFEE frías serían el componente fundamental cognitivo y hace referencia a las funciones relacionadas con la corteza frontal dorsolateral (Tirapu-Ustárrroz, & Luna-Lario, 2008). En relación con las HHSS, permiten mantener información relevante (memoria de trabajo), enfocar la atención en las señales sociales importantes (atención selectiva), adaptarse a las dinámicas sociales (flexibilidad cognitiva) y controlar comportamientos inapropiados (inhibición).

Por otro lado, las funciones ejecutivas cálidas serían las encargadas del procesamiento emocional y el área del que dependen es la corteza orbitofrontal. Guían la

toma de decisiones hacia objetos basados en el juicio social y ético. Estas, sin embargo, se activan cuando la situación tiene una significancia motivacional y emocional. Estarían detrás del procesamiento de señales emocionales, la toma de decisiones en situaciones sociales, la autorregulación emocional y conductual y el aprendizaje socioafectivo de estímulos.

Si hay fallas en las FFEE, la cognición social puede verse afectada. Puesto que se desarrollan especialmente durante las edades preescolares hasta la adolescencia, intervenir sobre ellas de manera temprana puede tener efectos significativos sobre la competencia social (Zelazo et al., 2012). Según Tirapu (2007), la cognición social, comprende aspectos fundamentales como la percepción de expresiones faciales (área afectada en niñas con ST), la capacidad para atribuir deseos, intenciones y creencias a otros y la empatía. Consecuentemente, la Teoría de la Mente (ToM) (Premack y Woodruff, 1978), capacidad sofisticada de la cognición social, podría también verse comprometida. Esta se define como la capacidad de representarse los estados mentales propios y ajenos para comprender y anticipar el comportamiento en el entorno social. Se considera una habilidad metacognitiva compleja que engloba la interpretación de emociones, la comprensión del lenguaje no literal, la empatía y la sensibilidad social.

Se puede concluir, por tanto, que la cognición social y la ToM están intrínsecamente relacionadas con el adecuado procesamiento de las emociones tanto propias como ajenas, lo cual deriva en el desarrollo de la empatía. Sin la parte emocional, la interacción social difícilmente se puede dar (Ochsner, 2008). Por ejemplo, comprender el miedo es crucial para desarrollar la capacidad de empatía o entender el enfado puede facilitar la regulación de conflictos (Levav, 2005).

Por último, otros dos aspectos interrelacionados y dependientes de las FFEE, que se han tenido en cuenta para el diseño del programa, son la autorregulación y el control de los impulsos. La autorregulación se refiere a la “capacidad volitiva de una persona para modificar o mantener estados de activación, emociones, pensamientos o comportamientos apropiados para una situación” (Nigg, 2017). El autocontrol, siguiendo la definición de Chaverri y León (2022), es la “capacidad cognitiva, emocional y conductual que permite inhibir deseos inmediatos y regular el comportamiento en función de las metas a largo plazo”.

En resumen, la base teórica desarrollada fundamenta que trabajar sobre el reconocimiento de las emociones como pilar de la cognición social, el control de los Impulsos y la Regulación Emocional, influye y complementa al desarrollo positivo de las Habilidades Sociales.

En relación con las características concretas de las mujeres con ST, autores como Aguilar y Lopez (2008), establecen que analizar las dimensiones de procesamiento emocional, la percepción social y la teoría de la mente son fundamentales para desarrollar intervenciones dirigidas a trabajar las HHSS con niñas con ST. Son varias las investigaciones que inciden en la importancia de trabajar sobre los déficits en las funciones ejecutivas (FFEE) en niñas con ST (Hutaff-Lee et al., 2019; Mazzocco, 2006; Sartori et al., 2015; Guaraná et al., 2024).

Por otro lado, aunque las niñas con ST (entre 6 y 8 años) todavía no presentan desafíos relacionados con la pubertad (Aguilar et al., 2010), fomentar el autoconcepto positivo (Chadwick, 2014) y el desarrollo de Habilidades Sociales (Culen, 2017) puede actuar como factor de protección. Es decir, a través del desarrollo de vínculos sociales y una autoestima saludable, se puede prevenir el malestar que aparece en edades más conflictivas como es la adolescencia (Sartori et al., 2013).

Objetivos

Dicha base teórica, y dos programas de HHSS ya existentes; “Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)” (Casares, 1997) y, por otro, el programa “PEERS” que ha demostrado tener buenos resultados con adolescentes con ST (Wolstencroft et al., 2018), son las bases del programa diseñado.

El programa consta de 10 sesiones de una hora cada una que, por motivos de logística, se redujo a 9 uniéndose las dos últimas. Tal y como viene desarrollado en la Tabla 1, el programa se puede dividir en dos fases. Por un lado, las cinco primeras sesiones se dedicaron a la identificación de las emociones básicas y, en concreto, se dedicaron tres al miedo, a la frustración y a la vergüenza. Las siguientes cuatro se dedicaron a desarrollar la empatía, la autoestima, jugar y trabajo con la familia. Este último fue a modo de cierre del programa.

Las hipótesis de las que partimos fueron las siguientes:

- La mejora de Habilidades Sociales ayuda a la autorregulación y el estado general a nivel psicológico de niñas y mujeres con ST mejora.
- La identificación y la comprensión de emociones básicas, especialmente las desagradables (miedo, vergüenza y frustración), son fundamentales para desarrollar HHSS.
- El perfil cognitivo específico y las alteraciones en las FFEE de niñas con ST juegan un papel fundamental en el desarrollo de las Habilidades Sociales.
- Aunque el autoconcepto y la autoestima no estén del todo desarrolladas en niñas con 7 años, es adecuado fomentarlas a modo preventivo.
- Los cambios entre el pre-post no van a ser significativos debido a la falta de un grupo control, la corta duración del programa y la ausencia de una línea base.

Con todo, los objetivos generales del programa fueron:

- Trabajar la comprensión, identificación y regulación de las emociones básicas, en especial el miedo, la vergüenza y la frustración.
- Mejorar la cognición social, el control de impulsos y la regulación emocional de las niñas ya que suelen ser problemáticas asociadas a las dificultades en las Funciones Ejecutivas que presentan las niñas con S.T . Esto se hizo a través del seguimiento de normas y de fomentar la atención a las sesiones.
- Fomentar el desarrollo de un autoconcepto ajustado y una autoestima saludable para prevenir complicaciones futuras durante la etapa de la adolescencia y la adultez.
- Desarrollar Habilidades Sociales más complejas; jugar, la empatía e identificar fortalezas y debilidades de uno mismo y del otro.
- Generar red de apoyo entre las niñas que participan en el programa y las familias.

Tabla 1*Cronograma Programa HHSS para Niñas con ST*

Título de la sesión	Objetivos	Dinámicas	Tarea Casa
1. ¡Nos conocemos!	<p>Conocernos.</p> <p>Hacer unas normas y explicar lo que vamos a hacer en el programa.</p> <p>Presentar a la mascota.</p>	<p>Presentación: ronda de preguntas y dibujo con lo que les representa.</p> <p>Explicación del programa.</p> <p>Hacer las normas conjuntamente (cartulina)</p>	
2. La fiesta de las emociones	<p>Conocer las emociones básicas.</p> <p>Identificar el lenguaje no verbal asociado a cada una de las emociones.</p> <p>Identificar qué emociones aparecen en diferentes situaciones.</p> <p>Aprender a utilizar la expresión “me siento..... cuando/porque....”</p>	<p>Leer “El monstruo de los colores”</p> <p>Mr. Potato: Aprender los gestos faciales asociados a cada emoción</p> <p>Juego del dado de las emociones.</p>	Tarro de las emociones
3. Todas tenemos miedos	<p>Aprender a gestionar el miedo</p> <p>Conocer cuándo aparece el miedo</p> <p>Qué sentimos cuando tenemos miedo</p> <p>Compartir estrategias para gestionar el miedo</p>	<p>Expresión del miedo en Mr. Potato</p> <p>Jugar al dado para hablar sobre el miedo</p> <p>Monstruo de los miedos: Dibujar y buscar estrategias para gestionar el miedo.</p>	Diario de los miedos
4. ¿Qué hago cuando no me salen las cosas como quiero?	<p>Aprender a gestionar la frustración</p> <p>Conocer cuándo aparece la frustración</p> <p>Qué sentimos cuando nos frustramos.</p> <p>Compartir estrategias para gestionar la frustración.</p> <p>Conectar con el enfado a través del juego.</p>	<p>Ponemos la emoción del miedo en el Mr. Potato.</p> <p>Hablar de qué situaciones o qué cosas nos generan más frustración.</p> <p>Jugamos a juegos que frustren y después de cada partida o durante el juego vemos cómo nos sentimos.</p>	<p>Diario de la Frustración</p> <p>Ficha de Navidades</p>

Título de la sesión	Objetivos	Dinámicas	Tarea Casa
5. ¡Mirad mi dibujo!	<p>Practicar exponer algo en público.</p> <p>Gestión de la vergüenza</p> <p>Identificar estrategias para lidiar con la vergüenza</p> <p>Reforzarse entre ellas cuando sienten vergüenza</p>	<p>Presentar sus dibujos de navidades</p> <p>Juego de mímica</p>	Diario de la vergüenza
6. ¿Qué me pasa? ¿qué te pasa?	<p>Trabajar la empatía.</p> <p>Fomentar que estén atentas a lo que les pasa y a lo que <u>les</u> pasa al resto.</p> <p>Entender que cada una tiene sus necesidades.</p> <p>Practicar las preguntas: ¿qué te pasa? ¿Qué necesitas?</p>	<p>Roleplaying de situaciones en las que surjan conflictos (se congelan las escenas y se pregunta de qué manera se puede ayudar).</p>	Ficha con situaciones en las que hayan ayudado o les hayan ayudado
7. ¡Yo lo valgo!	<p>Aprender a identificar fortalezas y debilidades de uno mismo y del otro.</p> <p>Construir una autoestima saludable.</p>	<p>Dibujo del contorno a tamaño real de cada una, identificar qué les gusta de ellas mismas y de las otras. También lo que no les gusta tanto.</p>	Mi estrella favorita (por cada esquina preguntar a personas cercanas que les gusta de mí)
8. ¡Todas a jugar!	<p>Trabajar las habilidades sociales para pedir jugar, cambiar de juego, de actividad.</p> <p>Aprender a defender los propios derechos (a los juegos que quieren jugar)</p> <p>Usar el lenguaje adecuadamente para explicar un juego.</p>	<p>Diferentes opciones de juegos, ponerse de acuerdo con cuál empezar.</p>	Pedir a alguien jugar durante la semana
9 y 10. ¡Mamá y Papá se cuelan!	<p>Hacer cierre del programa.</p> <p>Observar cómo se manejan los padres.</p>	<p>Resumen</p> <p>Botella de la calma.</p>	

Metodología

Diseño del estudio

El presente trabajo sigue un diseño de estudio cuasiexperimental de caso múltiple (N=3) con medidas repetidas a lo largo de la intervención. La intervención fueron 8 sesiones de una hora y una última de dos horas (9 sesiones en total). Se utilizó una combinación de evaluaciones cuantitativas y cualitativas para analizar los cambios individualizados de las participantes en distintas áreas de funcionamiento socioemocional; FFEE Frías, Regulación Emocional (RegulEmo), Cognición Social (CogniSoc) y Habilidades Sociales (HHSS). También se evaluó la viabilidad del programa a través de una encuesta de satisfacción.

Procedimiento

El reclutamiento de participantes se realizó a través de una convocatoria difundida en la Asociación de Síndrome de Turner de Madrid. Las familias interesadas se inscribieron de manera voluntaria y firmaron un consentimiento informado previo al inicio de la intervención (Anexo 1), así como las participantes (Anexo 2). Por otro lado, para cumplir con la correspondiente normativa, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Comillas (Anexo 3).

Para describir las características de las participantes, se utilizaron los datos a partir de evaluaciones neuropsicológicas realizadas en la UNINPSI. Dichas evaluaciones fueron la demanda inicial de la Asociación de Turner, y a partir de las mismas derivó el presente proyecto.

Antes de comenzar el programa, se administraron SENA de Autoinforme y de Familias. Estas medidas se utilizaron también a la mitad de la intervención (entre la sesión 4 y la 5).

Durante la intervención, los padres completaron semanalmente el Cuestionario de Evaluaciones de Conductas mediante un formulario online. Paralelamente, las profesionales encargadas de las sesiones registraron sus observaciones utilizando el Cuestionario de Observación también en formato online. Además, se hicieron reuniones semanales de seguimiento del programa para revisar la sesión y adaptarla lo máximo posible a las niñas.

Las participantes completaron la EER-NP tras cada sesión grupal. Al finalizar la intervención, se administraron nuevamente los cuestionarios del SENA, se realizó la encuesta de satisfacción para padres y se llevó a cabo una reunión final para recoger datos cualitativos.

Participantes y descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por tres niñas de entre 6 y 7 años diagnosticadas de Síndrome de Turner. Dicha participación fue voluntaria, tras un proceso de inscripción abierto a las familias asociadas a la Asociación de Síndrome de Turner Madrid.

Los criterios de inclusión fueron: (a) Diagnóstico de Síndrome de Turner confirmado, (b) edad comprendida entre 6 y 8 años y (c) Consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales y las niñas.

Sujeto 1

El informe de neuropsicología recoge que la sujeto 1 es una niña de 6 años, con características cognitivas compatibles con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La capacidad cognitiva en general es buena, aunque presenta dificultades en la atención y en funciones ejecutivas, especialmente en inhibición, flexibilidad y planificación (FFEE Frías).

En la primera sesión, las profesionales observaron mucha atención a los detalles a la hora de hacer tareas, cierto nivel de rigidez e impulsividad. A la hora de hablar, su velocidad y pronunciación dificultaban la comprensión. También se destacó las ganas de participar.

Sujeto 2

El informe de neuropsicología recoge que la sujeto 2 es una niña de 6 años con una adecuada capacidad cognitiva. Presenta dificultades asociadas al lenguaje en la expresión oral y la lectoescritura. La comprensión oral no está alterada. No presenta dificultades significativas en atención y funciones ejecutivas.

En la primera sesión, las profesionales observaron cierta dificultad para atender y participar. Interrumpe moviéndose por el suelo y haciendo ruido. Parece que comprende

aquello que se le pide, pero le cuesta hablar. Presenta cierta dificultad para escuchar y mantenerse atenta a indicaciones.

Sujeto 3

El informe de neuropsicología recoge que la sujeto 3 es una niña con grandes dificultades atencionales y en las funciones ejecutivas. Cumple además criterios para un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), de presentación combinada. Destaca un CI en un rango límite, compatible con un diagnóstico de Inteligencia Intelectual Límite. También presenta un diagnóstico de epilepsia.

En la primera sesión, las profesionales observaron cierta dificultad en el contacto visual y atención focalizada. Es una niña que busca el contacto físico y le gusta participar.

Variables e instrumentos de medida

Para evaluar el impacto se utilizó:

- Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) (Fernández-Pinto et al., 2015):
Herramienta de evaluación psicológica para identificar problemas emocionales, conductuales y fortalezas personales. Se administraron dos cuestionarios: Familia y Autoinforme. Estas medidas se recogieron al inicio, a mitad y al final del programa (pre, inter, post). El desglose de los índices que se evalúan en el SENA-Familia y SENA-Autoinforme vienen recogidos en los Anexos 4 y 5 correspondientemente.
- Cuestionario de Evaluaciones de Conductas (elaboración *ad hoc*):
Instrumento de 20 ítems que evalúa la frecuencia de conductas relacionadas con las FFE Frías, Regulación Emocional (ReguleEmo) y Cognición Social (CogniSoc) en una escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). Fue completado semanalmente por los padres (Anexo 6).
- Cuestionario de Observación para Profesionales (elaboración *ad hoc*):
Instrumento que recoge observaciones durante las sesiones y evalúa las mismas áreas que el cuestionario parental. Incluye también un apartado de habilidades sociales basado en la clasificación de Casares (1997): Habilidades básicas de interacción, Habilidades para hacer amigos, Habilidades conversacionales y Habilidades relacionadas con los Sentimientos y Opiniones (Anexo 7).

Para evaluar la aceptabilidad del programa se utilizó:

- Escala de Evaluación de la Sesión para Niños Pequeños (EER-NP) (Duncan et al., 2003):
Rellenada por las participantes al finalizar cada sesión para valorar su experiencia (Anexo 8).
- Encuesta de satisfacción para padres (elaboración ad hoc):
Cuestionario diseñado para valorar la satisfacción con los contenidos, metodología y percepción de resultados del programa (Anexo 9).

Además, se realizó una reunión grupal final entre profesionales para recoger información cualitativa sobre el cambio percibido en las participantes que se grabó.

Análisis de datos

Dado el tamaño reducido de la muestra, el análisis fue de tipo estudio de caso. La descripción de la muestra se hizo de manera descriptiva, también la encuesta de satisfacción final.

Para evaluar los cambios individuales en las puntuaciones del SENA, se utilizó el cálculo de la mínima diferencia detectable (MDD), basada en el error típico de medida (ETM) de cada escala, como criterio para considerar cambios clínicamente relevantes.

En las medidas semanales proporcionadas por padres y profesionales, se aplicó la prueba no paramétrica de Tau de Kendall para analizar la tendencia de cambio a lo largo de las sesiones. El análisis de datos se realizó utilizando el programa Jamovi (Version 2.3) [Computer Software] (2022) y Microsoft Excel para la representación gráfica de los resultados.

Los resultados de la Encuesta de Satisfacción se analizaron de manera descriptiva.

Resultados

A continuación, se presentan sujeto a sujeto los resultados de todos los cuestionarios que se han pasado a lo largo del programa para evaluar la evolución psicológica de cada participante. Para apoyar los resultados descriptivos se han recogido los datos resumidos en gráficos y para mayor detalle, los resultados se presentan desglosados en tablas en el Anexo 10. También, vienen recogidos en tablas comparativas en el Anexo 11, las correlaciones Tau de Kendall de los cuestionarios de evaluación parentales y profesionales que se recogieron durante las semanas del programa.

Seguido de los resultados para cada sujeto, vienen descritos los resultados de la encuesta de satisfacción parental que se pasó al finalizar el programa. Por último, se recoge de manera cualitativa la impresión de las profesionales al finalizar el programa.

Resultados Sujeto 1 (S1)

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)

Familia

El perfil de la S1 muestra una mejoría amplia y significativa en todos los índices evaluados entre las medidas pre y post (Figura 1). Cabe destacar que, en el momento de las medidas pre, la sujeto venía de haber experimentado un curso escolar complejo que estuvo marcado por una situación conflictiva con una compañera. Además, en el caso de este sujeto, los datos se recogieron tres meses antes del inicio del programa y solamente acudió a las cuatro primeras sesiones y a las dos últimas. Durante el periodo de ausencia, estuvo una larga temporada hospitalizada y sin ir al colegio por lo que los datos se han de interpretar teniendo en cuenta la influencia del contexto.

En el primer momento de medición, la familia de la S1 identifica dificultades en casi todos los índices; niveles bajos de recursos personales (REC), el índice alto de problemas exteriorizados (ATE, HIP, IRA, AGRE y DES), en comportamiento inusuales (INU) y los bajos niveles en Integración y competencia social (SOC).

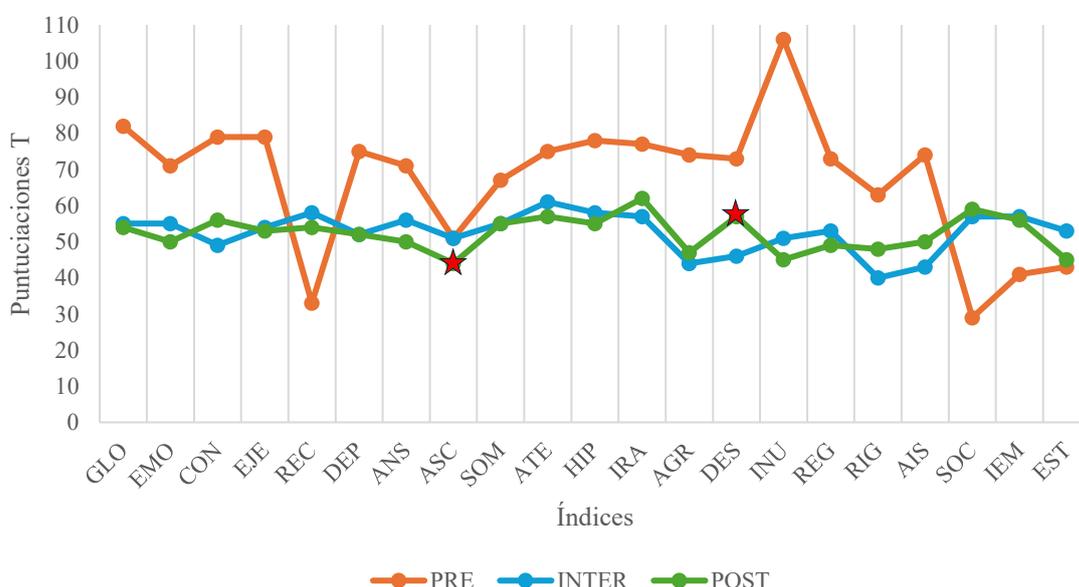
En el momento inter, momento que coincide con la ausencia escolar por motivos médicos, todas las puntuaciones más problemáticas descienden a puntuaciones normales y así se mantiene en el momento post. Entre las puntuaciones inter y post, las diferencias significativas se pueden observar en ansiedad social (ASC) que desciende y en conducta

desafiante (DES) que sufre un ligero ascenso, aunque se mantiene en rangos normales, vienen representados con los iconos de estrellas en la Figura 1.

En resumen, parece que la familia de la S1 identificó que la situación concreta en la que se tomaron las medidas pre tuvo consecuencias en todos los índices evaluados por el SENA pero que una vez esa situación se resolvió, las puntuaciones volvieron a la normalidad. Entre el momento inter y post, se observa una mejoría en ASC y en DES, se podría explicar también por la situación de ausencia escolar por motivos médicos.

Figura 1

Evolución Puntuaciones T SENA-Familia (S1)



Nota. Los cambios significativos se marcan con ★ para las mejoras y con ★ para los empeoramientos. Solo vienen marcados los cambios significativos entre la fase inter y post.

Autoinforme

El autoinforme (Figura 2) pre presenta puntuaciones predominantemente en el rango normal antes del programa. Las puntuaciones más altas son en Problemas de Atención (T=59) e Hiperactividad-Impulsividad (T=57), ambas dentro del rango normal/límite. No hay puntuaciones significativamente elevadas (por encima de 60) reportadas por el propio sujeto.

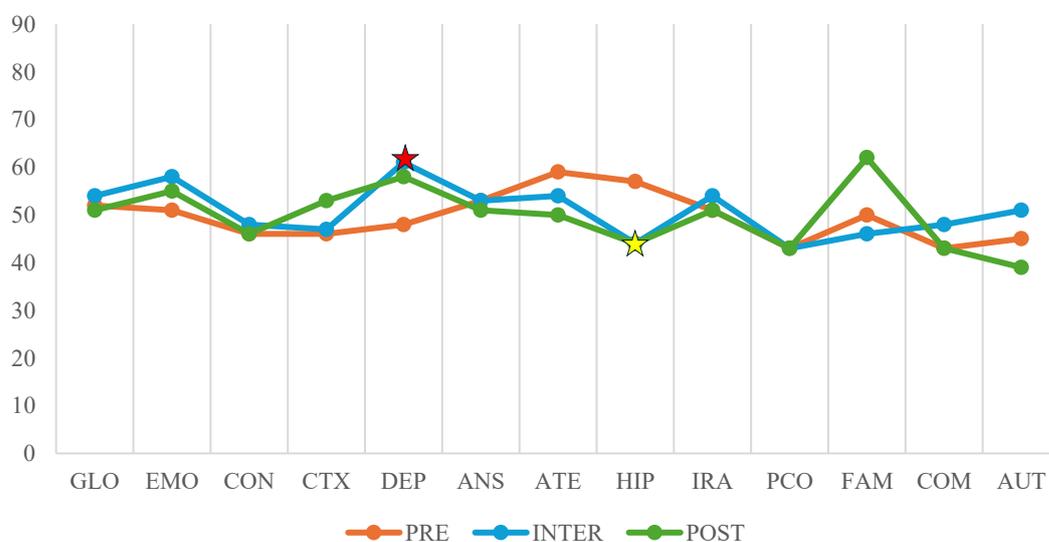
El único cambio significativo entre las medidas pre y post se observa en Hiperactividad-Impulsividad (HIP) aunque se mantiene en rangos normales.

Los cambios Pre-Inter muestran un incremento significativo (empeoramiento) en la escala de depresión (DEP) (de T=48 a T=61), pasando así al rango medio-elevado. Esto puede explicarse por la hospitalización y su ausencia escolar. La escala Hiperactividad-impulsividad (HIP) muestra una reducción significativa (mejora) (de 57 a 44), moviéndose al rango medio-bajo. Por último, aunque en la gráfica se vea un ascenso en la escala de Problemas Familiares (FAM), dicho cambio no es significativo.

En resumen, a pesar de los cambios observados por la familia, la percepción de la menor apenas refleja variaciones significativas aunque hay un descenso en HIP y un aumento en DEP. Estos datos, de nuevo, se pueden interpretar a partir de la situación médica que atravesaba el sujeto en el momento de la medición.

Figura 2

Evolución Puntuaciones T SENA-Autoinforme (S1)



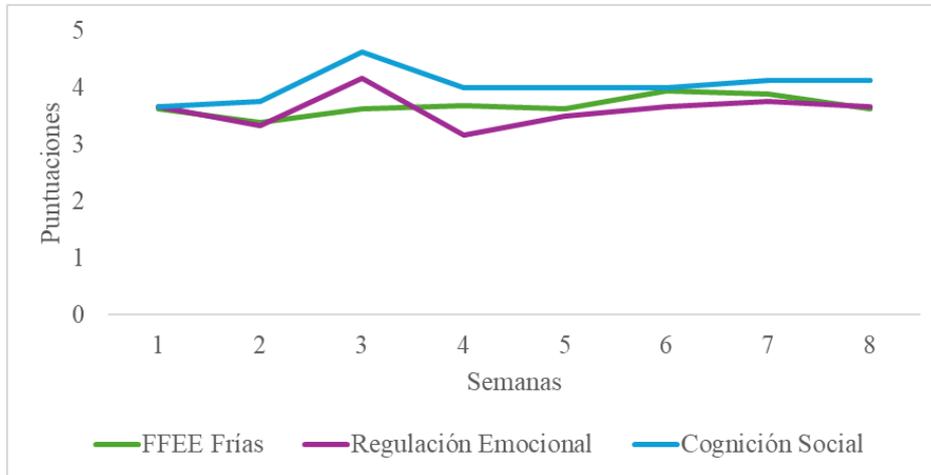
Nota. Los cambios significativos se marcan con ★ para las mejoras y con ★ para los empeoramientos.

Cuestionario Parental de Evaluaciones de Conductas S1

En la evaluación parental, se observaron correlaciones positivas en todas las dimensiones evaluadas (Funciones Ejecutivas Frías, Regulación Emocional y Cognición Social), aunque ninguna alcanzó significación estadística (Figura 3).

Figura 3

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Evaluaciones de Conductas Parental del S1

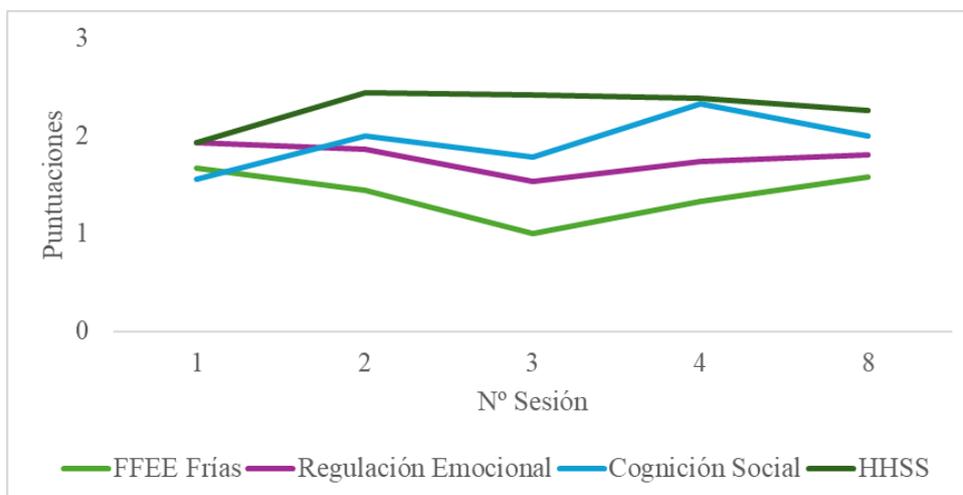


Cuestionario de Observación para Profesionales S1

Desde la perspectiva profesional, únicamente se detectó una correlación positiva en Cognición Social ($\tau = 0.527$), mientras que los valores en Funciones Ejecutivas y Regulación Emocional fueron negativos o cercanos a cero ($\tau = -0.20$ y $\tau = -0.40$, respectivamente). Ninguna de estas puntuaciones fue significativa. En relación con las HHSS, tampoco se observaron cambios significativos en ninguna de las habilidades evaluadas (Figura 4).

Figura 4

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Observación para Profesionales S1



Resultados Sujeto 2 (S2)

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) S2

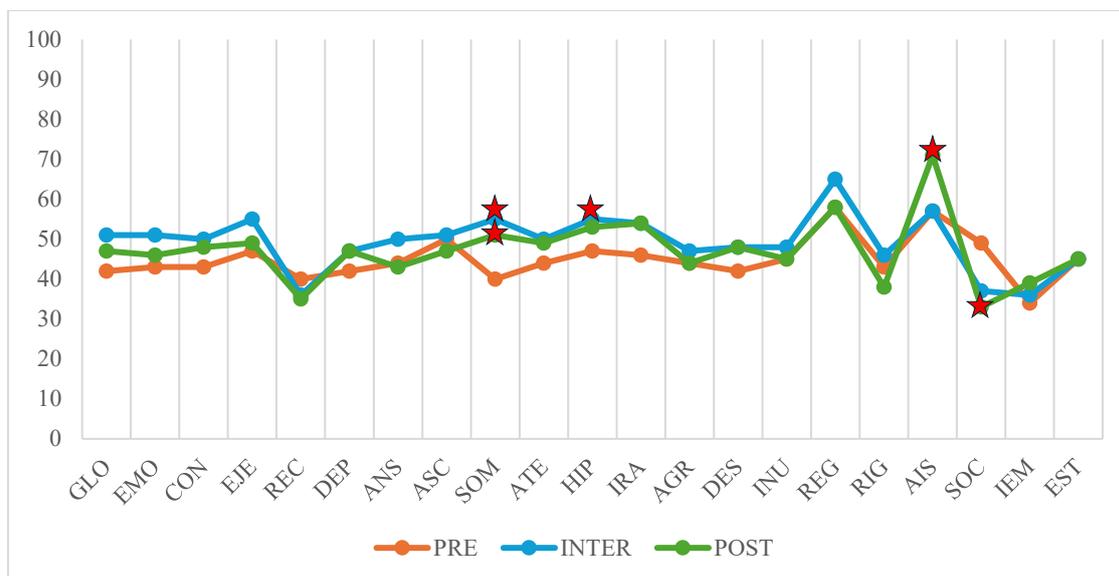
Familia

En los indicadores globales (GLO, EMO, CON, EJE), la S2 se mantiene en niveles medios-bajos en los tres momentos, siendo el índice de recursos personales el más bajo (Figura 5). En problemas interiorizados, se da un empeoramiento significativo en quejas somáticas entre las medidas pre e inter (SOM), aunque se mantiene en niveles medios. El único cambio significativo en problemas exteriorizados se puede apreciar en la escala de Hiperactividad (HIP) que aumenta entre las medidas pre e inter, pero se sigue manteniendo en niveles normales. Asimismo, en la escala de vulnerabilidades emocionales, el sujeto muestra un empeoramiento en aislamiento (AIS) entre el pre y el post. Por último, también se observa una caída significativa en la escala de recursos personales en integración social (SOC), pasando de una puntuación normal (T=49) a una medida media-alta en el post (T=33) y en aislamiento, aumentando. Es decir, se puede observar un retroceso en Habilidades Sociales percibidas por su familia.

En resumen, el perfil de S2 muestra un patrón estable en la mayoría de las escalas, sin cambios clínicamente relevantes en los índices globales. Sin embargo, se observan cambios significativos y clínicamente relevantes en síntomas somáticos, aislamiento e integración y competencia social, dándose un empeoramiento en todas estas escalas (Anexo). Cabe destacar que el área de inteligencia emocional (IEM) se mantiene también en niveles medio-bajos a lo largo de los tres momentos.

Figura 5

Evolución Puntuaciones T SENNA-Familia S2



Nota. Los cambios significativos se marcan con ★ para las mejoras y con ★ para los empeoramientos.

Autoinforme

El autoinforme presenta puntuaciones en el rango normal en la mayoría de las escalas (Figura 6). Las puntuaciones más altas son en Atención (ATE: 50), Hiperactividad-impulsividad (HIP: 49), y Autoestima (AUT: 51), todas dentro del rango normal.

Los cambios pre-inter incluyen un incremento significativo (empeoramiento) en Índice de Problemas Contextuales (CTX) (de 41 a 59) y vuelve a disminuir en el momento post, aunque se mantiene en puntuaciones normales. También se dan cambios significativos y de empeoramiento en Problemas con los Compañeros entre las medidas pre e inter pasando de niveles medios a altos, aunque en el momento post vuelve al mismo nivel que en el momento pre, esto puede ser por algo puntual que ocurriese en el momento de completar el test en el momento inter.

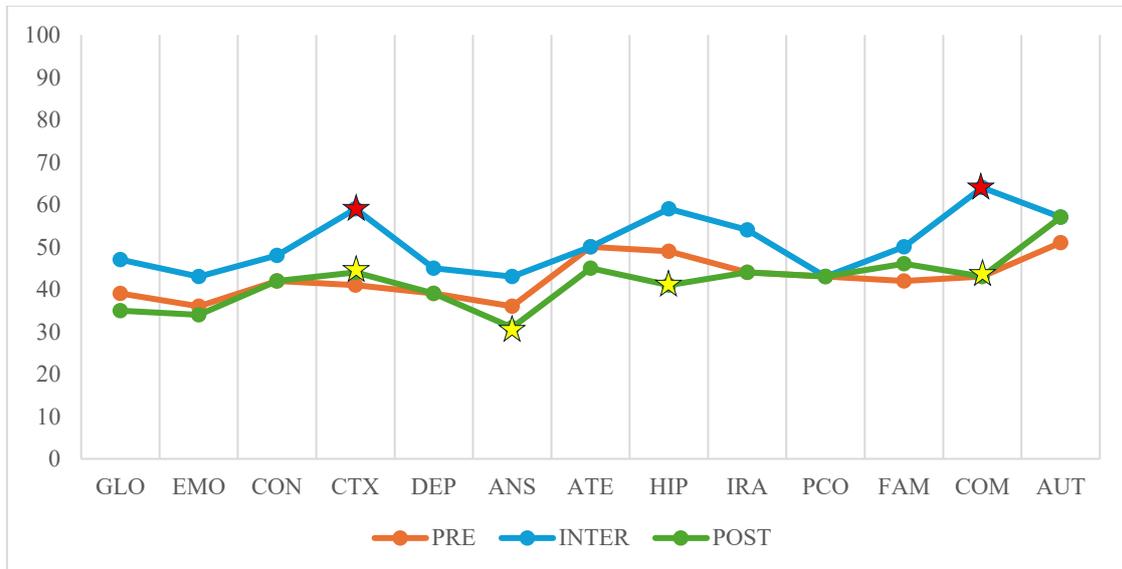
Por último, hay cambios significativos y de mejora entre las medidas inter y post en ansiedad (ANS) e Hiperactividad-impulsividad (HIP). Ambas se mantienen en niveles medios, aunque haya cambio.

En resumen, parece que en el momento de las medidas inter la S2 atravesaba dificultades en su contexto, especialmente en relación con sus compañeros que, al no estar

en el momento post, esto podría influir sobre la mejoría en ansiedad y en la hiperactividad-impulsividad. Puede que también el programa pudiese ayudar en esta mejoría dotando al S2 de recursos para manejar los conflictos.

Figura 6

Evolución Puntuaciones T SENA-Autoinforme S2



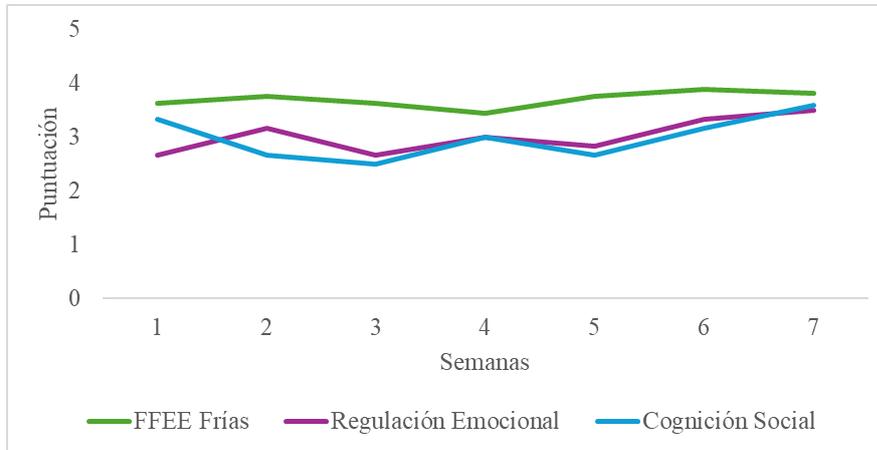
Nota. Los cambios significativos se marcan con ★ para las mejoras y con ★ para los empeoramientos.

Cuestionario Parental de Evaluaciones de Conductas S2

En este caso, los padres no reportaron cambios estadísticamente significativos, aunque se apreciaron ligeras mejoras en todas las dimensiones (Figura 7); FFEF Frías ($\tau = 0.451$), Regulación Emocional ($\tau = 0.411$) y Cognición Social ($\tau = 0.411$).

Figura 7

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario Parental de Evaluaciones de Conductas (S2)



Cuestionario de Observación para Profesionales S2

La percepción del profesional evidenció una evolución sustancial y significativa (Figura 8) en todas las dimensiones de HHSS ($\tau = 0.929$ $p < .001$); HHSS Básicas ($\tau = 0.837$ $p < .05$), HHSS para hacer amigos ($\tau = 0.718$ $p < .05$), HHSS Conversacionales ($\tau = 0.764$ $p < .01$) y en las HHSS relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones ($\tau = 0.926$ $p < .01$). Esta evolución viene detallada en la Figura 9. El mayor cambio se dio en las habilidades conversaciones y en las relacionadas con expresarse asertivamente. En el resto de las dimensiones el cambio no fue sustancial.

Figura 8

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Observación para Profesionales S2

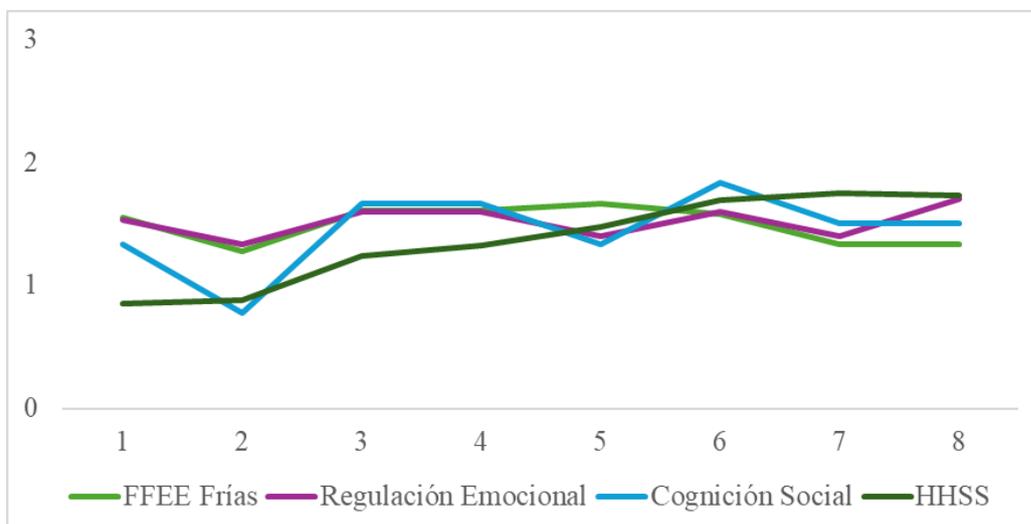
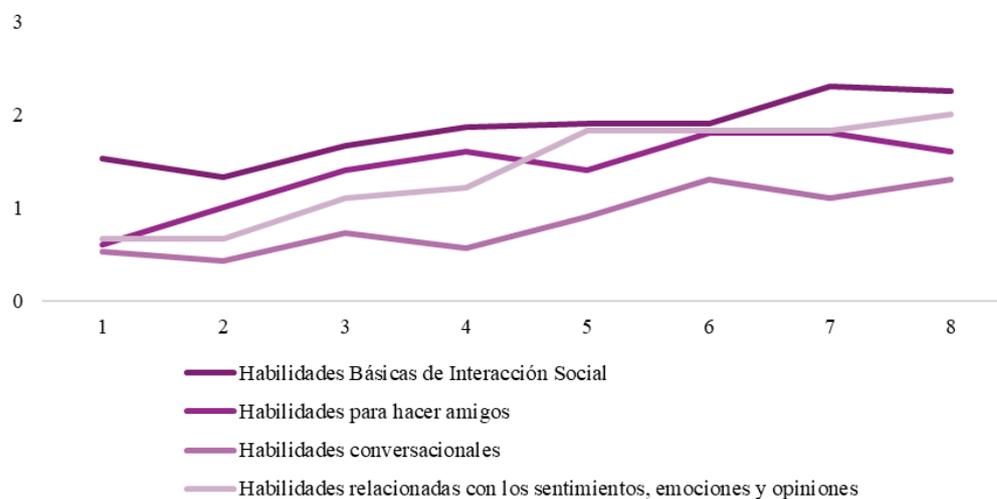


Figura 9

Evolución de las HHSS evaluadas a través del Cuestionario de Observación para Profesionales S3



Estas discrepancias podrían indicar que las mejoras observadas en el entorno terapéutico aún no se han generalizado plenamente al contexto familiar o que resultan menos perceptibles para los cuidadores en el día a día.

Resultados Sujeto 3 (S3)

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) S3

Familia

El perfil de la S3 es el más inestable y heterogéneo de los tres (Figura 10). Se aprecian mejoras conductuales claras, pero empeoran síntomas emocionales como Depresión (DEP) y Agresión (AGR), y aparece un aumento en recursos personales (REC).

Según la familia, al inicio del programa se observaban dificultades en el índice global de problemas, en funciones ejecutivas y en recursos personales. En relación con los Problemas exteriorizados se observan también puntuaciones altas en los siguientes índices; Atención (T=77), Hiperactividad-impulsividad (T= 65), Control de la Ira (T=65) y Conducta Desafiante (T= 62). La puntuación en INU también está en el rango elevado (T=63).

También se observan dificultades en la Regulación Emocional (REG) y Aislamiento (AIS). Asimismo, todas las escalas de Recursos Personales estaban en el rango medio-bajo, demostrando así debilidades en estas áreas.

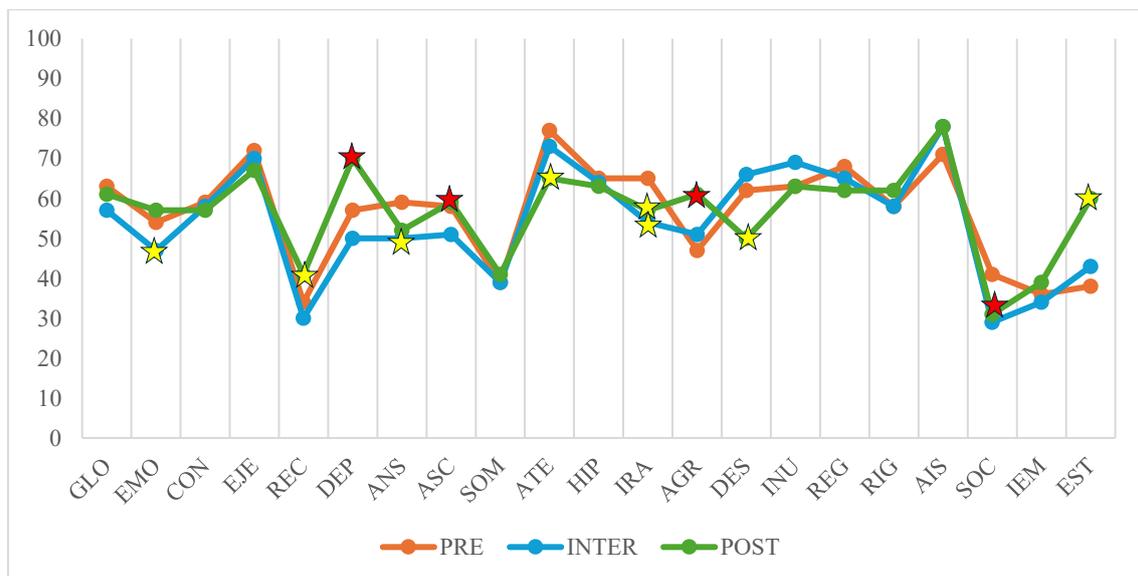
Entre las medidas pre y post, se han observado cambios significativos y de empeoramiento en las escalas de problemas interiorizados DEP y en la escala de problemas exteriorizados AGR, pasando de niveles medios a medio-altos. Sin embargo, se ha visto una mejoría significativa en el control de la ira y en las conductas desafiantes pasando de niveles medio-altos a medios. Asimismo, se da una mejoría en dimensión de problemas interiorizados de atención (ATE) aunque sigue estando en puntuaciones media-altas.

Entre las medidas pre e inter, se observan cambios y mejoras significativas en problemas emocionales (EMO), ansiedad (ANS) y control de la ira (IRA). Sin embargo, se da un empeoramiento significativo en integración y competencia social (SOC), pasando de niveles medio-bajos a bajos.

En resumen, no hay cambios relevantes en los indicadores globales. En los problemas interiorizados se da un deterioro emocional relevante en depresión, pasando al rango alto en las medidas post y un aumento en ansiedad social. En los problemas exteriorizados se observa mejora en impulsividad y conducta desafiante, pero se da un aumento en agresividad. Por último, en relación con otros problemas y recursos personales, se da una bajada en habilidades sociales y una mejoría significativa en disposición al estudio (EST). Cabe mencionar que no se dan cambios ni mejoras en la inteligencia emocional.

Figura 10

Evolución Puntuaciones T SENA-Familia S3



Nota Los cambios significativos se marcan con ★ para las mejoras y con ★ para los empeoramientos.

Autoinforme

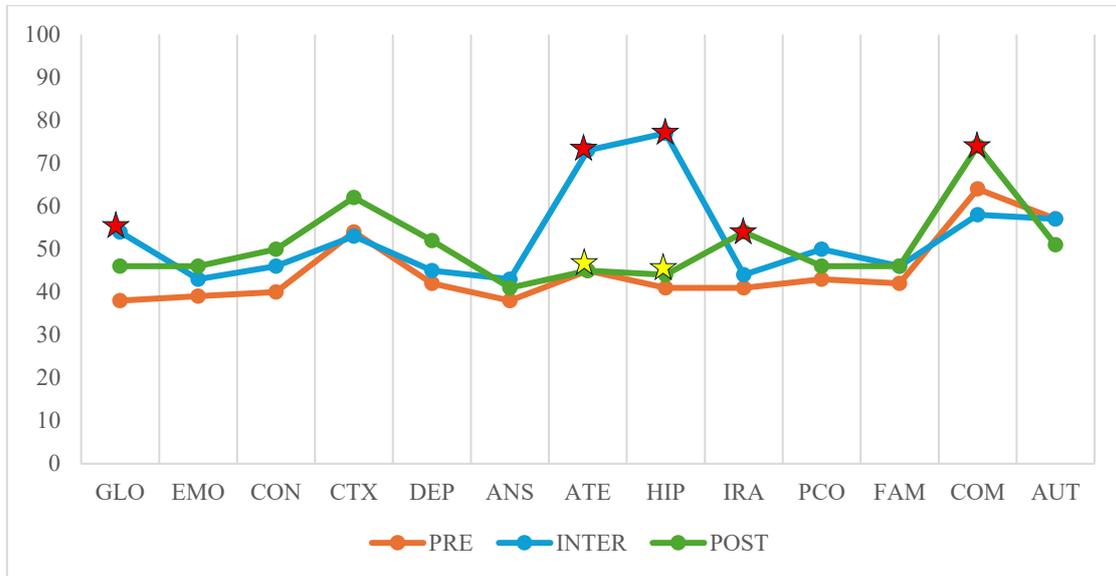
Los autoinformes reflejan mejoras sociales puntuales y un cambio importante en problemas contextuales (Figura 11). El autoinforme pre presenta puntuaciones en el rango normal en la mayoría de las escalas. La puntuación más alta es en Problemas con los Compañeros (COM) (T=64), que está en el rango alto, indicando dificultades significativas en esta área.

Entre las medidas pre e inter se dan empeoramientos significativos en el Índice Global de Problemas (GLO) y en problemas exteriorizados de atención (ATE) e Hiperactividad-Impulsividad (HIP). Sin embargo, vuelven a niveles parecidos al momento pre en las puntuaciones post por lo que se podrían explicar por las circunstancias concretas en las que se hizo la prueba. Cabe también destacar que se da un incremento significativo, denotando un empeoramiento, en la escala de problemas con los compañeros (pasando de niveles medios-altos a altos).

En resumen, parece que en el momento intermedio del programa el sujeto tuvo dificultades en algunas dimensiones de problemas exteriorizados (ATE e HIP) pero que luego se estabilizan en el post. Sin embargo, se da un aumento en problemas de control de la ira (IRA) y las relaciones con compañeros parece que han empeorado en el Post, alcanzando un nivel alto. Es decir, no hay mejoría significativa en ningún área.

Figura 11

Evolución Puntuaciones T SENA-Autoinforme (S3)



Nota. Los cambios significativos se marcan con★ para las mejoras y con★ para los empeoramientos.

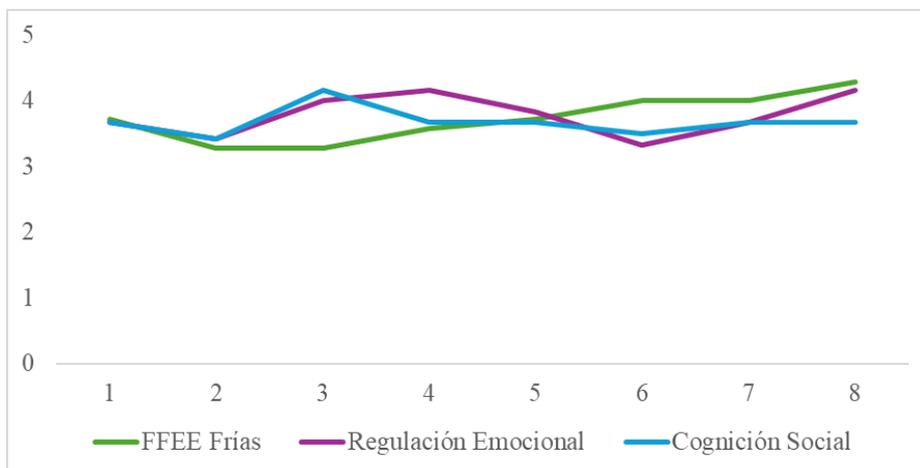
Cuestionario de Evaluaciones de Conductas Parental S3

En la evaluación parental, se detectó una mejora significativa en Funciones Ejecutivas Frías ($\tau = 0.718$ $p < 0.05$), mientras que las dimensiones de Regulación Emocional y Cognición Social presentaron correlaciones bajas (Figura 12).

Figura

12

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Evaluaciones de Conductas Parental del S3

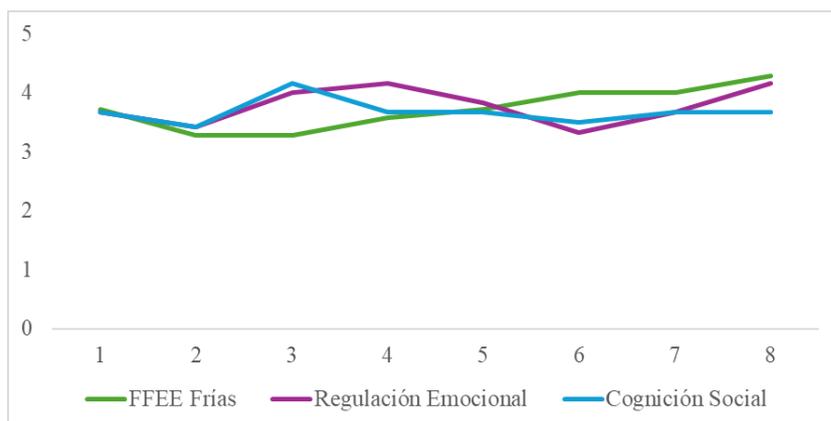


Cuestionario de Observación para Profesionales S3

Por su parte, los profesionales identificaron una mejora significativa en Cognición Social ($\tau = 0.718$ $p < .05$), aunque no se hallaron cambios relevantes en las otras dimensiones (Figura 13).

Figura 13

Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Observación para Profesionales S3



Encuesta de Satisfacción

Con el objetivo de evaluar la viabilidad y la aceptabilidad del programa de Habilidades Sociales diseñado, se administró una encuesta de satisfacción a las familias de las participantes al finalizar la intervención. En total, se recogieron tres cuestionarios completados por los cuidadores principales.

Satisfacción general y calidad del servicio

Los resultados muestran un alto grado de satisfacción con el programa. La totalidad de los participantes (100 %) se declaró *muy satisfecha* con la intervención, y calificó la calidad del servicio recibido como *excelente*. Además, todos indicaron que *seguro que sí* recomendarían el programa a otras familias en situación similar.

En cuanto a la intención de volver a utilizar el servicio en caso de necesidad, dos familias (66,7 %) afirmaron que probablemente sí lo harían, y una (33,3 %) señaló que seguro que sí recurriría de nuevo al recurso. En relación con la adecuación del programa a sus necesidades, dos familias (66,7 %) manifestaron que respondió en gran medida a sus expectativas, y una (33,3 %) que lo hizo completamente.

Respecto al trato recibido por parte del equipo terapéutico, todas las respuestas lo calificaron como muy bueno, y coincidieron en que la información compartida fue tratada con mucho respeto. La información proporcionada al inicio del programa fue valorada con cierta variabilidad (una respuesta muy buena, una buena y una regular), mientras que la información ofrecida durante el desarrollo del programa (correos informativos, resúmenes de sesiones, etc.) fue mejor valorada, con dos respuestas muy buenas y una buena.

En relación con la motivación de las hijas para acudir a las sesiones, el 66,67% de las familias indicó que sus hijas estaban muy animadas y el 33,33% bastante animadas. La duración de las sesiones (1 hora semanal), el número total de sesiones (8 individuales y 2 conjuntas) y el horario (viernes de 17:30 a 18:30) recibieron valoraciones máximas en todos los casos, indicando una buena aceptación de la organización y logística del programa.

Utilidad percibida de las actividades

Las familias valoraron también la utilidad de distintas actividades y recursos incluidos en el programa. Las sesiones centradas en “Ayudar y pedir ayuda” y “Identificar fortalezas y debilidades” fueron especialmente bien valoradas, recibiendo puntuaciones de *muy útil* por parte de la mayoría. La actividad sobre “La vergüenza” también obtuvo valoraciones positivas, aunque con mayor diversidad entre *muy útil*, *bastante útil* y *útil*.

Las herramientas complementarias, como el “Diario de las emociones” y las “Fichas”, fueron consideradas útiles por las familias, mientras que la actividad “Aprender a jugar” fue la que recibió una valoración más dispar: dos familias la consideraron muy útil, y una la calificó como poco útil.

Evolución observada en las participantes

A través de una escala del 1 al 5, donde 1 indica “ninguna evolución” y 5 “muchísima evolución”, las familias valoraron los cambios percibidos en sus hijas. Dos participantes puntuaron con un 4 y una con un 3, lo cual sugiere una evolución moderada a alta en las habilidades trabajadas durante el programa.

Las áreas en las que los padres notaron mayor mejora, cada una mencionada por un 33,33% de las familias, fueron: habilidades conversacionales (iniciar, mantener y finalizar conversaciones), habilidades relacionadas con dar opinión, control de la

impulsividad general, gestión de miedos, regulación emocional general, y habilidades básicas de interacción social (saludar, presentarse, dar las gracias, etc.).

Por otro lado, las áreas con menor progreso percibido incluyen la tolerancia a la frustración y habilidades para hacer amigas y amigos. Estas son las áreas que no fueron votadas por ninguna familia en las áreas de mayor mejora, pero, sin embargo, sí que fueron indicadas en las de menor mejora, aunque sin haber coincidencia. Ninguna familia votó Regulación Emocional General ni Control de la impulsividad.

Los datos muestran una percepción variada tanto en las áreas de mejora como en las de menor progreso. Sin embargo, destaca que la regulación emocional y el control de impulsividad fueron percibidas exclusivamente como áreas de avance, lo que podría sugerir que son puntos fuertes del programa. Por otro lado, la tolerancia a la frustración y las habilidades sociales más complejas (como hacer amigas o respetar turnos) podrían requerir un refuerzo adicional en futuras ediciones.

En el apartado de comentarios adicionales, una familia agradeció el trabajo del equipo (“Gracias”), otra hizo un simpático comentario sobre los cuestionarios (“Demasiados cuestionarios ;)), y la tercera no añadió observaciones.

Evaluación Cualitativa Final de los Profesionales

Al finalizar el programa, las tres profesionales que llevaron el grupo se reunieron para evaluar conjuntamente la evolución del programa, de cada sujeto y posibles mejoras.

En relación con el S1, se recogió que, en comparación con las sesiones iniciales, había habido una evolución en su capacidad de escucha y de respeto el turno de palabra del resto del grupo. Sin embargo, debido a la falta de asistencia al núcleo de las sesiones, dicho cambio no se podía atribuir al programa en sí.

Del S2, todas las profesionales coincidieron con que su cambio era el más significativo; que conforme habían avanzado las sesiones la participante había podido encontrar su hueco en el grupo y hablar más. También, se habló de la vergüenza como el principal motivo de impedimento social. Con todo, se concluyó que sería interesante evaluar su progreso a lo largo de los años, en un estudio longitudinal.

Por último, del S3, tal y como se recoge también a nivel cuantitativo, fue el que menos cambio significativo mostró. Se señalaron sus dificultades neuropsicológicas como el principal obstáculo en su evolución, específicamente a la hora de reconocer

emociones. Con todo, se resaltó su capacidad para acordarse de los días que más había disfrutado y las ganas de participar, especialmente en los juegos.

Para finalizar, se recogieron algunos límites y propuestas de mejoras. En primer lugar, se reconoció la dificultad para observar cambios debido al corto periodo de tiempo de evaluación. Se reconoció la necesidad de hacer un seguimiento más riguroso para llegar a buenas conclusiones en relación al impacto del programa. Por otro lado, se recogió que el nivel de impulsividad (FFEE Frías) durante las sesiones era alto, pero esperable debido a la edad de las participantes; es difícil concluir si dicho comportamiento se asocia directamente al ST. Con relación al diseño del programa, se planteó la posibilidad de hacer las sesiones más largas (ampliar a una hora y media) puesto que fue habitual el acabar más tarde y no supuso un problema significativo para los sujetos. También, se propuso introducir más juegos como elemento pedagógico, se recalcó la buena respuesta que tuvo el juego de mímica de la sesión 5 como ejemplo. Sin embargo, como ejemplo de actividades que no resultaron tan eficaces se recogió leer cuentos; durante las primeras sesiones resultaron pesados para las niñas ya que se distraían con facilidad. Además, se propuso dedicar menos tiempo al inicio de las sesiones recordando lo que habían hecho como tarea para casa puesto que esto también les hacía perder la atención. En relación con las tareas para casa, también se propuso ajustarlas mejor puesto que en muchas ocasiones no se hacían.

En general, se concluyó que el programa había funcionado bien, que los padres habían acabado satisfechos y que las niñas lo habían disfrutado. La percepción subjetiva de las profesionales fue muy positiva. Pese al reto que supuso trabajar con niñas con características tan particulares, se reconoció el orgullo que supuso poder observar cambios. Por último, se resaltó que había sido un proceso de aprendizaje profesional muy enriquecedor.

Limitaciones, Discusión y Recomendaciones

Los resultados obtenidos en la evaluación del programa de Habilidades Sociales (HHSS) para niñas con Síndrome de Turner (ST) muestran una evolución diferencial entre los tres sujetos, influenciada tanto por el perfil individual como por el grado de participación en la intervención. Esta discusión se estructura integrando las limitaciones presentes en el trabajo, los resultados obtenidos en los tres sujetos, su relación con la bibliografía recogida en el marco teórico y el grado de satisfacción de los participantes para así generar futuras líneas de investigación y conclusiones.

En primer lugar, es importante contextualizar los resultados en función de las características neuropsicológicas y socioemocionales asociadas al ST. Son varios los autores (Mazzocco, 2006; Lepage et al., 2013; Guaraná et al., 2024) que recogen las dificultades significativas en funciones ejecutivas (FFEE), cognición social, reconocimiento emocional y habilidades sociales complejas pese a que estas niñas suelen mantener preservada la motivación social. Esta combinación de factores justifica la necesidad de intervenciones específicas que aborden el reconocimiento emocional, la regulación y la interacción social desde una perspectiva adaptada a su perfil cognitivo (Hutaff et al., 2019; Lepage et al., 2013; Hong et al., 2009; López et al., 2016; Sartori et al., 2015 y Gravholt et al., 2017).

De esta manera, el programa diseñado se ha fundamentado en los siguientes componentes teóricos; las FFEE frías y calientes (Tirapu-Ustárroz, 2008; Zelazo et al., 2012), la Teoría de la Mente (Premack y Woodruff, 1978) y el concepto de cognición social, así como en programas previos validados (Casares, 1997; Wolstencroft et al., 2018). Las primeras cinco sesiones se centraron en el reconocimiento y regulación de emociones básicas como el miedo, la frustración y la vergüenza, mientras que las siguientes abordaron habilidades más complejas como la empatía, la autoestima y el juego.

Los resultados de este estudio deben ser interpretados considerando una serie de limitaciones relevantes. En primer lugar, el reducido tamaño del grupo obligó a realizar ajustes puntuales en el calendario del programa, dichas reestructuraciones provocaron que se diera un intervalo de un mes de diferencia entre la cuarta y la quinta sesión. Esto pudo haber afectado la continuidad y la secuenciación de los aprendizajes. Además, la última sesión, prevista para la sesión 5 y con participación familiar, debió fusionarse con la

sesión 9. Por otro lado, la ausencia parcial del S1 en las sesiones centrales supuso una limitación en su exposición a contenidos clave del programa. La duración total del programa también fue breve, sin posibilidad de evaluar la estabilidad de los cambios a largo plazo. A ello se suma la heterogeneidad de la muestra y la recogida de datos inconsistente, sin control sobre variables familiares o escolares. Asimismo, se emplearon instrumentos (SENA) que valoran dimensiones más complejas de las trabajadas, y no se obtuvo información del entorno escolar, contexto clave para el desarrollo de las HHSS. En relación con el diseño de instrumentos de medida, cabe señalar que tanto las evaluaciones parentales como las profesionales semanales fueron diseñadas específicamente para el programa y que carecen de validez y fiabilidad, aunque están basadas en modelos teóricos contrastados (Nigg, 2017; Chaverri y León, 2022; Casares, 1997; Wolstencroft et al., 2018)

Otra limitación estructural relevante tiene que ver con la ausencia de programas previos de intervención en habilidades sociales específicamente dirigidos a niñas pequeñas con Síndrome de Turner. Hasta la fecha, los únicos programas existentes han sido diseñados para adolescentes (Wolstencroft et al., 2018), lo que dificultó la definición clara de objetivos de referencia y el diseño de materiales ajustados a la edad. Esta falta de precedentes refuerza el valor experimental del presente estudio y explica, en parte, las dificultades metodológicas y adaptativas a las que el equipo se enfrentó, especialmente considerando los ajustes derivados del tamaño reducido del grupo.

Como última limitación, se observaron diferencias relevantes entre los distintos informantes. En general, los padres tendieron a valorar más negativamente a sus hijas que los propios profesionales o niñas a través del autoinforme. Esto se puede asociar a la tendencia de algunos padres a tener estilos de parentalidad sobreprotectores (Lepage et al., 2013; Sartori et al., 2015). Al estar más expuestas al malestar emocional o conductual en el hogar, presentan una percepción más crítica o preocupada del funcionamiento de sus hijas. Esta discrepancia refuerza la importancia de coordinar las observaciones junto con profesionales y docentes.

En la S1, el perfil pre mostró un funcionamiento sin alteraciones importantes, lo que inicialmente sugería una buena base para el aprendizaje. Sin embargo, hay que tener en cuenta los momentos que atravesaba la S1 durante las evaluaciones. La evaluación del SENA en la fase pre, coincidió con un momento de dificultad social importante derivada de un conflicto escolar. Además, en el momento intermedio, por motivos médicos la S1

pasó una temporada hospitalizada sin participar del programa y sin ir al colegio. Estas circunstancias pueden explicar en gran medida la mejoría observada por las familias. Esta ausencia coincidió con las sesiones centrales dedicadas a contenidos clave como empatía, autoestima y juego. Esto pudo entonces limitar su exposición a aprendizajes claves en habilidades sociales complejas, reduciendo la posibilidad de observar cambios significativos en ese momento. Esta falta de continuidad y de acceso a ciertos contenidos limitan en gran medida las conclusiones que pueden derivar de su participación en el programa. Sin embargo, la familia reportó mejoras en regulación emocional y comportamiento, aunque los profesionales no las detectaron. La mejora observada en hiperactividad en el autoinforme post podría sugerir que el trabajo inicial centrado en emociones básicas, realizado en las primeras sesiones (fase pre e inicio del programa), pudo haber actuado como mediador para lograr algunos avances puntuales.

La S2, en el momento pre mostró un perfil cognitivo y emocional sin alteraciones relevantes. Además, su asistencia al programa fue total. Durante el momento intermedio y post, los profesionales observaron mejoras significativas en todas las dimensiones de habilidades sociales, particularmente en expresión emocional y habilidades conversacionales, directamente vinculadas con los contenidos trabajados en las sesiones medias y finales. La continuidad en la asistencia y la ausencia de comorbilidades facilitaron el aprovechamiento progresivo de las sesiones. No obstante, la familia percibió retrocesos en aislamiento e integración social en el momento post, lo que podría explicarse por la influencia de factores externos y dinámicas familiares o sociales no abordadas en el programa. Esto subraya la importancia de considerar el contexto ambiental fuera del programa para comprender totalmente la evolución de las participantes tal y como sugiere Sartori et al. (2015). El autoinforme mostró mejoras leves entre el momento inter y post, en problemas contextuales, ansiedad, hiperactividad y problemas con los compañeros, esto podría sugerir que las sesiones entre ambos momentos dedicadas a habilidades sociales más complejas le pueden haber servido para manejar las dificultades que surgieron en la fase intermedia. Esto combinado con las observaciones de los profesionales, refuerza que, si el sujeto no presenta graves impedimentos a nivel cognitivo derivados del ST y, además, acude a todas las sesiones, se pueden observar cambios significativos en el desarrollo de sus HHSS.

En la S3, la vulnerabilidad neuropsicológica marcada, con diagnóstico combinado de TDAH, coeficiente intelectual límite y epilepsia, representó un desafío para la

intervención grupal. Aunque asistió a todas las sesiones, las mejoras fueron puntuales y limitadas. En las dimensiones emocionales y sociales, especialmente depresión, agresividad y relaciones sociales, la familia observó empeoramientos significativos, reflejados también en el autoinforme final, que mostró incrementos en problemas con compañeros e ira. Esta evolución negativa puede atribuirse a la insuficiente adecuación del programa a sus necesidades específicas, que requieren intervenciones individualizadas o de mayor intensidad (Mazzocco, 2006; Sartori et al., 2015). La complejidad del perfil y la falta de adaptación del programa a estas particularidades limitó el impacto positivo esperado. Cabe destacar que las profesionales sí pudieron observar una mejora significativa en el área de la cognición social. A nivel cualitativo el sujeto disfrutó de las sesiones y se mostraba participativa y con una actitud muy positiva. Esto refuerza la idea de Lepage et al. (2013) que, pese a las dificultades en áreas como las FFEE, las niñas con ST suelen tener la motivación social preservada.

Estos resultados permiten revisar las hipótesis del programa. La primera hipótesis, que vinculaba la mejora de HHSS con la autorregulación emocional, se confirma parcialmente: S1 y S2 mostraron avances en estas áreas, pero de forma desigual según el contexto y el perfil de base. La segunda hipótesis, centrada en la importancia del trabajo con emociones desagradables, se ve reforzada por la valoración positiva de las sesiones sobre miedo y frustración de la encuesta de satisfacción. Confirmando así los postulados de Levav (2005) que sostiene que comprender el miedo y el enfado son facilitadores de la regulación de conflictos que, en el caso de personas con ST, cobra mayor importancia debido a las dificultades para reconocer dichas emociones (Guaraná et al., 2024). La tercera hipótesis, que planteaba el papel de las funciones ejecutivas en el desarrollo de HHSS, se ve confirmada, especialmente en el caso de S3, donde su perfil más comprometido limitó claramente los avances (Hutaff et al., 2019; Zelazo et al., 2012; Tirapu-Ustárrroz, 2008). La cuarta hipótesis, relativa al trabajo preventivo del autoconcepto, no puede confirmarse clínicamente, pero fue bien acogida por las familias. Finalmente, la quinta hipótesis —la previsión de que los cambios no serían significativos debido a la corta duración y al diseño sin grupo control— también se ve confirmada. Si bien se observaron avances relevantes, no pueden atribuirse de forma concluyente al programa por todas las limitaciones anteriormente recogidas.

Poniendo en conjunto los resultados, los objetivos y el marco teórico, puede concluirse que el programa respondió adecuadamente a los retos que presenta el perfil

cognitivo y emocional del ST. Las mejoras, aunque leves, observadas en FFEE, autorregulación y cognición social reflejan la coherencia entre los contenidos trabajados y las funciones alteradas descritas por autores como Mazzocco (2006), Tirapu-Ustároz (2008), Sánchez-Cubillo et al. (2012) o Lepage et al. (2013). El caso de S2 muestra que, cuando hay asistencia completa al programa y no hay comorbilidades importantes, los objetivos se alcanzan con mayor claridad. El caso de S3 pone de manifiesto la necesidad de adaptar los programas a perfiles con mayores dificultades, lo que también apoya la hipótesis de que el desarrollo de HHSS depende no solo de la intervención en sí, sino también del perfil neuropsicológico de cada niña. Finalmente, la alta satisfacción familiar sugiere que el diseño, el contenido emocional y la estructura grupal del programa fueron apropiados y bien recibidos, sentando una base sólida para futuras intervenciones.

Con todo, se recogen las siguientes recomendaciones para futuras líneas de investigación:

Recomendaciones de diseño metodológico y evaluación:

- Ampliar la duración del programa (más de 10 sesiones) e incorporar seguimientos posteriores para valorar los cambios y el impacto del programa.
- Diseñar estudios longitudinales para evaluar la estabilidad de los aprendizajes.
- Incluir un grupo control y una línea base para mejorar la causalidad en los resultados.
- Incorporar medidas de observación directa en situaciones naturales como complemento a los instrumentos empleados.
- Seleccionar herramientas que se ajusten mejor a lo trabajado durante las sesiones (reconocimiento de emociones, gestión emocional, HHSS) y plantear hacer estudios psicométricos sobre los instrumentos de medida utilizados.

Recomendaciones de contenido y estructura del programa:

- Valorar extender la duración de las sesiones a una hora y media.
- Reorganizar el inicio de cada sesión; reducir el tiempo dedicado a la revisión de las tareas de casa.
- Introducir más juegos como elemento pedagógico.
- Evitar actividades prolongadas de escucha como la lectura de cuentos; sustituir por ejercicios más dinámicos.
- Programar actividades dirigidas específicamente a trabajar las FFEE Frías.

Recomendaciones relacionadas con el perfil neuropsicológico de las participantes:

- Ajustar las sesiones a las dificultades concretas de cada participante.
- Evaluar sistemáticamente las FFEE antes del programa para individualizar los objetivos (por ejemplo, diseñar módulos alternativos para participantes con TDAH o CI límite).
- Tener en cuenta que ciertos comportamientos (como la impulsividad) pueden ser evolutivos y no necesariamente atribuibles al ST, por lo que el análisis debe distinguir entre variables de diagnóstico y variables del desarrollo típico.

Recomendaciones relacionadas con la interacción del entorno:

- Implicar al entorno escolar desde el inicio: recogida de información del profesorado, colaboración en tareas o estrategias compartidas.
- Valorar incluir una sesión de observación en el aula o entrevistas con profesorado como parte del protocolo de recogida de datos.
- Mejorar la coordinación con las familias para asegurar la realización de tareas para casa y recoger mejor sus observaciones cualitativas.

Conclusión

El objetivo principal del presente trabajo ha sido evaluar la adecuación del diseño de un programa de HHSS para niñas de entre 6 y 8 años con un Síndrome de Turner en términos de aceptabilidad, viabilidad e impacto.

En cuanto a la aceptabilidad, tanto las niñas como sus familias y los profesionales valoraron positivamente el programa, así se recoge en la Encuesta de Satisfacción final que coincide con las observaciones cualitativas de los profesionales.

Respecto a la viabilidad, el programa pudo implementarse de forma completa, con una correcta adherencia y tolerancia por parte de las niñas, aunque los ajustes en el calendario, el reducido tamaño del grupo inicial y la ausencia del S1 limitaron su aplicabilidad ideal.

En términos de impacto, la mayor progresión en HHSS se observó en la S2 que acudió a todas las sesiones y cuyo perfil neuropsicológico presentaba menores comorbilidades. Reforzando así la necesidad de ajustar con mayor precisión el programa a las necesidades concretas derivadas del ST.

En conclusión, pese a las múltiples limitaciones que presenta el programa, este estudio ofrece una base empírica relevante para continuar desarrollando intervenciones específicas y adaptadas al perfil del ST, tal y como demanda la literatura reciente.

Referencias

- Aguilar, M. J., López, M. C., & Sartori, S. (2010). Autoconcepto y síndrome de Turner: influencia de parámetros biológicos en el desarrollo psicosocial. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(4), 274-283.
- Aguilar, M.J., y López, M. (2008). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: cognición social como mediadora en la interacción social. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. <https://n2t.net/ark:/13683/efue/wO4>
- American Psychological Association (APA). (s.f.). *APA Dictionary*. Recuperado el 24 de junio de 2024 de <https://dictionary.apa.org/turner-syndrome>
- Asociación del Síndrome de Turner (s/f). *What is Turner syndrome? Fact sheet* Recuperado el 30, enero, 2025 de <https://www.turnersyndrome.org/ts-overview>
- Casares, M. I. M. (1997). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar.
- Chadwick, P. M., Smyth, A., & Liao, L.-M. (2014). *Improving Self-Esteem in Women Diagnosed with Turner Syndrome: Results of a Pilot Intervention*. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 129–132. [10.1016/j.jpag.2013.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.004)
- Chaverri Chaves, P., & León González, S. P. (2022). Promoviendo la capacidad de autocontrol en niñas y niños: conceptos y estrategias en contexto. *Innovaciones Educativas*, 24(37). <https://doi.org/10.22458/ie.v24i37.4068>
- Culen, C., Ertl, D.-A., Schubert, K., Bartha-Doering, L., & Haeusler, G. (2017). Care of girls and women with Turner syndrome: beyond growth and hormones. *Endocrine Connections*, 6(R39-R51), R39–R51. <https://doi.org/10.1530/EC-17-0036>
- Duncan, B., Miller S., Hunggins, A. y Sparks, J. (2003) *Escala de Evaluación de la Sesión para Niños Pequeños (EES-NP)*. International Center for Clinical Excellence.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2015). *SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. TEA Ediciones.

- Gravholt, C. H., Andersen, N. H., Conway, G. S., Dekkers, O. M., Geffner, M. E., Klein, K. O., Lin, A. E., Mauras, N., Quigley, C. A., Rubin, K., Sandberg, D. E., Sas, T. C. J., Silberbach, M., Söderström-Anttila, V., Stochholm, K., van Alfen-van derVelden, J. A., Woelfle, J., Backeljauw, P. F., & International Turner Syndrome Consensus Group (2017). Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting. *European journal of endocrinology*, *177*(3), G1–G70. <https://doi.org/10.1530/EJE-17-0430>
- Guaraná, B. B., Nunes, M. R., Muniz, V. F., Diniz, B. L., Nunes, M. R., Böttcher, A. K., Rosa, R. F. M., Mergener, R., & Zen, P. R. G. (2024). Turner syndrome and neuropsychological abnormalities: a review and case series. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, *43*, e2023199. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2025/43/2023199>
- Hong, D., Scaletta Kent, J., & Kesler, S. (2009). Cognitive profile of Turner syndrome. *Developmental disabilities research reviews*, *15*(4), 270–278. <https://doi.org/10.1002/ddrr.79>
- Hutaff-Lee, C., Bennett, E., Howell, S., & Tartaglia, N. (2019). Clinical developmental, neuropsychological, and social-emotional features of Turner syndrome. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*, *181*(1), 126–134. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31687>
- Lepage, J. F., Dunkin, B., Hong, D. S., & Reiss, A. L. (2013). Impact of cognitive profile on social functioning in prepubescent females with Turner syndrome. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, *19*(2), 161–172. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.647900>
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista Argentina de Neuropsicología*, *5*, 15–24.
- López, M. C., & Aguilar, M. J. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: Interacción genes-ambiente. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *29*(2), 318-329. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200009>

- López, M. C., Urquijo, S., Introzzzi, I., Aguilar, M. J., & López Morales, H. (2016). Evaluación diferencial de procesos mnésicos visuoespaciales en el Síndrome de Turner. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(4), 240-248.
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, 1298, 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2006.06.016>
- NICHHD (s.F.). *¿Cuáles son los síntomas del síndrome de Turner?*. NICHHD. Recuperado el 2, febrero, 2025 de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/turner/informacion/sintomas>
- Nigg J. T. (2017). Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(4), 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Ochsner, K. N. (2008). The social-emotional processing stream: Five core constructs for social and affective neuroscience. *Biological Psychiatry*, 64(1), 48–61.
- Premack, David & Woodruff, Guy. (1978). Does a chimpanzee have a theory of mind. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4). 515 – 526 [10.1017/S0140525X00076512](https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512)
- Roberts, A. J. y Fechner, P. Y. (2020). *Description of Turner Syndrome*. En P. Y. Fechner (Ed.), *Turner Syndrome. Pathophysiology, diagnosis and treatment* (pp. 1-12). Springer.
- Sánchez-Cubillo, I., Tirapu Ustárruz, J., & Adrover-Roig, D. (2012). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En J. Tirapu Ustárruz, M. Ríos-Lago, A. García Molina y A. Ardila (Eds.), *Neuropsicología del cortex prefrontal y funciones ejecutivas* (1ra ed., pp. 351-390). Viguera. ISBN 978-84-92931-13-2
- Sartori, M. S., López, M. C., & Aguilar, M. J. (2015). Habilidades sociales: Su importancia en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1161-1181. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77346456013.pdf>

- Sartori, M. S., Urquijo, S., López, M., Said, A., & Alchieri, J. C. (2015). Análisis de perfiles de personalidad en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Interdisciplinaria*, 32(1), 73-87. Recuperado en 01 de febrero de 2025, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272015000100004&lng=es&tlng=es.
- Sartori, M. S., Zabaletta, V., Aguilar, M. J., & López, M. (2013). Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: Estudio diferencial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista de Ciencias Sociales*, 8(2), 1-25. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2013.0802.02>
- Schmidt, P. J., Cardoso, G. M., Ross, J. L., Haq, N., Rubinow, D. R., & Bondy, C. A. (2006). Shyness, social anxiety, and impaired self-esteem in Turner syndrome and premature ovarian failure. *JAMA*, 295(12), 1374–1376. <https://doi.org/10.1001/jama.295.12.1374>
- The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Recuperado de <https://www.jamovi.org>.
- Tirapu-Ustárrroz, J., & Luna-Lario, P. (2008). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Manual de neuropsicología*, 219-249.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.
- Wolstencroft, J., Mandy, W., & Skuse, D. (2018). Protocol: New approaches to managing the social deficits of Turner Syndrome using the PEERS program. *F1000Research*, 7, 1864. <https://doi.org/10.12688/f1000research.15489.2>
- Wolstencroft, J., Mandy, W., & Skuse, D. (2022). Mental health and neurodevelopment in children and adolescents with Turner syndrome. *Women's Health*, 18, 17455057221133635. <https://doi.org/10.1177/17455057221133635>
- Zelazo, P. D., & Carlson, S. M. (2012). Hot and cool executive function in childhood and adolescence: Development and plasticity. *Child Development Perspectives*, 6(4), 354-360. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00246.x>

Anexo 1

Consentimiento informado para los padres/tutores de las participantes menores de edad

Yo,.....Nombre, apellido y DNI),
padre/madre/tutor/a de

- He podido hacer todas las preguntas que he considerado sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado, si ha sido necesario, con: Isabel Rodríguez Cuenca.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin temer ningún represalia negativa.
- Presto libremente mi conformidad para que mi hija participe en el estudio.
- No se procederá a hacer ninguna grabación en esta investigación.

Fecha:

Firma de aceptación de la participante
Investigador Principal

Firma del



Anexo 2

Consentimiento por asentimiento informado de las participantes menores de edad

Durante unos meses, nos vamos a estar viendo todos los viernes en este grupo para trabajar emociones, problemas que tenéis en casa, dificultades con las amigas y otras cositas que os puedan estar poniendo tristes.

Tienes que saber que aquí solo vamos a trabajar si tú quieres. Esto quiere decir que, si en algún momento no estás cómoda o ya no quieres venir, puedes decírnoslo a nosotras o a papá y mamá y sin problema no venir más.

También es importante que sepas que puedes hacernos todas las preguntas que quieras y que si hay cualquier actividad que no entiendas nos lo puedes preguntar.

¿Te parece bien? Mira si te parece que sí, escribe en la siguiente cajita tu nombre.

Nombre de la participante

Firma del Investigador Principal



Anexo 3



Madrid, 13 de noviembre de 2024

Dictamen 021/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "INTERVENCIÓN EN NIÑAS CON SÍNDROME DE TURNER A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES EN GRUPO", presentado por D^a. Isabel Rodríguez Cuenca en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son niñas diagnosticadas de Síndrome de Turner. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación las participantes podrán mejorar su calidad de vida y el desarrollo de sus habilidades sociales. No existen riesgos para las participantes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Las participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informadas de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. Los padres, madres o tutores autorizarán la participación de las menores; éstas además prestarán asentimiento. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de las participantes no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez
Presidente

Dr. Raúl González Fabre
Secretario

Anexo 4

Índices de evaluación SENA para familias

ESCALAS DE CONTROL

- INC** Inconsistencia
- NEG** Impresión negativa
- POS** Impresión positiva

INDICES GLOBALES

- GLO** Índice global de problemas
- EMO** Índice de problemas emocionales
- CON** Índice de problemas conductuales
- EJE** Índice de problemas en las funciones ejecutiva
- REC** Índice de recursos personales

ESCALAS DE PROBLEMAS

Problemas interiorizados

- DEP** Depresión
- ANS** Ansiedad
- ASC** Ansiedad social
- SOM** Quejas somáticas

Problemas exteriorizados

- ATE** Problemas de atención
- HIP** Hiperactividad-impulsividad
- IRA** Problemas de control de la ira
- AGR** Agresión
- DES** Conducta desafiante

Otros problemas

- INU** Comportamiento inusual

ESCALAS DE VULNERABILIDADES

- REG** Problemas de regulación emocional
- RIG** Rigidez
- AIS** Aislamiento

ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES

- SOC** Integración y competencia social
- IEM** Inteligencia emocional
- EST** Disposición al estudio

Nota. Esta imagen es un fragmento de un informe extraídos de los resultados del SENA.

Anexo 5

Índices de evaluación del SENA- Autoinforme

ÍNDICES GLOBALES

- GLO** Índice global de problemas
- EMO** Índice de problemas emocionales
- CON** Índice de problemas conductuales
- CTX** Índice de problemas contextuales

ESCALAS DE PROBLEMAS

Problemas interiorizados

- DEP** Depresión
- ANS** Ansiedad

Problemas exteriorizados

- ATE** Problemas de atención
- HIP** Hiperactividad-impulsividad
- IRA** Problemas de control de la ira
- PCO** Problemas de conducta

Problemas contextuales

- FAM** Problemas familiares
- COM** Problemas con los compañeros

ESCALAS DE RECURSOS PERSONALES

- AUT** Autoestima

Nota. Esta imagen es un fragmento de un informe extraídos de los resultados del SENA.

Anexo 6

NOMBRE DE LA NIÑA:

Fecha:

Questionario de Evaluación y Seguimiento de Conductas relacionadas con las FFEF Frías, la Regulación Emocional y la Cognición social:

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y marque la opción que mejor describa la frecuencia con la que la niña ha realizado estas conductas a lo largo de la semana.

Escala: 1 = Nunca 2 = Raramente 3 = A veces 4 = Frecuentemente 5 = Siempre

1. Ha sido capaz de esperar su turno	
2. Ha regulado su frustración de manera adecuada	
3. Ha mantenido la atención mientras realizaba una tarea (manteniendo la mirada en aquello que realizaba)	
4. Ha seguido reglas y rutinas establecidas	
5. Ha dejado de hacer una actividad placentera cuando se le ha pedido	
6. Ha resuelto conflictos sin recurrir a la agresividad	
7. Ha reconocido y corregido sus errores	
8. Ha mantenido hábitos saludables (por ejemplo, alimentación, higiene, sueño)	
9. Ha sido capaz de postergar una gratificación inmediata	
10. Ha permanecido tranquila y quieta cuando la situación lo requería (sin recurrir a acciones impulsivas)	
11. Ha respetado cuando otros estaban hablando o realizando una actividad sin interrumpir	
12. Ha hablado de manera apropiada sin ser excesivo	
13. Ha controlado sus emociones de manera efectiva	
14. Ha mantenido un estado de ánimo estable	
15. Ha tenido reacciones emocionales proporcionadas a las situaciones	
16. Se ha calmado fácilmente después de alterarse,	
17. Ha sido capaz de reconocer emociones propias y ajenas	
18. Ha expresado sus emociones de manera adecuada	
19. Ha mostrado empatía hacia los demás	
20. Ha manejado efectivamente sus relaciones interpersonales	

Nombre de la persona que lo ha rellenado:

Anexo 7

PLANTILLA DE EVALUACIÓN DEL PROFESIONAL:

No se observa (0) Poco frecuente (1) Frecuente (2)

Muy frecuente (3) No se ha dado la ocasión (4)

FFEE Frías

1.	Es capaz de esperar su turno	
2.	Sigue instrucciones	
3.	Mantiene la atención en la tarea.	
4.	Actividad motora	
5.	Desconexión atencional	
6.	Rigidez	

Regulación Emocional

7.	Reconoce emociones propias y las expresa	
8.	Se frustra con facilidad	
9.	Controla sus emociones de manera adecuada	
10.	Cambia rápidamente de humor	

Cognición Social:

11.	Respeto cuando otros están hablando o realizando una actividad	
12.	Reconoce y corrige errores	
13.	Muestra empatía	
14.	Reconoce emociones ajenas	

Habilidades Básicas de Interacción Social

1.	Sonríe y ríe	
2.	Saluda	
3.	Se presenta	

4.	Pide favores	
5.	Dice gracias y por favor	

Habilidades para hacer amigos y amigas

6.	Refuerza a los otros	
7.	Inicia interacciones sociales	
8.	Se une al juego con otros	
9.	Ayuda	
10.	Coopera y comparte	

Habilidades conversacionales

11.	Inicia conversaciones	
12.	Mantiene conversaciones	
13.	Termina conversaciones	
14.	Se une a las conversaciones de otros	
15.	Tiene conversaciones en grupo	

Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones

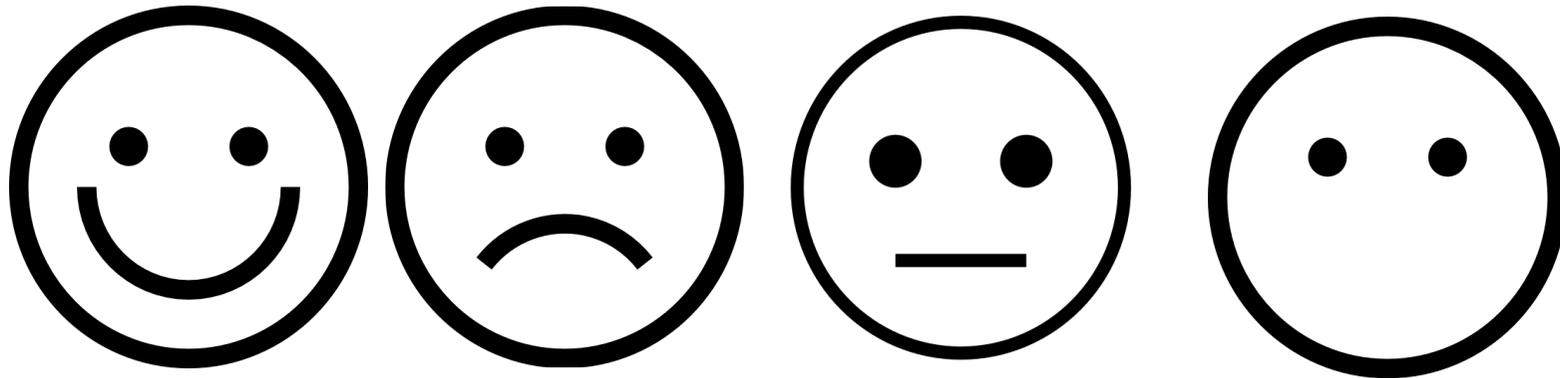
16.	Hace autoafirmaciones positivas	
17.	Defiende los propios derechos	
18.	Defiende sus opiniones	

Anexo 8

Nombre: _____

Fecha: _____

Elige una cara que muestre cómo te ha ido hoy aquí. O si quieres dibuja una cara para enseñárnoslo



Anexo 9

Encuesta de Satisfacción Parental. Programa de Habilidades Sociales UNINPSI.

Satisfacción General del Programa

Por favor, marque la opción que mejor refleje su opinión en relación a los siguientes aspectos del programa.

1. En general, ¿cómo de satisfecho/a está usted con el programa?

- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho

2. ¿Cómo evaluaría la calidad de servicio que ha recibido?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

3. Si un/una amigo/a necesitara ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

- Seguro que sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Seguro que no

4. Si necesitara ayuda otra vez, ¿acudiría de nuevo a nuestro servicio?

- Seguro que sí
- Probablemente sí
- Probablemente no
- Seguro que no

5.Hasta qué punto nuestro programa ha respondido a sus necesidades

- Completamente
- En gran medida
- Un poco
- Nada

6.La atención que ha recibido por parte del equipo terapéutico ha sido

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

7.Considero que la información que he compartido ha sido tratada con respeto

- Mucho respeto
- Bastante respeto
- Suficiente respeto
- Poco respeto
- Muy poco respeto

8.La información proporcionada al inicio del programa ha sido

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

9.La información proporcionada durante el programa (correos informativos, resumen de las sesiones...)

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

10. La comunicación con el equipo terapéutico ha sido

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

11. ¿Cómo de animada acudía su hija a las sesiones?

- Muy animada
- Bastante animada
- Animada
- Poco animada
- Nada animada

Formato de las sesiones, contenidos y metodología

Por favor, marque la opción que mejor refleje su opinión en relación a los siguientes aspectos del programa. Siendo 1 la peor puntuación y 5 la mejor.

12. La duración de las sesiones (1 hr./sem.)

13. El número total de sesiones (8 individuales y 2 conjuntas)

14. El horario (viernes de 17:30 a 18:30)

15. Puntúe la utilidad de los contenidos de las sesiones en relación al objetivo principal del programa (Trabajar las Habilidades Sociales)

	Nada útil	Poco útil	Útil	Bastante útil	Muy útil
Las emociones básicas	<input type="radio"/>				
El miedo	<input type="radio"/>				
El enfado	<input type="radio"/>				
La tristeza	<input type="radio"/>				
La vergüenza	<input type="radio"/>				
Ayudar y pedir ayuda	<input type="radio"/>				
Identificar fortalezas y debilidades	<input type="radio"/>				
Aprender a jugar	<input type="radio"/>				

16. Puntúe la utilidad de las tareas entre semana

	Nada útil	Poco útil	Útil	Bastante útil	Muy útil
Diario de las emociones	<input type="radio"/>				
Fichas	<input type="radio"/>				

Evolución Observada en relación a lo trabajado

17. En general, ¿en qué medida has observado una evolución en tu hija? (1 siendo ninguna evolución y 5 mucha evolución)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Seleccione aquellas áreas en las que hayas notado mayor mejora

- Regulación Emocional General
- Control de la Impulsividad General
- Tolerancia a la frustración
- Gestión de los miedos
- Habilidades Básicas de Interacción Social (saludar, presentarse, decir gracias, por favor...)
- Habilidades conversacionales (iniciar conversaciones, mantener, finalizar...)
- Habilidades relacionadas con dar opinión
- Habilidades para hacer amigas y amigos

19. Seleccione aquellas áreas en las que hayas notado menor mejora

- Regulación Emocional General
- Control de la impulsividad General
- Tolerancia a la frustración
- Gestión de los miedos
- Habilidades Básicas de Interacción Social (saludar, presentarse, decir gracias, por favor...)
- Habilidades conversacionales
- Habilidades relacionadas con dar opinión
- Habilidades para hacer amigas y amigos

Sugerencias y opiniones abiertas

20. Indique cualquier otra cosa que quiera añadir

Anexo 10

Tabla 2

Puntuaciones T (SENA Familia) Pre, Inter y Post Programa (SI) y Diferencias

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	82	55	54	28*	27*	1
Problemas emocionales (EMO)	71	55	50	21*	16*	5
Problemas conductuales (CON)	71	49	56	23*	30*	-7
Funciones ejecutivas (EJE)	79	54	53	26*	25*	1
Recursos personales (REC)	33	58	54	-21*	-25*	4
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	75	52	52	23*	23*	0
Ansiedad (ANS)	71	56	50	21*	15*	6
Ansiedad social (ASC)	51	51	44	7*	0	7*
Quejas somáticas (SOM)	67	55	55	12*	12*	0
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	75	61	57	18*	14*	4
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	78	58	55	23*	20*	3
Control de la ira (IRA)	77	57	62	15*	20*	-5
Agresión (AGR)	74	44	47	27*	30*	-3
Conducta desafiante (DES)	73	46	57	16*	27*	-11*
<i>Otros problemas</i>						
Comportamiento inusual (INU)	106	51	45	61*	55*	6
<i>Vulnerabilidades emocionales</i>						
Regulación emocional (REG)	73	53	49	24*	20*	4
Rigidez (RIG)	63	40	48	15*	23*	-8
Aislamiento (AIS)	74	43	50	24*	31*	-7
<i>Recursos personales</i>						
Integración y competencia social (SOC)	29	57	59	-30*	-28*	-2
Inteligencia emocional (IEM)	41	57	56	-15*	-16*	1
Disposición al estudio ((EST)	43	53	45	-2	-10*	8

*Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD (Mínima Diferencia Detectable)*

Tabla 3*Puntuaciones T (SENA Autoinforme) Pre, Inter y Post Programa (SI) y Diferencias*

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	52	54	51	1	-2	3
Problemas emocionales (EMO)	51	58	55	-4	-7	3
Problemas conductuales (CON)	46	48	46	0	-2	2
Índice de Problemas Contextuales (CTX)	46	47	53	-7	-1	-6
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	48	61	58	-10	-13*	3
Ansiedad (ANS)	53	53	51	2	0	2
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	59	54	50	9	5	4
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	57	44	44	13*	13*	0
Control de la ira (IRA)	51	54	51	0	-3	3
Problemas de conducta (PCO)	43	43	43	0	0	0
<i>Problemas contextuales</i>						
Problemas familiares	50	46	62	-12	4	-16
Problemas con los compañeros	43	48	43	0	-5	5
<i>Escalas de Recursos Personales</i>						
Autoestima	45	51	39	6	-6	12

*Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD*

Tabla 4*Puntuaciones T (SENA Familia) Pre, Inter y Post Programa (S2) y Diferencias*

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	42	51	47	-5	-9	4
Problemas emocionales (EMO)	43	51	46	-3	-8	5
Problemas conductuales (CON)	43	50	48	-5	-7	2
Funciones ejecutivas (EJE)	47	55	49	-2	-8	6
Recursos personales (REC)	40	36	35	5	4	1
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	42	47	47	-5	-5	0
Ansiedad (ANS)	44	50	43	1	-6	7
Ansiedad social (ASC)	50	51	47	3	-1	4
Quejas somáticas (SOM)	40	55	51	-11*	-15*	4
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	44	50	49	-5	-6	1
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	47	55	53	-6	-8*	2
Control de la ira (IRA)	46	54	54	-8	-8	0
Agresión (AGR)	44	47	44	0	-3	3
Conducta desafiante (DES)	42	48	48	-6	-6	0
<i>Otros problemas</i>						
Comportamiento inusual (INU)	45	48	45	0	-3	3
<i>Vulnerabilidades emocionales</i>						
Regulación emocional (REG)	58	65	58	0	-7	7
Rigidez (RIG)	43	46	38	5	-3	8
Aislamiento (AIS)	57	57	71	-14*	0	-14*
<i>Recursos personales</i>						
Integración y competencia social (SOC)	49	37	33	16*	12*	4
Inteligencia emocional (IEM)	34	36	39	-5	-2	-3
Disposición al estudio ((EST)	45	45	45	0	0	0

Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD

Tabla 5*Puntuaciones T (SENA Autoinforme) Pre, Inter y Post Programa (S2) y Diferencias*

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	39	47	35	4	-8	12
Problemas emocionales (EMO)	36	43	34	2	-7	9
Problemas conductuales (CON)	42	48	42	0	-6	6
Índice de Problemas Contextuales (CTX)	41	59	44	-3	-18*	15*
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	39	45	39	0	-6	6
Ansiedad (ANS)	36	43	31	5	-7	12*
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	50	50	45	5	0	5
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	49	59	41	8	-10	18*
Control de la ira (IRA)	44	54	44	0	-10	10
Problemas de conducta (PCO)	43	43	43	0	0	0
<i>Problemas contextuales</i>						
Problemas familiares	42	50	46	-4	-8	4
Problemas con los compañeros	43	64	43	0	-21*	21*
<i>Escala de Recursos Personales</i>						
Autoestima	51	57	57	-6	-6	0

Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD

Tabla 6*Puntuaciones T (SENA Familia) Pre, Inter y Post Programa (S3) y Diferencias*

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	63	57	61	2	6	-4
Problemas emocionales (EMO)	54	47	57	-3	7*	-10*
Problemas conductuales (CON)	59	58	57	2	1	1
Funciones ejecutivas (EJE)	72	70	67	5	2	3
Recursos personales (REC)	34	30	41	-7	4	-11*
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	57	50	70	-13*	7	-20*
Ansiedad (ANS)	59	50	52	7	9*	-2
Ansiedad social (ASC)	58	51	59	-1	7	-8*
Quejas somáticas (SOM)	39	39	41	-2	0	-2
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	77	73	65	12*	4	8
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	65	64	63	2	1	1
Control de la ira (IRA)	65	54	57	8*	11*	-3
Agresión (AGR)	47	51	61	-14*	-4	-10*
Conducta desafiante (DES)	62	66	50	12*	-4	16*
<i>Otros problemas</i>						
Comportamiento inusual (INU)	63	69	63	0	-6	6
<i>Vulnerabilidades emocionales</i>						
Regulación emocional (REG)	68	65	62	6	3	3
Rigidez (RIG)	58	58	62	-4	0	-4
Aislamiento (AIS)	71	78	78	-7	-7	0
<i>Recursos personales</i>						
Integración y competencia social (SOC)	41	29	31	10	12*	-2
Inteligencia emocional (IEM)	36	34	39	-3	2	-5
Disposición al estudio ((EST)	38	43	60	-22*	-5	-17*

Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD

Tabla 7*Puntuaciones T (SENA Autoinforme) Pre, Inter y Post Programa (S3)*

Dimensión	Pre	Inter	Post	Pre-Post	Pre-Inter	Inter-Post
<i>Índices globales</i>						
Índice global de problemas (GLO)	38	54	46	-8	-16*	8
Problemas emocionales (EMO)	39	43	46	-7	-4	-3
Problemas conductuales (CON)	40	46	50	-10	-6	-4
Índice de Problemas Contextuales (CTX)	54	53	62	-8	1	-9
<i>Problemas interiorizados</i>						
Depresión (DEP)	42	45	52	-10	-3	-7
Ansiedad (ANS)	38	43	41	-3	-5	2
<i>Problemas exteriorizados</i>						
Atención (ATE)	45	73	45	0	-28*	28*
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	41	77	44	-3	-36*	33*
Control de la ira (IRA)	41	44	54	-13*	-3	-10
Problemas de conducta (PCO)	43	50	46	-3	-7	4
<i>Problemas contextuales</i>						
Problemas familiares	42	46	46	-4	-4	0
Problemas con los compañeros	64	58	74	-10	6	-16*
<i>Escala de Recursos Personales</i>						
Autoestima	57	57	51	6	0	6

Nota. * /Diferencia Puntuaciones T/ > MDD

Anexo 11

Tabla 8

Correlaciones Tau de Kendall (Cuestionario Parental)

Dimensión	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
FFEE Frías	0.403	0.451	0.718*
Regulación Emocional	0.327	0.411	0.074
Cognición Social	0.463	0.488	0.124

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

Tabla 9

Correlaciones Tau de Kendall (Observación Profesional)

Dimensión	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3
FFEE Frías	-0.20	-0.074	0.519
Regulación Emocional	-0.40	0.309	0.182
Cognición Social	0.527	0.265	0.718 **
HHSS Total	-0.2	0.929***	0.214
HHSS Básicas	0.105	0.837*	0.327
HHSS Amigos	0.105	0.718*	0.255
HHSS Conversación	0.316	0.764*	0.327
HHSS Opinión	-0.20	0.926*	-0.327

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