

T-pg 6

R-10944

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ESTRÉS ESCOLAR

EN NIÑAS Y

ADOLESCENTES

CON DIAGNÓSTICO

DE SÍNDROME DE

TURNER

GASPARRI GRACIELA
GOROSTEGUI M ELENA
ZABALETTA VERÓNICA

*Supervisora: Mg. Marcela
López*

*Co-Supervisora: Lic. María
José Aguilar*

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Mar del Plata

Unidad Académica: Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Título del Proyecto: Estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89

Alumnos: Gasparri, Graciela N Mat. 6572/ 04 D.N.I 10.578.290
Gorostegui María Elena Mat. 1415/ 89 D.N.I 20.040.394
Zabaletta, Verónica M. Mat. 6862/ 04 D.N.I 22.007.461

Supervisor: Mg. López, Marcela

Co-Supervisor: Lic. Aguilar, María José

Cátedra de radicación: Biología Humana

Fecha de Presentación:



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
T-PS. G	Donación
	N° INVENTARIO : R-10944

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Gasparri, Graciela N; Gorostegui María Elena y Zabaletta, Verónica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Gasparri, Graciela N. Mat. 6572/ 04; Gorostegui María Elena Mat. 1415/ 89 y Zabaletta, Verónica M. Mat. 862 / 04, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de _____ del año _____

Supervisor

Firma:



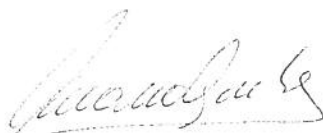
Luz María

Aclaración:

Sello:

Co-Supervisor

Firma:



Aclaración:

Aguilar, María José

Sello:

Evaluación

Quienes suscriben en calidad de supervisora y cosupervisora del presente trabajo de investigación queremos destacar el compromiso, esfuerzo y dedicación de las estudiantes Graciela Gasparri, M. Elena Gorostegui y Verónica Zabaletta al realizar su tesis de grado.

Desde el comienzo se interesaron por conocer los aspectos biológicos, neuropsicológicos y psicosociales que se encuentran afectados en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner, logrando una visión integral que les permitió trabajar dentro de un marco interdisciplinario. Destacándose en su labor responsabilidad y sensibilidad en el trabajo con poblaciones clínicas.

Por otra parte, es importante enfatizar la iniciativa en el establecimiento de contactos con profesionales locales y extranjeros, con la finalidad de ampliar el campo de conocimiento. Asimismo, han demostrado gran capacidad y autonomía en el relevamiento y análisis crítico de la literatura correspondiente a la temática abordada.

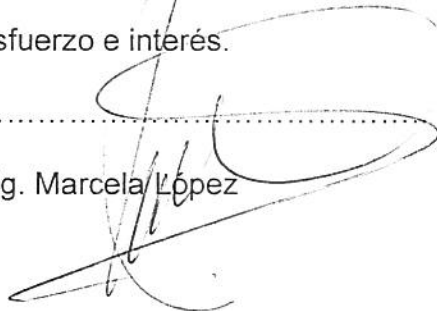
El trabajo en grupo se caracterizó por una excelente capacidad organizativa, de cooperación y coordinación, dando cuenta de un verdadero trabajo en equipo reforzado por un excelente vínculo con los integrantes del equipo de investigación. Cabe destacar la flexibilidad para aceptar críticas y en

función de ellas nutrirse y motivarse en la búsqueda constante de autosuperación.

Durante el desarrollo de la tesis han presentado dos trabajos a congresos: Interpsiquis 2010 y XII Congreso Metropolitano de Psicología (2010) y se han interesado en el abordaje de nuevas líneas de investigación relacionadas con la temática abordada desde donde se desprenderán futuros proyectos de investigación y extensión.

Por todo lo expuesto, consideramos que la labor realizada por las estudiantes Graciela Gasparri, M. Elena Gorostegui y Verónica Zabaletta puede ser calificada como excelente, destacando nuevamente su dedicación, esfuerzo e interés.

Mg. Marcela López



Lic. María José Aguilar



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Gasparri, Graciela N. Mat. 6572/ 04; Gorostegui María Elena Mat. 1415/ 89 y Zabaletta, Verónica M. Mat. 862 / 04.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de Aprobación:

Universidad Nacional de Mar del Plata

Proyecto de Investigación - Requisito Curricular

Plan de Estudios 1989. OCS 143/89.

Apellidos y Nombres: Gasparri, Graciela N. Mat. 6572/ 04 D.N.I 10.578.290
Gorostegui María Elena Mat. 1415/ 89 D.N.I 20.040.394
Zabaletta, Verónica M. Mat. 862 / 04 D.N.I 22.007.461

Cátedra de Radicación: Biología Humana

Supervisor: Esp. Marcela López

Co-Supervisor: Lic. Maria José Aguilar

TITULO DEL PROYECTO

Estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner

El Proyecto Forma Parte de: Autoestima, estrés escolar y ritmo circadiano de cortisol en niños con desordenes genéticos. Evaluación en Síndrome de Turner y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Grupo de Investigación: Comportamiento Humano, Genética y Ambiente. OCA 447.*

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El presente proyecto propone analizar el estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. El estrés, desde el modelo transaccional, se explica como la relación adaptación-desadaptación entre el individuo y el ambiente, en sus múltiples dimensiones físicas, psicológicas y socioculturales. El estrés escolar, un aspecto del estrés social, se manifiesta como un malestar que presentan niños y adolescentes debido a la incidencia de factores físicos, emocionales y ambientales, producto de las relaciones específicas que caracterizan el ámbito escolar. El Síndrome de Turner es una cromosomopatía debida a la ausencia total o parcial de uno de los cromosomas X en el sexo femenino. Las características físicas, neuropsicológicas y psicosociales relacionadas con las particularidades propias del síndrome, distinguen a estas niñas y adolescentes como una población potencialmente vulnerable, en la que este conjunto de factores podrían influir en el desarrollo de estrés escolar.

Palabras clave

Síndrome de Turner – estrés escolar – modelo transaccional – vulnerabilidad psicosocial.

DESCRIPCION DETALLADA

Motivo y antecedentes

La Teoría General de los Sistemas y la Epistemología constructivista conciben al ser humano como un ser bio-psico-social, un sistema abierto, jerárquicamente estructurado en un sistema complejo mayor, que comprende al individuo y su entorno, a la vez un ser proactivo, constructor permanente de significados, en un medio que se crea y re-crea en este proceso (Feixas, 2003; Maturana, 1990).

El modelo transaccional del estrés, se focaliza en la relación adaptación-desadaptación entre el individuo y el ambiente, en sus múltiples dimensiones físicas, psicológicas y socio-culturales. Dicho modelo define esta relación como un proceso dinámico, mediatizado por la evaluación que el sujeto realiza de la situación y por la percepción que tiene de sus propias capacidades para hacer frente a las demandas. Desde el modelo transaccional, la adaptación, implica un equilibrio dinámico, homeostático, entre las demandas y expectativas, entre la situación y las capacidades particulares para responder a tales demandas. La evaluación cognitiva que realiza la persona es determinante, el grado de estrés que experimente dependerá de la magnitud de la discrepancia y de la influencia de otras variables, tales como características psicobiológicas y contingencias situacionales y culturales (Barraza, 2006; Sandín, 2002; González de Rivera y Revuelta, 1994).

Barraza Macías (2006), propone un modelo explicativo, a partir de desarrollos del Modelo Transaccional, cita a Mingote y Pérez en la siguiente definición de estrés:

El estrés es un proceso dinámico, complejo, desencadenado por la percepción de amenazas para la integridad de un individuo y para la calidad de sus relaciones significativas que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual, y mejorar la calidad de la adaptación al medio.

Sandín (2002) aporta una mirada social, al considerar la implicancia de las condiciones sociales tanto en el origen como en las consecuencias del desarrollo del estrés: “el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de estilos de vida”.

En el contexto escolar, se encuentran factores de tipo social y factores propios de lo escolar, que influyen en el desarrollo de estrés en los niños. El tránsito por el nivel educativo,

implica la integración en una institución, asumiendo las demandas y exigencias que esta plantea, en dos niveles: el de la institución en su conjunto y el del aula en particular.

El estrés escolar, es definido por Martínez Días & Días Gómez (2007) como “el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos y emocionales, ya sea de carácter interrelacional, intrarrelacional o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual, para afrontar el contexto escolar”. El estrés cuando se manifiesta en la infancia presenta síntomas físicos (dolor de cabeza, molestia estomacal, pesadillas, enuresis, etc.) y psicológicos (preocupaciones, miedos, tensión, dependencia, dificultad para controlar las emociones, aislamiento, entre otros).

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico no heredable, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. La incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas vivas (Murphy, Mazzocco, Gerner, & Henry, 2006). Si bien el fenotipo externo es muy variable, ciertos rasgos físicos presentan un mayor índice de prevalencia poblacional, tales como: talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de la maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos, 2003).

En cuanto a los aspectos neurocognitivos, la literatura revela que las personas con diagnóstico de ST no presentan dificultades en las habilidades verbales y las capacidades intelectuales. Sin embargo, se han reportado dificultades en diversos procesos de aprendizaje debido a problemas en memoria de trabajo y funcionamiento ejecutivo, especialmente en tareas que requieren control de la impulsividad y automonitoreo (Ross, Roeltgen, & Zinn, 2006). Se han observado, también, déficit en las habilidades visuoespaciales, en tareas visuomotoras y de manipulación de información relación-espacial; registrándose dificultades para generar y/o comprender conceptos abstractos, planificar y llevar a cabo tareas complejas y mantener la atención activa (Del Alamo, 2006). Asimismo presentan inmadurez, retraimiento social y baja autoestima. Sin embargo, en el ST, no es frecuente que exista retraso mental característico de muchos otros trastornos genéticos. Esta particularidad, les permite percibir y elaborar las diferencias atribuibles al síndrome. (Danielewicz & Pisula, 2005; Alpera Lacruz, et al., 2003)

El retraimiento social sumado a las dificultades en el aprendizaje, puede acentuar su vulnerabilidad en el momento de enfrentar situaciones escolares que pueden resultarles amenazantes. Por lo expuesto, el presente proyecto propone abordar el estrés escolar, analizando posibles indicadores poblacionales del mismo en una población potencialmente vulnerable de niñas y adolescentes con ST, con el propósito de establecer diferencias y/o convergencias con la población general.



Objetivo General

Analizar estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.

Objetivos particulares

- Reconocer indicadores poblacionales de estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Establecer el grado de percepción de estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Identificar indicadores específicos del Síndrome de Turner que generen estrés escolar.

Métodos y Técnicas

El presente proyecto se implementará a través de un diseño no-experimental, analítico y transversal. La población estará compuesta por niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner escolarizadas de la ciudad de Mar del Plata. Se excluyen niñas con enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación y con retraso mental moderado o grave. La participación en el trabajo será voluntaria y sujeta al consentimiento informado de sus padres.

Metodológicamente, para la determinación de *estrés escolar*, se aplicará el Test: *Cuestionario para el estrés escolar* (QSS), compuesto por 35 ítems en un formato valorativo de escala tipo Likert, sobre las variables del estrés y sus indicadores, que consta de tres sub-escalas. La primera (20 ítems), contempla factores emotivos – emocionales. La segunda (8 ítems) examina la tensión interpersonal. La tercera (7 ítems) evalúa aspectos sociales de autoestima y adaptación independientemente de los resultados escolares. Los datos serán sometidos a un análisis estadístico descriptivo, acorde con los objetivos propuestos.

Paralelamente se propone realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva de posibles indicadores poblacionales de estrés escolar con relación al modelo de estrés propuesto según el marco teórico de referencia.

Lugar donde se realizará el trabajo

Facultad de Psicología y Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata que atienden niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.

Cronograma de Actividades

Meses

Actividad	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Revisión de la literatura	x	x	x	x	x	x
Análisis bibliográfico	x	x	x			
Desarrollo del marco teórico			x	x		
Obtención de la muestra		x	x			

Aplicación del instrumento (QSS)			x	x		
Análisis de los datos obtenidos				x	x	
Elaboración Informe final					x	x

Bibliografía citada consultada

- Alpera Lacruz, R., Borrás Pérez, M.V., Labarta Aizpún J. I., López Sigüero, J. P., & Martín Delgado, I. (2003). Síndrome de Turner. *Libro de Consenso de SEEP (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica)*, (12) 1-21
- Barraza Macías, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. Recuperado el 1º de Diciembre de 2008, de www.psicologiacientifica.com.
- Danielewicz, D. & Pisula, E. (2005). Self-esteem evaluation of girls of Turner syndrome. *Annales Uiversitatis Mariae Curie- Skłodowska*, 9 (16), 72.
- Del Alamo, A. (2006). Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner. Recuperado el 23 de febrero de 2009 de www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia* 14 (56), 107-112
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (1994). Estrés, homeostasis y enfermedad. *Psicología Médica*. (45), 1-7 Ediciones Seva /Ino Reproducciones. Zaragoza recuperado el 28 de Noviembre de 2008 de http://www.psicoter.es/art/94_C040_07.pdf
- Maturana, H. (1990). *El árbol del conocimiento*. Debate: Santiago
- Martínez Días, E. S. & Días Gómez, D. A. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y educadores*, 10 (2), 11-22.
- Murphy, M. M., Mazzocco, M., Gerner, G & Henry, A. E. (2006). Mathematics learning disability in girls with Turner syndrome or fragile X syndrome. *Brain and cognition*, 61 (2), 195-210.
- Ramos, F. J. (2003). Síndrome de Turner: manifestaciones clínicas. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Curso de Formación de Posgrado*, (9) 1-12.
- Ross, J. L. & Roeltgen, D. (1996). Self-concept and behavior in adolescent girl with Turner Síndrome: potencial estrogen effects. *J Clin. Endrocr. Metab.*, 81, 926-931.
- Sandín, B. (2002). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 3/2003, (1), 141-157



Firma del Supervisor



Firma del Co-Supervisor



Firma del/los alumnos

P/Area de investigación

Resultado de la Evaluación:

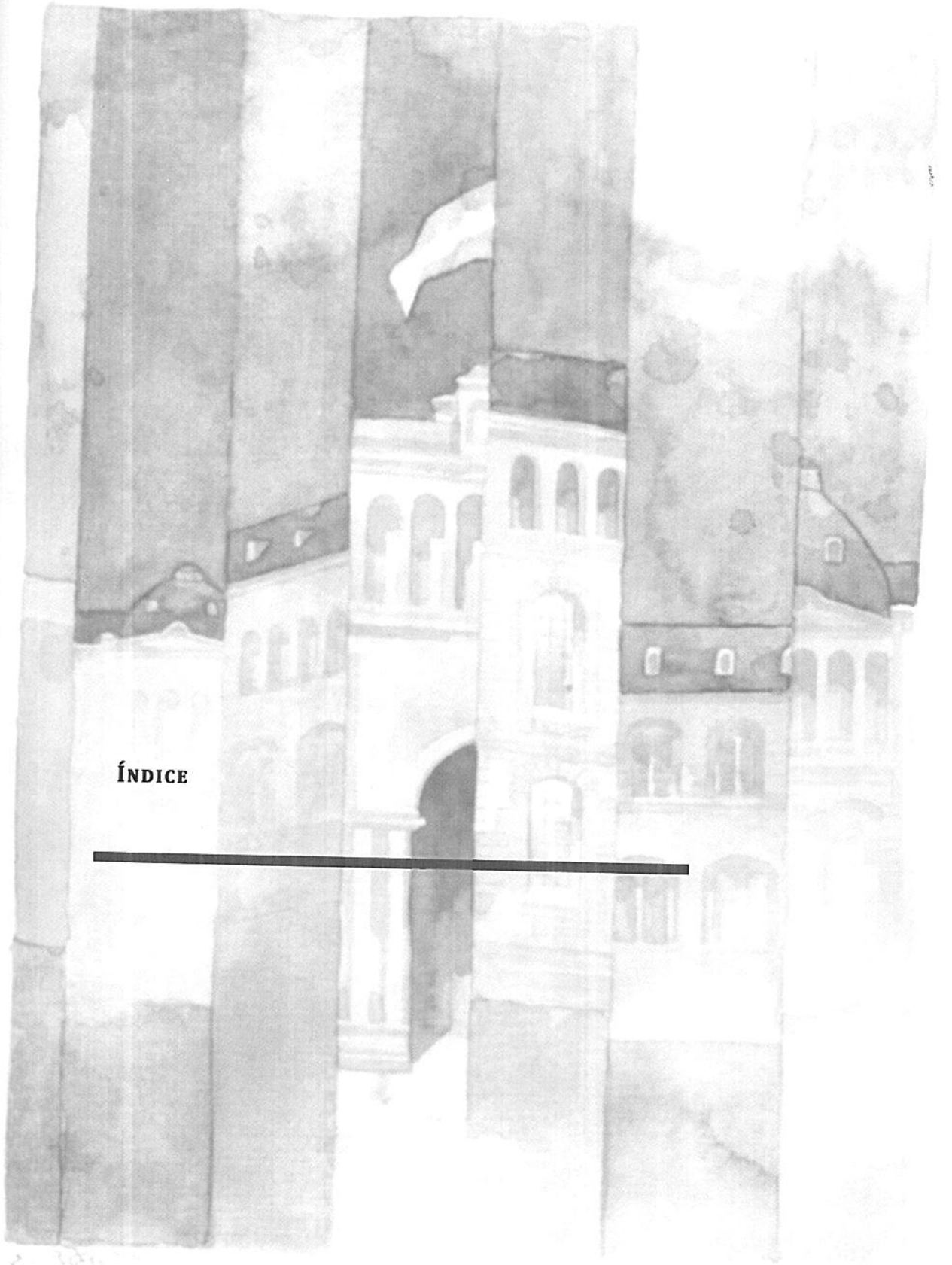
APROBADO

Fecha

18/8/09

Esp. LILIANA BARRER





ÍNDICE

INDICE

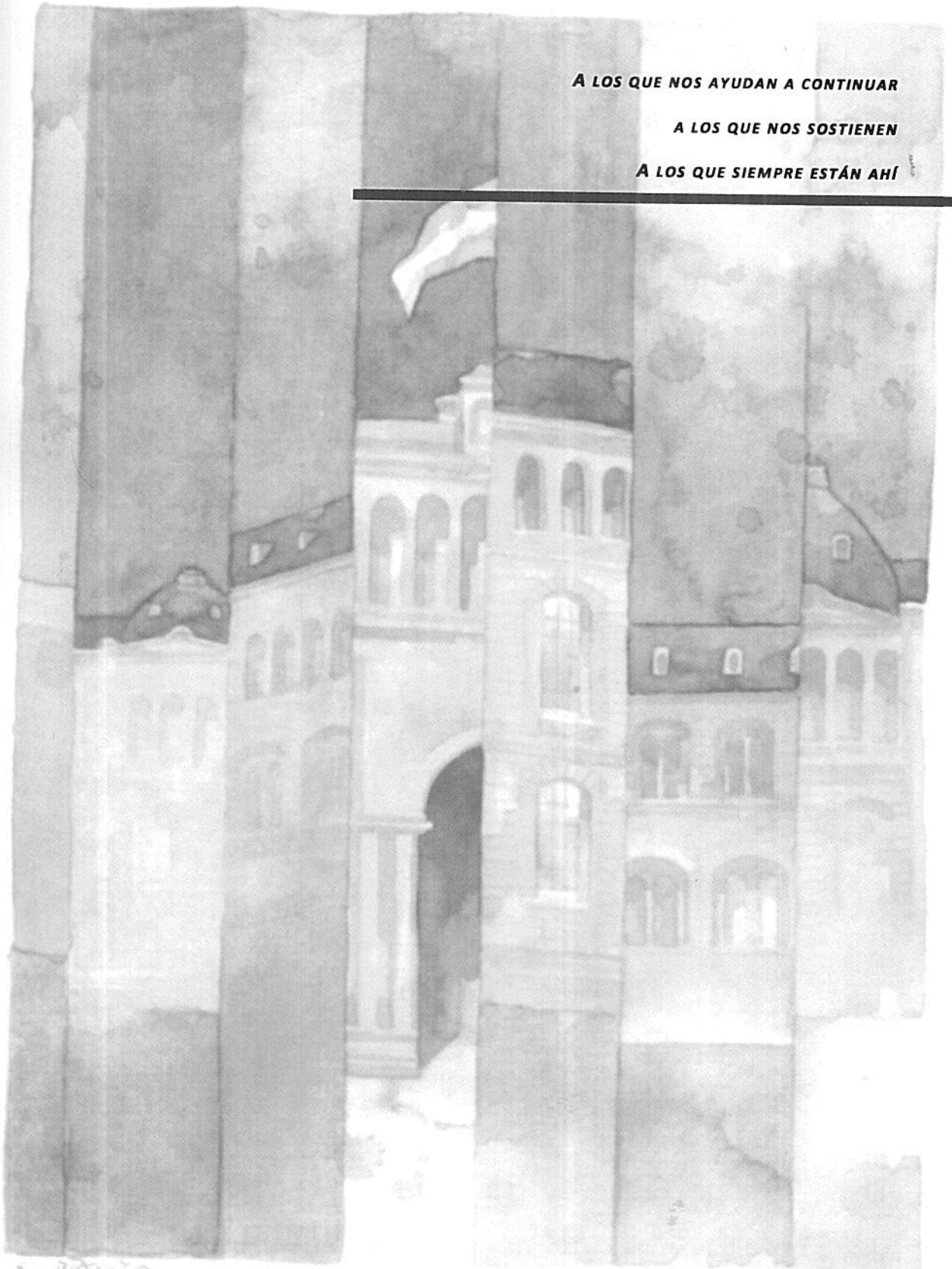
Introducción	pág. 1
Primera Parte – Líneas Teóricas	pág. 5
1.1 Marco Epistémico	pág. 5
1.2 Estrés	pág. 10
1.2.1 Desarrollo del Concepto.	pág. 10
1.2.2 Líneas de Investigación en Estrés.	pág. 12
1.3 Síndrome de Turner	pág. 17
1.3.1. Etiología	pág. 17
1.3.2. Características Clínicas	pág. 18
1.3.3. Características Psicológicas	pág. 18
1.3.3.1. Aspectos neuropsicológicos	pág. 19
1.3.3.2. Aspectos psicosociales	pág. 21
Segunda Parte – Investigación	pág. 25
2.1 Objetivos	pág. 25
2.1.1. Objetivo General	pág. 25
2.1.2. Objetivos particulares	pág. 25
2.2 Diseño metodológico	pág. 25
2.2.1 Participantes	pág. 25
2.2.1.1 Conformación de grupos	pág. 25

2.2.1.2. Descripción de los participantes	pág. 26
2.2.2. Instrumentos	pág. 27
2.2.3. Procedimiento	pág. 29
2.3 Resultados	pág. 31
Discusión y Conclusiones	pág. 38
Referencias Bibliográficas	pág. 44
Anexo (encuestas)	pág. 52

A LOS QUE NOS AYUDAN A CONTINUAR

A LOS QUE NOS SOSTIENEN

A LOS QUE SIEMPRE ESTÁN AHÍ



E. BOLAÑOS

09-

A watercolor illustration of a building facade, possibly a school or university building, with a flag flying from a pole. The drawing is done in shades of grey and blue, with a soft, painterly style. The building has multiple stories with arched windows and a central entrance. The flag is white with a dark cross or emblem. The overall mood is somewhat somber or academic.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**ESTRÉS ESCOLAR
EN NIÑAS Y ADOLESCENTES
CON DIAGNÓSTICO
DE SÍNDROME DE TURNER**

GASPARRI GRACIELA

GOROSTEGUI M ELENA

ZABALETTA VERÓNICA

Supervisora: Mg. Marcela López

Co-Supervisora: Lic. María José Aguilar

ESTRÉS ESCOLAR EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

En la actualidad la Psicología considera como desafío la investigación de la influencia del ambiente y su posibilidad de modificar, en algún grado, la expresión de la información genética. Si bien los factores genéticos desempeñan un papel fundamental en el incremento de la vulnerabilidad de una determinada población, la investigación en genética del comportamiento ha confirmado que la condición genética de base y el ambiente trabajan juntos en relación al predominio de factores de riesgo.

Es la relación dialéctica entre factores ambientales y configuraciones genéticas, lo que permite como resultado diferentes expresiones fenotípicas. No hay correlación directa entre genotipo y fenotipo, la particular combinación de factores genéticos y ambientales produce resultados específicos y variados. Si bien, cada gen, a través del proceso de transcripción determina si se expresará o no en ciertos rasgos físicos o psicológicos, los factores ambientales internos y externos alteran la unión de los reguladores de transcripción. Esto determina que la expresión del rasgo dependa también, del contexto social, familiar y educacional en el que se desarrolla el individuo.

Según Bleichmar (2004) cada persona experimenta su entorno de manera particular y es esta experiencia la que produce interacciones entre los genes y el ambiente, el modo en que se experimenta el entorno actúa



como filtro en la expresión del genotipo en fenotipo, es el que traduce el potencial genético en personalidad y conducta.

Trastornos genéticos como el Síndrome de Turner (ST) permiten dar cuenta de esta interacción genotipo-ambiente, considerando que si bien es un trastorno de etiología genética, el ambiente cumple un papel importante en la expresión del fenotipo. El ST es una alteración genética, no heredable, caracterizada por la ausencia parcial o total de uno de los cromosomas X en el sexo femenino. Su incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas vivas. Los síntomas físicos más frecuentes en mujeres con este diagnóstico son baja estatura, cuello alado, disgenesia gonadal y cúbito valgo, signos que suelen ir asociados a otras anomalías, como cardiopatías y afecciones renales. Cognitivamente tienen dificultades en el procesamiento visuoespacial, en la integración de la información, en la memoria de trabajo y la atención.

Este trastorno no está asociado típicamente a retraso mental (Puga Gonzalez, 2003). La posibilidad de tener un desarrollo cognitivo similar a otras niñas, les permite identificar las características que las diferencian de sus pares. La forma de percibirse suele incidir en su autoestima, su forma de vinculación con los otros y sus estrategias de afrontamiento.

Las características físicas, neuropsicológicas y psicosociales relacionadas con las particularidades propias de la expresión del síndrome, posicionan a estas niñas y adolescentes como una población

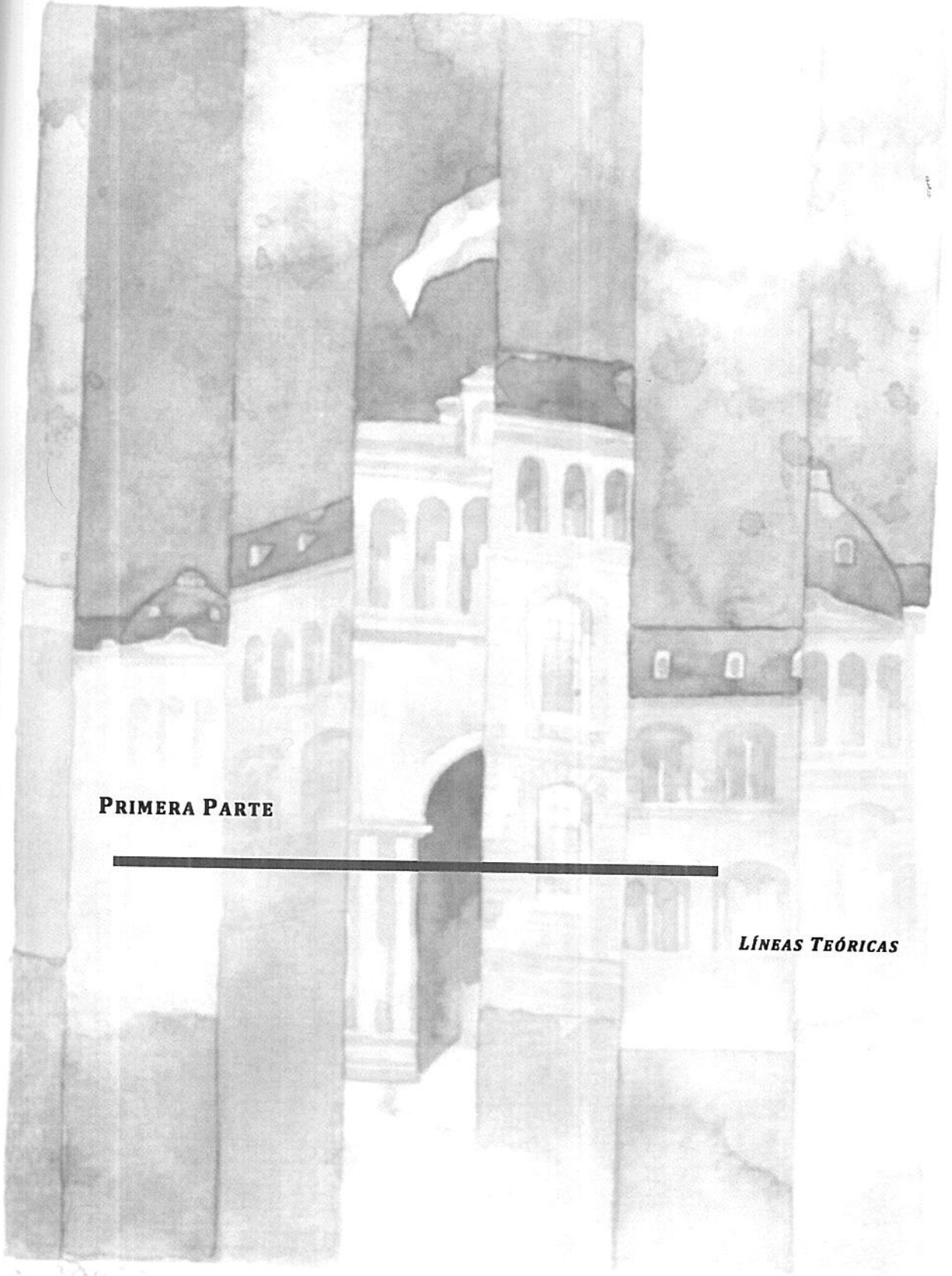
potencialmente vulnerable al estrés escolar. Esta vulnerabilidad depende, entonces, de la confluencia de factores físicos, psicológicos, familiares, sociales y educacionales que se expresan en un fenotipo particular en cada niña y pueden funcionar como factores protectores o factores de riesgo para su desarrollo.

Los modelos teóricos actuales defienden que no existe un conjunto aislado de factores responsables de un desarrollo inadecuado y consideran que las probabilidades de un incremento en la aparición de episodios traumáticos para un niño o adolescente es consecuencia de una descompensación entre los factores de riesgo y protección presentes en el contexto de desarrollo. En estos modelos se señala la importancia de analizar no sólo dichos factores sino también los procesos o mecanismos que explican la relación que guardan entre ellos. (Lorence Lara, 2008).

Se consideran factores de riesgo a las circunstancias que predisponen a las personas hacia desajustes de diverso tipo. Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo infantil y adolescente se pueden citar el aislamiento social, la relación paterno-filial maltratante y la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los contextos donde se desarrollan (Oliva, Parra, Sanchez-Queija & Lopez, 2007). El modelo transaccional de estrés, se focaliza en la relación adaptación-desadaptación entre el individuo y el ambiente, en sus múltiples dimensiones físicas, psicológicas y socio-culturales. Dicho modelo define esta relación como un proceso

dinámico, mediatizado por la evaluación que el sujeto realiza de la situación y por la percepción que tiene de sus propias capacidades para hacer frente a las demandas. El grado de estrés que experimente dependerá de la magnitud de la discrepancia y de la influencia de otras variables, tales como características psicobiológicas y contingencias situacionales y culturales.

En el contexto escolar, se encuentran factores de tipo social y factores propios de lo escolar, que influyen en el desarrollo de estrés en los niños. El tránsito por el nivel educativo, implica la integración en una institución, asumiendo las demandas y exigencias que esta plantea, en dos niveles: el de la institución en su conjunto y el del aula en particular. La presente investigación propone abordar el estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, desde un modelo transaccional, analizando posibles indicadores poblacionales del mismo, con el propósito de establecer diferencias y/o convergencias con la población general.



PRIMERA PARTE

LÍNEAS TEÓRICAS

1.1 *Marco Epistémico*

El presente trabajo se orienta en la interpretación del hombre como un ser bio-psico-socio-cultural. Un sistema abierto y complejo, jerárquicamente estructurado en sí mismo y a su vez en un sistema complejo mayor que comprende al individuo y su entorno material y socio-cultural. Los lineamientos de Humberto Maturana, aportan argumentos para dar cuenta de la complejidad inherente a todo desarrollo humano: "Sistema es un concepto generador que trasciende al componente y sus relaciones" (Maturana, 1990).

La Teoría General de los Sistemas es una propuesta, teórico-metodológica, que permite abordar la complejidad en todas sus dimensiones, como unidad dialógica todo-parte en un entramado de relaciones constitutivas y constituyentes:

...es el caso de no poder explicar la herencia genética a partir del estudio de un organismo, pero, a su vez es imposible explicar el comportamiento de un organismo superior a través de un gen...el organismo va surgiendo en una historia...Las condiciones genéticas constituyen la estructura inicial del organismo, el fundamento para el desarrollo, la epigénesis, pero no determina el curso de la epigénesis

porque este va surgiendo como un fenómeno histórico... (Villamil, 2005).

Maturana y Varela explican que los cambios estructurales, de los sistemas vivos, son actos de cognición...en el que un organismo individual responde con cambios de estructura a la acción o interacción con el medio...En otras palabras, el mundo, (la realidad), no nos está ahí dada para ser interpretada, sino que el mismo se revela en la medida que la red de cada individuo interactúa y se transforma en esa interacción con ese mundo.. (Villamil, 2005)

Por otro lado, desde las teorías constructivistas, pueden establecerse ciertas coincidencias con los postulados básicos de Maturana, que pese a sus diferentes procedencias teóricas, comparten la resistencia a considerar una visión determinista de los procesos cognitivos humanos.

Siguiendo el modelo de hombre propuesto, a partir de los aportes de los postulados de Guillermo Feixas desde la epistemología constructivista, se entiende que los seres vivos tienen por actividad básica la construcción de la realidad en la que viven, a la cual, a su vez, tienen que adaptarse para sobrevivir y evolucionar. Ese acto permanente es conocimiento, interpretación de la realidad, significación de la experiencia; así cognición y vivir se implican mutuamente. "En el proceso de construir significados

ocurren pensamientos, emociones, imágenes, conductas, etc...y la relación no hay que buscarla directamente entre estos fenómenos sino en el significado construido mediante ellos" (Feixas, 2003).

Se destaca, entonces, el carácter procesual de la cognición, así como la construcción de la identidad que se encuentra implícita en dicho proceso. Ampliando, así, la concepción de ser humano, en tanto ser proactivo: un constructor permanente de significados, en un medio que se crea y re-crea en este proceso.

Hasta el presente, esta concepción del ser humano se ha visto escasamente representada en las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, en las que han predominado los temas relacionados con aspectos patológicos o deficitarios del individuo. Sin embargo, un nuevo campo de investigación se ha abierto en los últimos años, a través de un cambio paradigmático, constituido por el enfoque salugénico (Antonovsky, 1988). Dicho enfoque se centra en el estudio de los factores que intervienen en el logro del bienestar psicológico para favorecer el desarrollo de las potencialidades individuales.

Antonovsky (1988) intenta esclarecer cómo se realiza la adaptación activa del sujeto al medio ambiente, estableciendo la relación entre las condiciones reales en las que éste tiene que actuar, que en ocasiones pueden generar gran tensión y la capacidad del mismo para superarlas, sobrevivir y evolucionar sin enfermar. Para ello afirma que es

imprescindible superar la concepción de la salud y de la enfermedad como una dicotomía. Considera en cambio que dichos estados pueden ubicarse a lo largo de un continuum, en diferentes grados y en estrecha relación con las condiciones de vida particulares, con los recursos del individuo para afrontarlas y sobre todo con la percepción que éste tiene de dichos recursos.

Este enfoque considera que la incidencia de la percepción subjetiva es determinante en el desarrollo de aspectos psicopatológicos, neutrales o salugénicos en el ser humano, acentuando o disminuyendo su grado de vulnerabilidad. Los casos en los que la evolución de un determinado fenómeno, no se corresponde con los parámetros esperables, adquieren una especial relevancia para esta teoría, ya que podría revelar cuáles son las condiciones particulares de desarrollo, que en cada caso permiten la superación de un estado inicial poco favorable.

Esta particular mirada sobre el ser humano y el desarrollo de los fenómenos psicológicos tiene como correlato diversos enfoques que tienden al estudio multiparadigmático, multidisciplinario e integrado de dichos fenómenos. Entre ellos la propuesta unificadora de Steimberg & Grigorenko (2001), coincide metodológicamente con la postura epistemológica desarrollada, al considerar que no hay una perspectiva correcta para el abordaje de los fenómenos psicológicos básicos:

La Psicología Unificada, entonces, significa dejar de lado un único paradigma a favor del uso de cualquier paradigma que pueda ayudar a esclarecer un problema. Múltiples paradigmas pueden contribuir al entendimiento de un único fenómeno psicológico, mientras que limitarse a uno sólo, disminuye la propia habilidad para comprender completamente el fenómeno de interés.

Desde esta perspectiva no se invalidan ni desconocen otros desarrollos; sino que se hace hincapié en el abordaje multiparadigmático, como forma integral de comprensión de los fenómenos.

La Psicología unificada, significa por lo tanto abandonar una sola aproximación disciplinar a favor de un enfoque multidisciplinario, integrado, en el cual los problemas, antes que las subdisciplinas, se convierten en la base para el estudio de la psicología. Se elige un enfoque disciplinar particular dada su utilidad en el estudio de un fenómeno psicológico, en vez de elegir un problema psicológico particular por estar incluido en la subdisciplina en términos de la cual cada uno se define a sí mismo. (Stenberg & Grigorenko, 2001)

1.2 Estrés

1.2.1 Desarrollo del Concepto.

El estrés es un término con múltiples definiciones y a partir de ellas con diversas modelizaciones posibles para su abordaje. Se distinguen unas de otras según la preponderancia de alguna de las posibles dimensiones de análisis del fenómeno: biológica, psicológica y social.

El modelo Transaccional de Estrés introduce la mediación cognitiva como pieza fundamental en el desarrollo de estrés, es por ello un modelo abarcativo en tanto permite el acercamiento a las tres dimensiones antes mencionadas sin que se excluyan mutuamente.

Este modelo desarrollado por Cohen & Lazarus (1983), considera que la interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos: "...no es el suceso medioambiental, ni la respuesta de la persona por separado lo que define al estrés, sino la percepción que tiene el individuo de la situación psicológica" (Lazarus & Folkman, 1986).

Antonovsky (1988) también propone un enfoque transaccional del estrés en el mismo sentido que le dan Lazarus & Folkman. Para él, la apreciación cognitiva del estresor es el resultado de una orientación generalizada que se estabiliza al llegar a la adultez, y que no es necesariamente producto de la situación inmediata presente. Para ambas perspectivas, la percepción de la situación incluye: "los peligros

potenciales, amenazas y desafíos, así como la capacidad del individuo para afrontar dichas situaciones” (Brannon, 2001).

Según Barraza Macías (2006), Sandín (2003) y González de Rivera y Revuelta (1994) el modelo transaccional del estrés se focaliza en la relación adaptación-desadaptación entre el individuo y el ambiente, en sus múltiples dimensiones. Dicho modelo define esta relación como un proceso que implica un equilibrio dinámico, homeostático, entre las demandas y expectativas y entre la situación y las capacidades particulares para responder a tales demandas. El grado de estrés que experimente el individuo dependerá de la magnitud de la discrepancia entre ambas, así como de la influencia de otras variables, como por ejemplo sus características psicobiológicas y otras contingencias situacionales y culturales.

Barraza Macías (2006), a partir de desarrollos del Modelo Transaccional, propone un modelo explicativo de estrés que se da en términos de proceso. Este proceso conlleva una serie de etapas y se inicia en el individuo mismo por la percepción de amenaza a su propia integridad. En primer lugar realiza una evaluación de la situación que puede ser considerada como estresante, positiva, controlable o simplemente irrelevante. En el caso de ser considerada estresante, el individuo lleva a cabo una segunda etapa evaluativa en relación con el alcance de los propios recursos. De contar con estrategias de afrontamiento adecuadas, la

situación deja de ser calificada por el individuo como estresante. En consecuencia, el desarrollo de dichas estrategias, le permitirán enfrentar, minimizar, dominar o tolerar las demandas que se generan a partir de dicha situación.

1.2.2 Líneas de Investigación en Estrés.

El estrés no es una manifestación privativa de los adultos, las manifestaciones de estrés infantil, han sido también investigadas. Según Inzunza (2007) los niños suelen tener dificultades para expresar que están soportando una situación de estrés, ante lo cual muestran síntomas que pueden alertar a padres y profesores. Dolor de cabeza, molestia estomacal, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, enuresis y pérdida o disminución del apetito, se encuentran entre los principales síntomas físicos de estrés infantil. También, a nivel psico-social, ansiedad, miedos nuevos o recurrentes; imposibilidad de relajarse, tendencia a aferrarse al adulto, incapacidad para controlar sus emociones: rabia, llanto; comportamiento agresivo, regresión a comportamientos de etapas anteriores; aislamiento tanto del ámbito familiar, como escolar, son posibles manifestaciones de estrés infantil.

Trucco (2002) destaca la importancia de la detección precoz de este fenómeno:

Las manifestaciones de estrés infantil, a modo de estrés acumulado, pueden producir en la vida adulta mayor probabilidad de presentar estrés crónico y mayor frecuencia de eventos vitales adversos, con lo cual la niñez y la adolescencia son las etapas claves para una intervención preventiva.

Oros y Vogel (2005) concluyen en su estudio que, en la infancia los estresores se encuentran más relacionados con el núcleo familiar en los niños pequeños y con el entorno escolar en niños mayores. En adolescentes los factores preponderantes se relacionan con los cambios corporales y con la interacción con pares y con el sexo opuesto. En este mismo estudio, determinaron que, a pesar de no obtener diferencias significativas entre niños y niñas, observaron mayor frecuencia de estresores en las niñas, siendo éstas más vulnerables a estresores de contenido social y emotivo.

Coincidentemente en el estudio de Magaz Lago, García Perez & Sandin (1998), las diferencias entre niños y niñas con respecto a las variables estrés y problemas de ansiedad son estadísticamente significativas. En todos los casos las niñas presentan valores más elevados de estrés. En cuanto a la relación entre edad y desarrollo de estrés, los niveles del mismo aumentan con la edad, con oscilaciones en el intervalo de 12 a 15 años. Esta investigación también establece que los sujetos con mayores niveles

de ansiedad y estrés, presentan mayores dificultades en la adaptación familiar, personal y escolar.

Entre las investigaciones sobre estrés, existe desde hace unos años una corriente que focaliza su mirada en los factores psicosociales, tanto en el origen de situaciones de estrés como en las consecuencias. Sandín (2002) expresa: "...el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de estilos de vida".

Cuando se conceptualiza el estrés social, se hace referencia a situaciones que cursan con manifestaciones biológicas y conductuales, que en esta sociedad moderna se originan, en la mayoría de los casos, por amenazas de tipo simbólico más que físico; con el inconveniente que a esta amenaza simbólica no se le contrapone una acción reparadora exteriorizada, como por ejemplo la lucha –huida, quedando el organismo fisiológicamente preparado para una acción que nunca se realiza.

Como ha señalado Mechanic (en Sandin, 2002) el concepto de estrés hay que entenderlo desde el nivel colectivo, ya que la capacidad de la persona para hacer frente a los problemas está influida por las instituciones de la sociedad, tales como la familia o la escuela, organizaciones diseñadas para desarrollar las habilidades y competencias necesarias para afrontar las exigencias de la sociedad.

Desde que nace hasta que muere, el ser humano se encuentra inmerso en una sociedad organizacional, en estrecho contacto con los sistemas organizacionales que la componen. Esta característica de la sociedad actual hace imperiosa la necesidad del estudio de fenómenos típicamente humanos, como es el caso del estrés escolar, pues uno de los sistemas organizacionales donde el ser humano se encuentra inmerso desde temprana edad por períodos de tiempo prolongados, es el constituido por las instituciones educativas. El inicio de la escolarización y su posterior desarrollo, sin olvidar el tránsito de un nivel educativo a otro, suelen ser eventos estresantes para las personas.

El estrés escolar, es definido por Martínez Díaz & Díaz Gómez (2007) como: "...el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos y emocionales, ya sea de carácter interrelacional, o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual, para afrontar el contexto escolar".

En su investigación Oros y Vogel (2005) destacan que en el área social los principales desencadenantes se relacionan con la pérdida de un amigo, el ingreso a un grupo, el comienzo de actividades deportivas, el inicio de relaciones con pares del sexo opuesto y las rupturas. En cuanto al área escolar los factores más influyentes se relacionan con el cambio de escuela, el cambio de ciclo, la repetición de un año, el aumento de trabajo y los aplazos. Estas mismas autoras mencionan la importancia de otros

factores de gran incidencia tales como: el abuso, las peleas, la pobreza, la ausencia paterna, la enfermedad o muerte de los padres, el divorcio, el rechazo de los pares, las discusiones con los profesores, las malas calificaciones, el sentirse solo, la insatisfacción con el propio aspecto y conducta.

Dentro de los resultados de la investigación realizada por Martínez Díaz & Díaz Gómez (2007) otro factor que se destaca como importante para el desarrollo de estrés es la falta de apropiación de los contenidos vistos en clase, generando inconformidad y nerviosismo debido a la poca comprensión, quedando en evidencia la distancia que puede existir entre el cumplimiento de una currícula y el verdadero entendimiento y apropiación de la misma.

En este mismo estudio se considera que las buenas relaciones padre-hijo se convierten en un "factor protector", en tanto que se fomente la confianza y el desarrollo de habilidades sociales básicas, para un desempeño posterior, familiar y socio-cultural, sin centramiento en el rendimiento académico.

Siguiendo los lineamientos de Inzunza (2007) frente a la demanda los niños responden de acuerdo a la intensidad de la misma, si es desmedida la respuesta es desorganizada y disminuye el rendimiento. La posibilidad de resolver el desafío es limitada y surgen sentimientos de angustia y frustración. Los estudiantes están inmersos en presiones propias por



superarse en el colegio, también por cumplir con obligaciones familiares, así como responder a las expectativas de padres y profesores. Entre los resultados de sus investigaciones Inzunza destaca: mayor número de casos en mujeres, marcada reducción de episodios en períodos de vacaciones y descanso escolar, alta prevalencia de problemas escolares relatados en su mayoría en el período final de clases o asociados al inicio de semana.

1.3. *Síndrome de Turner*

1.3.1. *Etiología*

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico no heredable, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. La incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas vivas (Murphy, Mazzocco, Gerner & Henry, 2006).

El ST puede diagnosticarse prenatalmente, al momento del nacimiento, durante la niñez o bien en la pubertad. El diagnóstico se realiza a través de un análisis citogenético. En el mismo, puede presentarse un cariotipo 45,X en todas sus células (línea pura), un cariotipo mosaico donde coexisten, en un mismo individuo, dos o más poblaciones celulares con distinto genotipo 45,X/46,XX (parte de sus células han perdido un cromosoma X y otras no), o bien un cariotipo más complejo en el que hay fragmentos de un cromosoma X o de un cromosoma Y, o un cromosoma en anillo (45,X+rX) (Del Alamo, 2006).

1.3.2. *Características Clínicas*

Las manifestaciones clínicas dependen en parte, de la configuración citogenética de cada persona. Según sea el cariotipo, el fenotipo externo de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST puede ir desde casos típicos fácilmente reconocibles desde la clínica, a casos en los que sólo se observa talla baja.

Los rasgos físicos más característicos son: talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de la maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos, 2003). También se observan anomalías en el desarrollo de los huesos de la cara con implantación auricular baja, esta alteración genera hipoventilación de la trompa de Eustaquio. Como consecuencia de esto hay una mayor predisposición a otitis medias y al desarrollo de hipoacusia de transmisión o sordera neurosensorial. (Bueno Lozano, 2003).

Dentro de los tratamientos hormonales, el método básico para aumentar la talla consiste en aporte de hormona del crecimiento (HC) a partir de los cinco años de edad hasta aproximadamente los 14 años, encontrándose variabilidad dependiendo del momento del diagnóstico. Si bien, el efecto beneficioso a corto plazo se halla bien establecido, existen algunas controversias con respecto al impacto positivo en la talla final (Román, et al., 2002). La velocidad de crecimiento se incrementa durante el primer y segundo año, continuando el efecto durante el tercero pero con una leve declinación (Morin, Guimarey, Santucci & Apezteguia, 2000). La

talla adulta espontánea, sin suplementación hormonal, varía en función del país de origen y se sitúa 20 – 22 cm por debajo de la media poblacional.

Otro de los tratamientos hormonales administrado cuya función es inducir la maduración puberal es la administración de hormonas sexuales (estrógenos). La mayoría de las investigaciones consideran que, si bien la inducción puberal podría establecerse entre los 12 y 15 años, es necesario no sólo tener en cuenta características físicas como talla, edad ósea, densidad mineral de los huesos; sino también el perfil psicológico de cada niña (Carel et al., 2005).

1.3.3. *Características Psicológicas*

1.3.3.1. Aspectos neuropsicológicos

En relación a los aspectos neuropsicológicos, la literatura revela que las personas con diagnóstico de ST no presentan dificultades en las habilidades verbales y las capacidades intelectuales. Sin embargo, ciertos estudios demostraron déficit de activación en las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la orientación espacial (áreas parietal y occipital) y en las relacionadas con el control ejecutivo general (corteza prefrontal).

En las pruebas de inteligencia el rendimiento suele ser menor en el área manipulativa que en la verbal (Kesler, et al. 2004). Asimismo, suelen presentar problemas en la memoria no verbal, especialmente en la

memoria de trabajo o de corto plazo. Un estudio comparativo sobre memoria de trabajo muestra una notable disminución en la actividad del lóbulo parietal inferior, región conocida por desempeñar un papel importante en la codificación espacial y mecanismos de almacenamiento de memoria de trabajo (Haberecht et al. 2001). Estos mismos autores observaron, también, un déficit en la activación de la corteza prefrontal implicada en el control ejecutivo general. Sugieren además, que mediante un entrenamiento que implique un aumento del tiempo de ejecución en las tareas difíciles, se podría lograr una rehabilitación cognoscitiva en el funcionamiento ejecutivo.

También, se han observado dificultades en el manejo del factor numérico (matemática y cálculos); en la planificación y ejecución de tareas complejas y en la comprensión y generación de conceptos abstractos. En referencia a las habilidades visuo-espaciales, presentan dificultades en el dibujo, los planos y la interpretación facial. Esto permite explicar por qué entre las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST es frecuente observar problemas de aprendizaje, concretamente en procesamiento de ideas, relaciones visión-espacio, discriminación izquierda derecha.

En un estudio realizado por Mazocco (2001), se detectaron dificultades, relacionadas a las matemáticas, necesarias durante la instrucción escolar formal, específicamente en: aritmética, orientación visuoespacial y velocidad de procesamiento. Sin embargo estas dificultades se manifiestan

muy heterogéneamente, dependiendo de la expresión individual del síndrome. Estos inconvenientes pueden detectarse en etapas tempranas de la instrucción formal, como el jardín de infantes o guardería.

Por otro lado, estudios sobre variabilidad en la expresión del perfil neuropsicológico, (Ross et al. 2006), sostienen que gran parte del fenotipo cognitivo, está determinado por la haploinsuficiencia de genes en el brazo corto del cromosoma X, que influye, además, en la severidad de las dificultades del funcionamiento ejecutivo, las habilidades visoespaciales y atencionales, siendo comparativamente mejor el rendimiento en mujeres que poseen cariotipo mosaico con una línea normal (46,XX/45,X0), que en las de línea pura (45X0) (Zinn et al., 2007; Ross et al., 2006).

Asimismo, la deficiencia hormonal implicada en el retraso puberal, podría tener consecuencias en aspectos neuropsicológicos ya que puede impactar en el desarrollo cerebral de regiones que participan en la regulación del afecto y el comportamiento social (Schmidt, Rubinow & Bondy, 2006; Suzigan, Silva, & Maciel-Guerra, 2005).

1.3.3.2. Aspectos psicosociales

En el desarrollo vital de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, no sólo intervienen factores genéticos, sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006). La familia ocupa un lugar central en el desarrollo del

niño, establece las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima (Berjano Peirats & Pons Diez, 1997).

El trato familiar parece ser fundamental en el desarrollo psicológico de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. Muy a menudo, su entorno tiende a sobreprotegerlas, tratándolas según su altura y no según su edad, generando aumento de dependencia e inmadurez.

Una característica ampliamente descrita en la literatura se asocia con dificultades en niñas y adolescentes con ST para interactuar con sus pares, así como una baja autoestima, inmadurez emocional y ansiedad social. (Mazzocco, 2006; Danielewicz & Pisula; 2005; Suzigan et al., 2004)

Algunos autores afirman que la baja talla podría influir negativamente sobre la autoestima y el desarrollo social (Schmidt, Rubinow, & Bondy, 2006; Suzigan et al., 2004;). También el retraso puberal, asociado a la pérdida de fertilidad, podría influir negativamente en la autoestima y la percepción de su rol en las relaciones sociales (Schmidt et al., 2006; Suzigan, Silva, y Maciel-Guerra, 2005). En este sentido el tratamiento con estrógenos, utilizado para la inducción de la maduración puberal, también tiene beneficios positivos a nivel psicológico, en tanto promueven la autoestima. (McCauley y Sybert, 2006, Boman, Möller & Albertsson Wikland, 2000; Ross, Roeltgen, Feuillan, Kushner & Cutler, 1998; Ross & Roeltgen, 1996)

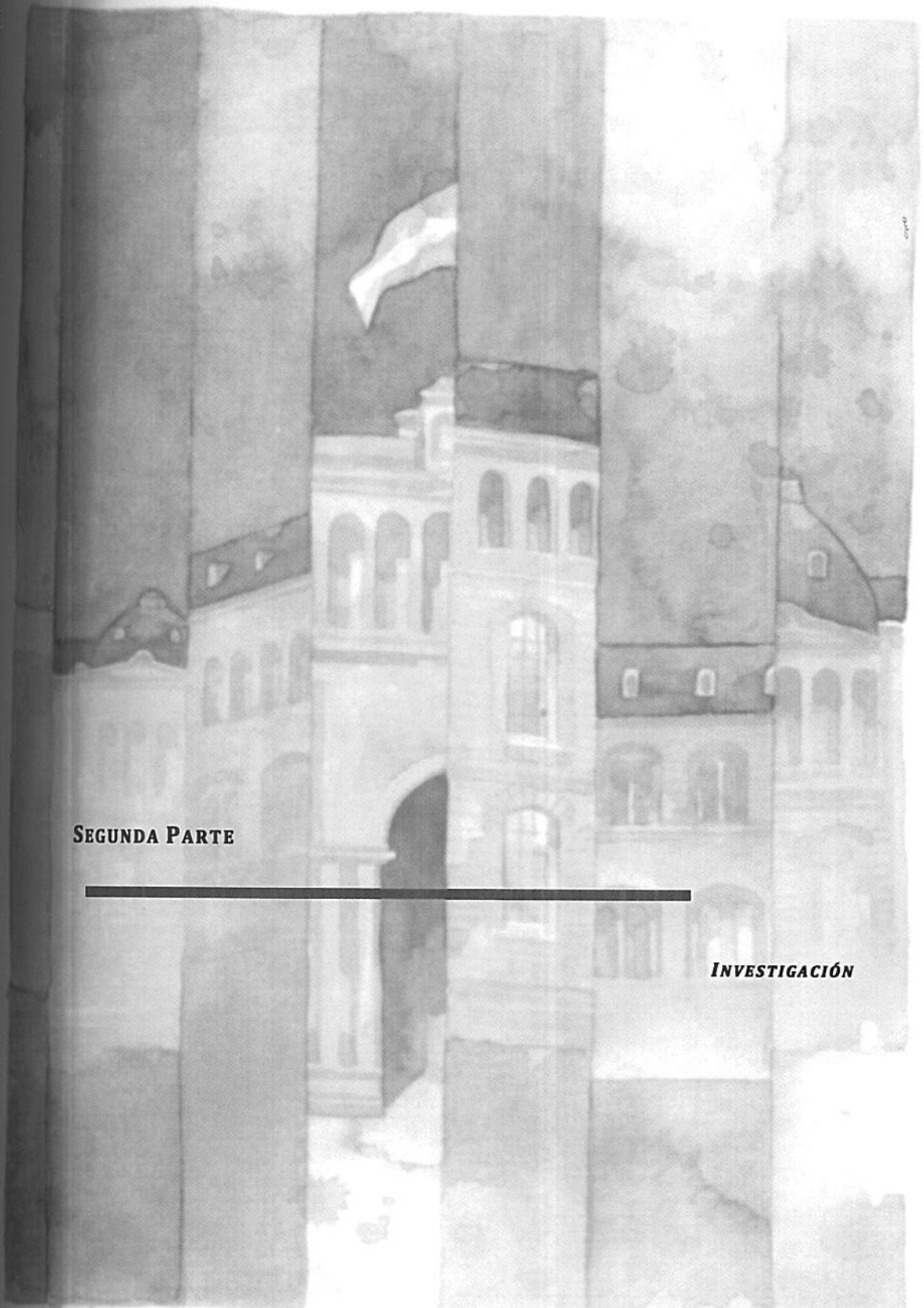
A diferencia de otros síndromes genéticos, que presentan mayor compromiso intelectual, las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, son más conscientes de las particularidades propias del síndrome y de la crítica de sus pares. Estudios experimentales realizados en Polonia con un grupo de niñas y adolescentes con este diagnóstico, en comparación con un grupo control, determinaron que las características físicas y neurológicas propias del síndrome suelen acarrear problemas en la interacción social y en las relaciones vinculares con sus pares y con el sexo opuesto. Los resultados muestran diferencias estadísticas claras en relación con la autoestima, que es inferior respecto de niñas y adolescentes sin diagnóstico de ST, en cuanto al aspecto físico, baja estatura, rasgos físicos y estado de salud. (Danielewicz & Pisula, 2005)

Las dificultades en la interacción social se acentúan en la pubertad cuando aparece otra de las manifestaciones principales del síndrome: la ausencia de menstruación debido al hipogonadismo por disgenesia gonadal. La falta de secreción de estrógenos impide la aparición o progresión de los signos clínicos de la pubertad (Labarta Aizpún et al, 2003)

En algunos estudios realizados con adolescentes con diagnóstico de ST, las mismas confesaron sentirse socialmente rechazadas. Expresaron que sus pares se burlaban de ellas y que no tenían amigos íntimos. Estudios realizados sobre población adulta, detectaron que estas

características relacionales se sostienen en la adultez, en la que tienden a llevar una vida social restringida. La infertilidad suele tener un gran impacto emocional, que puede interferir con la sexualidad y el amor propio. (Suzigan et.al , 2004).

En este trabajo se considera a las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, como una población potencialmente "vulnerable" debido a las características físicas, neuropsicológicas y psicosociales propias del síndrome, lo que podría incidir en que dificultades en cualquier tipo de relación, podrían ver potenciados sus efectos en estos casos.



SEGUNDA PARTE

INVESTIGACIÓN

E. DEBATA

08-

2.1 *Objetivos*

2.1.1. *Objetivo General*

Analizar estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.

2.1.2. *Objetivos particulares*

- Reconocer indicadores poblacionales de estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Establecer el grado de percepción de estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Identificar indicadores específicos del Síndrome de Turner que generen estrés escolar.

2.2. *Diseño metodológico*

2.2.1. *Participantes*

2.2.1.1. *Conformación de grupos*

Se conformaron dos grupos de niñas y adolescentes escolarizadas de la ciudad de Mar del Plata de entre 7 y 16 años. Uno de los grupos estuvo conformado por seis niñas y adolescentes con diagnóstico de ST que asistían a centros de salud de la ciudad referentes en la atención del síndrome (grupo 1). El otro grupo lo integraron seis niñas y adolescentes sin diagnóstico de ST y en situación de pubertad y escolaridad similar a las

primeras (grupo 2). La participación de las mismas fue voluntaria y sujeta a consentimiento informado de los padres. Se excluyeron niñas y adolescentes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación y con retraso mental moderado o grave.

2.2.1.2. Descripción de los participantes

Con el fin de mantener el anonimato de las participantes se ha reemplazado el nombre por un número (Tabla 1).

Tabla 1.

Datos demográficos y clínicos de las niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner (n= 6).

Participantes	1	2	3	4	5	6
Cariotipo	46,XX/ 45,X0*	45,X0/ 46,XXdelp21*	45,X0	45,X0/ 46,XXdelq10*	46,XX/45,X 0/47,XXX*	45,X0
Edad de diagnóstico	2 años	9 años	Antes de nacer	5 años	5 años	5 años
Edad actual	15 años	13 años	7 años	7 años	14 años	16 años
Tratamientos hormonal	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento estrogénico

Pubertad	Con pubertad espontánea	Sin pubertad	Sin pubertad	Sin pubertad	Con pubertad espontánea	Con pubertad inducida
Percentil de la Talla	10	10	3	-3	10	10
Escolaridad	ESB con Proyecto de Integración Pública	ESB Pública	EPB Privada	EPB Pública	ESB Pública	ES Privada

(*) 45 X0/ 46XX; 45X0/46XX/47XX : Cariotipo mosaico

(**) 45 X0: Línea pura

EPB: Educación Primaria Básica

ESB: Educación Secundaria Básica

2.2.2. Instrumentos

Para la determinación de *estrés escolar*, se utilizó el Test: *Cuestionario para el estrés escolar* (QSS), compuesto por 35 ítems en un formato valorativo, de escala tipo Likert, sobre las variables del estrés y sus indicadores. Esta escala se puntúa con un gradiente entre 1 y 4, siendo la puntuación mínima 1, correspondiente con No verdadero y máxima 4, correspondiente con Verdadero. El cuestionario consta de tres sub-escalas. La primera escala tiene 20 ítems que contempla factores emotivos – emocionales y evalúa aspectos de insatisfacción de la relación con los

docentes, manifestaciones de agotamiento emocional y decepción causada por la evolución de los resultados obtenidos en la escuela. Este reagrupamiento de ítems confirma el rol de la relación maestro – alumno en la caracterización de la vida escolar de los niños. La segunda escala que consta de 8 ítems mide la tensión interpersonal y está destinada a recoger las sensaciones de fastidio e impresiones de hostilidad por parte de algunos integrantes del grupo de la clase, que aumenta la sensación de cansancio emotivo y la falta de tolerancia recíproca. La tercera escala que consta de 7 ítems de significado positivo evalúa aspectos sociales de autoestima y adecuamiento o adaptación, independientemente de los resultados escolares. Está relacionada con la aceptación y consideración de parte de compañeros y maestros que podrían salvaguardar condiciones mínimas de adaptación a la vida escolar en el caso que los problemas de relación y de rendimiento fueran limitados.

Asimismo, se aplicaron cuestionarios autoadministrados para padres ENPAD VECA-1 y para docentes ENPRO VECA-2 (Cavallo & Gonzalez, 2003). El primero se compone de 38 ítems principales, con algunos subítem, en un formato valorativo de escala tipo Lickert y el segundo por 9 ítems principales con algunos subítem, también en formato valorativo de escala tipo Lickert. De estas escalas se seleccionaron aquellos ítems que proporcionan una descripción de la conducta actual, que se corresponden con indicadores poblacionales de estrés escolar. Las puntuaciones de cada

uno, se recodificaron en tres valores: 1: nunca, 2: a veces y 3: muy frecuentemente.

Para complementar la información se trabajó con Historias Clínicas detalladas de cada uno de los casos y con información brindada por los especialistas médicos.

2.2.3. *Procedimiento*

Se estableció contacto con profesionales de diferentes establecimientos de la ciudad de Mar del Plata, especialistas referentes en la atención de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. A través de ellos, se contactó a las familias y se les explicó el objetivo de la investigación y las características de la misma, solicitándoles la firma de un consentimiento informado, aclarando expresamente que la colaboración era voluntaria y anónima. De esta forma se conformó el Grupo uno (1). A través de las instituciones escolares se estableció relación con familias de niñas y adolescentes sin diagnóstico de Síndrome de Turner, se les explicaron las características y objetivos de la investigación y aclarando que la colaboración era voluntaria y anónima, se les solicitó la firma de un consentimiento informado. Quedó conformado, así, el Grupo dos (2). Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones



necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de los participantes.

Se administró el instrumento de evaluación de estrés escolar en entrevistas personales con las niñas y adolescentes de ambos grupos. Paralelamente Se administraron las escalas a los padres de las niñas del Grupo uno (1) en entrevistas personales.

Finalmente se contactaron los docentes de las escuelas a las que concurren las participantes del Grupo uno (1) y se les proveyó del instrumento ENPRO VECA-2. En este último caso, por razones de espacio y de disponibilidad temporal de las docentes, dichos instrumentos fueron autoadministrados.

Los datos obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados, fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, acorde con los objetivos propuestos. Dado el tamaño de la muestra, se utilizaron pruebas no paramétricas.

2.3. Resultados

En las Tablas 1 y 2 se presenta la comparación de las medias para el Estrés escolar (QSS) y sus tres dimensiones en cada uno de los grupos estudiados, niñas y adolescentes con diagnóstico de ST (grupo 1) y niñas y adolescentes sin diagnóstico de ST (grupo 2).

Tabla1

Medidas de tendencia central y desvío estándar para valores de estrés escolar

Grupo	grupo	N	Válidos	Perdidos	QSSEM (Emotivo- Motivacional)	QSSTI (Tensión Interpersonal)	QSSAA (Autoestima- Adaptación escolar)	QSS Estrés Escolar
1	grupo	N	Válidos	6	6	6	6	
			Perdidos	0	0	0	0	
		Media		38,17	17,33	15,17	70,67	
		Desv. típ.		9,326	3,266	4,355	8,937	
2	grupo	N	Válidos	6	6	6	6	
			Perdidos	0	0	0	0	
		Media		37,17	14,83	12,33	64,33	
		Desv. típ.		4,875	5,419	2,805	11,094	

Tabla 2

Prueba U de Mann-Whitney sobre la media de la variable QSS y sus sub-dimensiones para los grupos 1 y 2

	QSS Estrés Escolar	QSSEM (Emotivo- Motivacional)	QSSTI (Tensión Interpersonal)	QSSAA (Autoestima- Adaptación escolar)
U de Mann-Whitney	12,500	17,500	10,000	10,500
W de Wilcoxon	33,500	38,500	31,000	31,500
Z	-,882	-,081	-1,306	-1,207
Sig. asintót. (bilateral)	,378	,936	,191	,227
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,394(a)	,937(a)	,240(a)	,240(a)

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación: Grupo

Los valores de las medias, del estrés escolar y las sub-escalas, son superiores para el grupo de las niñas y adolescentes con ST. El mayor valor corresponde al valor de estrés escolar, para el cual, ambos grupos presentan valores altos de desvío, evidenciando mayor variabilidad en las respuestas de las niñas y adolescentes sin diagnóstico de ST. Los datos permiten inferir que no se encuentran diferencias significativas en las medias de cada grupo con respecto del QSS y sus dimensiones.

Al interior del grupo de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST (grupo 1), se separaron aquellas niñas que habían realizado pubertad, de aquellas que por edad aún no la habían desarrollado. Se realizó así, un análisis intragrupo: "púberes" (n=3) y "pre-púberes" (n=3).

Tabla 3

Medidas de tendencia central y desvío estándar para valores de estrés escolar

edad recodificada			QSSEM (Emotivo- Motivacional)	QSSTI (Tensión Interpersonal)	QSSAA (Autoestima- Adaptación escolar)	QSS Estrés Escolar
Pre- púberes	N	Válidos	3	3	3	3
		Perdidos	0	0	0	0
	Media		33,00	16,00	17,33	66,33
	Desv. típ.		3,606	3,606	4,163	5,686
Púberes	N	Válidos	3	3	3	3
		Perdidos	0	0	0	0
	Media		43,33	18,67	13,00	75,00
	Desv. típ.		11,150	2,887	4,000	10,536

Tabla 4

Prueba U de Mann-Whitney sobre la media de la variable QSS y sus sub-dimensiones para los grupos "púberes" y "pre-púberes".

	QSS Estrés Escolar	QSSEM (Emotivo- Motivacional)	QSSTI (Tensión Interpersonal)	QSSAA (Autoestima- Adaptación escolar)
U de Mann-Whitney	2,000	1,000	3,000	2,000
W de Wilcoxon	8,000	7,000	9,000	8,000
Z	-1,091	-1,528	-,696	-1,091
Sig. asintót. (bilateral)	,275	,127	,487	,275
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,400(a)	,200(a)	,700(a)	,400(a)

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación: edad recodificada

Comparando las medias obtenidas, en la escala Estrés escolar y la sub-escala Emotivo-motivacional, son superiores los valores para el grupo de "púberes". En menor proporción, también es superior el valor de la

media de la sub-escala Tensión Interpersonal, para el grupo de púberes. El valor de la media correspondiente a la sub-escala Autoestima-Adaptación Escolar es mayor para las pre-púberes. Sin embargo, a partir de los datos obtenidos de la prueba U de Mann-Whitney, las diferencias de medias entre el grupo de las púberes y pre-púberes, no son significativas.

En la Tabla 5 se presentan los datos particulares propios del síndrome para cada participante del grupo de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. Además se presenta la variable estrés escolar y las tres sub-escalas, recodificadas en forma cualitativa a una escala ordinal, con valores alto, medio y bajo.

Tabla 5

Descripción de variables propias del ST y valores cualitativos de estrés escolar por participante.

Participante	Caritipo	Edad	Escuela	Pubertad	Talla (en percentiles)	Tratamiento con H. Crecimiento	Tratamiento con H. Estrógeno	QSS Tens. Inter	QSS Emo. Moti	QSS Auto	QSS gral
3	mosaico	7	Común Pública	aún no	-3	si	aún no	Medio	bajo	medio	medio
4	linea pura	7	Común Privada	aún no	3	si	aún no	Medio	bajo	bajo	bajo
2	mosaico	13	Común Pública	aún no	15	si	aún no	Bajo	bajo	alto	bajo
5	mosaico	14	Común Pública	espontanea	10	si	no	Medio	medio	bajo	medio
1	mosaico	15	Especial Pública	espontanea	10	si	no	Medio	bajo	bajo	bajo
6	linea pura	16	Común Privada	no espontanea	-3	si	si	Medio	bajo	medio	medio

En general, las medidas de estrés se encuentra entre los valores medio y bajo. Teniendo en cuenta las características propias del Síndrome de Turner y relacionándolas con las variables de estrés escolar y las sub-escalas, no se observa asociación entre la baja talla y el desarrollo de estrés escolar, así como tampoco para las sub-escalas. Asimismo, no se observa relación entre el desarrollo de pubertad espontánea y no espontánea y el estrés escolar, al igual que para las sub-escalas. Finalmente, tampoco se observa relación entre los diferentes cariotipos y el desarrollo de estrés escolar, al igual que para las sub-escalas.

Utilizando los indicadores de estrés escolar de la población general, se seleccionaron ítems de las encuestas a padres y a docentes (ENPAD – ENDOC) que describieran un comportamiento actual, que pudiera dar cuenta de estos indicadores poblacionales y así inferir en qué medida dichos indicadores son comunes a la población abordada.

Tabla 6

Medidas comportamentales expresadas en las encuestas ENPAD y ENDOC, relacionadas con indicadores poblacionales de estrés escolar

Indicador poblacional psicosocial	Medidas comportamentales de encuestas			
	N° pregunta	Item 36 ENPAD Promedio del Indicador	N° pregunta	Item 4 ENDOC Promedio del Indicador
Agresividad	6 26	1,25	6 28 12 17	1,33
Aislamiento	11 16 25	1,89	27	1,94
Ansiedad –Inquietud	17	1,83	19	1,67
Depresión o tristeza	23	1,67	25	1,33
Descontrol	27	1,83	29	1,33
Desgano para realizar tareas escolares	22	1,67	24	1,67
Irritabilidad	19 24	1,83	21 26	1,33
Llanto	5	1,67	5	1,50
Miedos nuevos o recurrentes	12	1,17	13	1,00
Problemas de concentración	29	1,83	31	1,67
Tendencia a aferrarse al adulto	3	2,50	3	2,50

La tendencia a aferrarse al adulto y el aislamiento, establecidos como indicadores poblacionales, son los ítem de mayor puntuación. Por otra parte ansiedad, inquietud, irritabilidad y problemas de concentración, también son características presentes en el grupo.

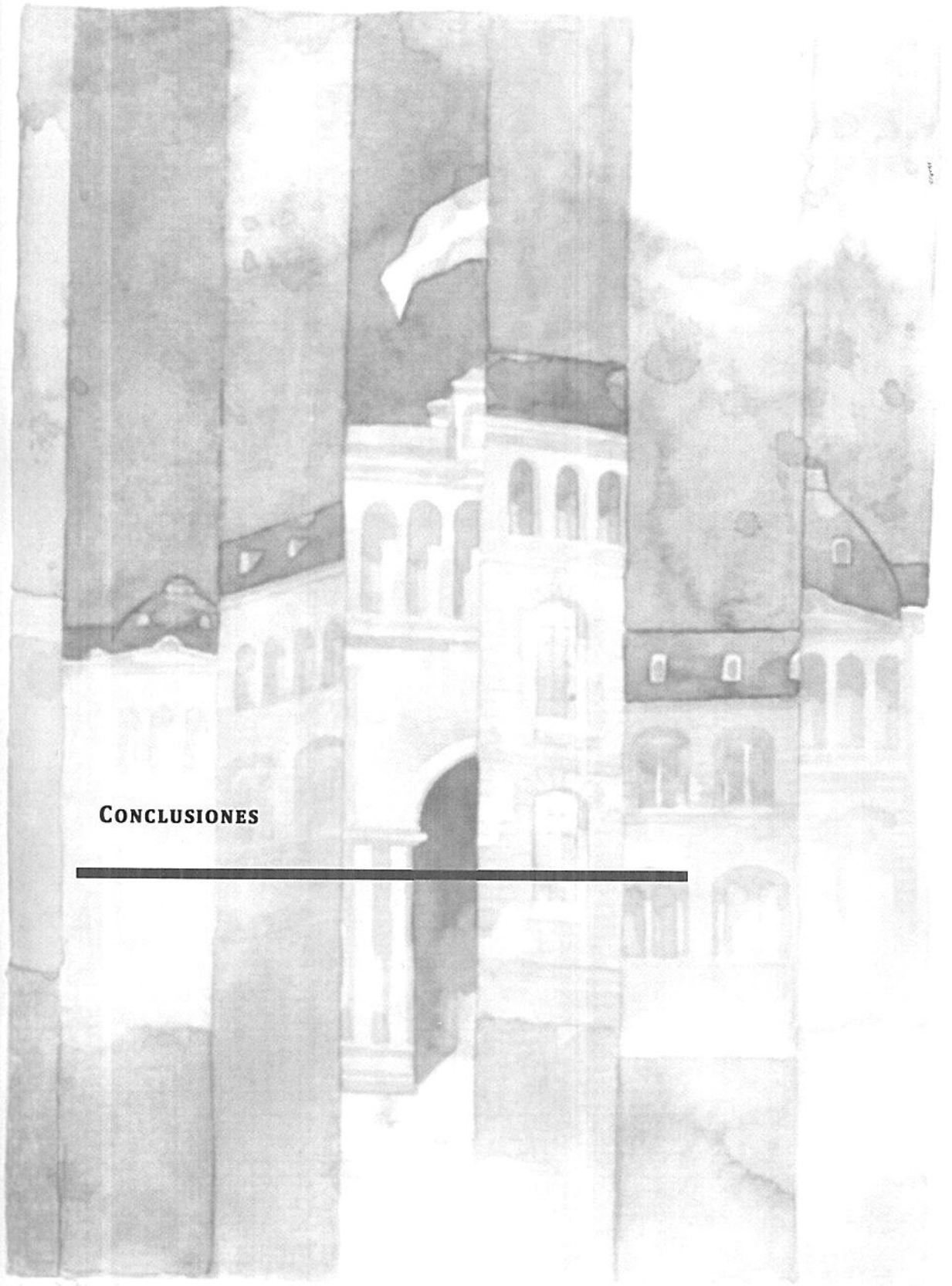
A partir de los cuestionarios administrados a padres y docentes, se presentan en la tabla 7, aspectos que si bien podrían ser expresión conductual de varios indicadores poblacionales, no son específicos de ninguno, pero tiene un puntaje alto para esta población examinada.

Tabla 7

Medidas comportamentales expresadas en las encuestas ENPAD y ENDOC, asociadas al estrés escolar sin relación específica con indicadores poblacionales.

Item no incluidos en Indicadores poblacionales	Medidas comportamentales de encuestas			
	N° pregunta	Item 36 ENPAD Promedio del Indicador	N° pregunta	Item 4 ENDOC Promed Indicador
Exige mucha atención	7	2,50	8	
Habla demasiado	21	2,33	23	





CONCLUSIONES

El análisis de los resultados da cuenta que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST no presentan valores altos de estrés escolar; a pesar de ser una población potencialmente vulnerable debido a las características físicas, neuropsicológicas y psicosociales propias del síndrome y ampliamente reseñadas en la bibliografía especializada. (Zinn et al., 2007; Ross et al., 2006; Schmidt, Rubinow, y Bondy, 2006; Suzigan, Silva y Maciel-Guerra, 2005; Suzigan et al., 2004)

Realizando un análisis intragrupo entre las niñas y adolescentes (púberes y pre - púberes) con diagnóstico de ST, es posible inferir que existen diferencias en las dimensiones del estrés escolar, con respecto a la edad y al nivel de desarrollo. Si bien el tamaño de la muestra no permite considerar estos resultados como definitivos, se observaron diferencias para los valores de estrés total y sus dimensiones; siendo éstos superiores en el grupo clínico.

Los valores de las medias para estrés escolar y sus dimensiones emotivo-motivacional y tensión interpersonal, son mayores para el grupo de púberes. Estas dos dimensiones hacen referencia a aspectos relacionales que parecen generar más estrés en la adolescencia. Por otra parte, el valor de la media correspondiente a la dimensión autoestima-adaptación escolar es mayor para las pre-púberes. A pesar de que dichas diferencias no llegan a ser significativas, abren el interrogante sobre cuál es la incidencia que las

expectativas de los padres y de la propia institución escolar tienen en las niñas con este diagnóstico y como en la adolescencia las expectativas se desplazan hacia cuestiones relacionadas con el desarrollo social e interacción con pares. Cabe considerar que, durante los primeros años de escolaridad, es posible que las expectativas parentales y de la institución escolar, estén enfocadas en las pautas de rendimiento académico, como manifestación de las posibilidades del desenvolvimiento futuro. Al llegar a la adolescencia, los intercambios sociales cobran mayor relevancia, ya que son los que permiten la efectiva adaptación de las adolescentes al contexto social.

En este sentido la participante dos puede resultar de interés en el análisis de las características que diferencian al grupo de las púberes de las pre-púberes. Esta "niña" si bien tiene 13 años aún no ha realizado pubertad, tampoco ha iniciado el tratamiento con estrógenos. Si la comparamos con los datos de la población general, está en la edad propia del desarrollo puberal, la cual la ubica en una posición limítrofe de pertenencia a uno u otro grupo, situación muy diferente de las niñas de 7 años que integran el grupo de las pre-púberes. A su vez, presenta valores de estrés que difieren tanto del grupo de púberes como del de pre-púberes, grupo en el que fue incluida según el nivel de desarrollo alcanzado al momento de realizar la evaluación. Específicamente presenta un valor alto de estrés escolar en la dimensión autoestima-adaptación escolar. Las

observaciones hechas por sus padres y docentes revelan dificultades en la concentración y en el aprendizaje en diferentes áreas, lentitud al realizar las tareas escolares y “bajo nivel energético”.

Lo expuesto, abre la discusión sobre la posible influencia de la falta de desarrollo puberal espontáneo en la adaptación psicosocial de las niñas con diagnóstico de ST, siendo un punto importante a tener en cuenta en el momento de evaluar la edad de inducción del desarrollo puberal; ya que los cambios físicos, producto del tratamiento estrogénico, no solo influyen en la elaboración de la imagen corporal (Labarta Aizpún et al., 2003), sino también en la maduración emocional de estas niñas, al permitirles compartir con sus pares temas relacionados con el despertar sexual propios de las adolescentes, operando positivamente en el sentido de pertenencia grupal. La posibilidad de una mayor interacción social con sus pares podría así, contribuir a un mejor tránsito por la adolescencia y a una calidad de vida superior.

Asimismo, los indicadores poblacionales analizados a partir de las encuestas realizadas a padres y docentes (Tablas 6 y 7), si bien coinciden con los valores reflejados por el QSS ponen en evidencia que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST se aferran en exceso a los adultos. Si se asume la vulnerabilidad de esta población, resulta interesante ahondar sobre la posible relación entre ésta y los ítems de las encuestas a padres y docentes en los se observaron los mayores puntajes. Tal es el caso de los

ítems “hablar demasiado” y “exigir mucha atención”. En relación al primero de ellos, las puntuaciones más altas se obtuvieron en relación al interior de la familia.

A la luz de estos resultados, uno elemento significativo parece ser el apoyo social. Castro, Campero y Hernández (1997) sostienen que el concepto de “apoyo social” podría explicar la influencia de esta variable, en las diferencias que se hallan en los distintos niveles de estrés en individuos que comparten condiciones de vida semejantes. El apoyo social es definido como un concepto multidimensional que incluye la totalidad de recursos provistos por otras personas y ha sido propuesto como una de las principales variables que mejor explican las diferencias en el impacto del estrés sobre la salud. Las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST no suelen establecer relaciones sociales fuertes con sus pares, sin embargo, reciben mucho apoyo de los adultos. Este apoyo, suele provenir tanto de padres como de docentes, siendo posible relacionarlo con las características físicas propias del síndrome, que pudieran conferirles un aspecto más añado.

Castro, et al. (1997), sostienen que el apoyo social tiene un efecto amortiguador del estrés protegiendo a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes, favoreciendo así, el cambio de conductas con consecuencias positivas sobre la salud. Una forma de apoyo social es la atención, que tiene lugar en interacciones formalizadas, así,

existen roles sociales específicamente encargados de dar atención como los asumidos por padres y maestros.

En coincidencia con estas observaciones, una de las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por las niñas y adolescentes con ST, es la búsqueda de apoyo (López & Aguilar, 2009). Esta puede ser una buena estrategia como capacidad para pedir ayuda, o una estrategia negativa, si implica evitar enfrentar un conflicto, delegando en el adulto la responsabilidad (Richaud de Minzi, 2004). Asimismo, en una investigación realizada sobre ansiedad social (Lesniak Karpiak, Mazzocco, & Ross, 2003), se concluye que las niñas con diagnóstico de ST se desenvuelven mejor en aquellas interacciones que se encuentran más estructuradas socialmente. Queda abierto el interrogante, sobre las posibles implicancias para su vida adulta, en la que se verán enfrentadas a situaciones sociales más heterogéneas, con pautas relacionales menos estructuradas y en las cuales el apoyo de padres y docentes no será una herramienta disponible.

Parte del aprendizaje en el tránsito entre la niñez y la vida adulta, implica el abandono de las estructuras de sostén institucional - familia y escuela - a veces de manifiesto en la rebeldía adolescente. Los resultados de la presente y otras investigaciones reseñadas parecen coincidir en que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, presentan dificultades en asumir una actitud pro-activa en esta etapa. Queda supeditada, entonces,

a los adultos de su entorno íntimo la posibilidad de inducirlas a este proceso vital de maduración.

La vivencia expresada por los padres de estas niñas y adolescentes coincide en el relato de una incertidumbre ante el síndrome, del cual se tiene una visión casi exclusivamente médica, con pronósticos variados, inciertos y a veces contradictorios. Esta misma incertidumbre los sumerge a modo de círculo vicioso en una estructuración familiar en la cual la sobreprotección se retroalimenta con el desconocimiento.

Tanto para asumir el reto del desarrollo, como para acompañar este tránsito, es necesario que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST y los adultos significativos de su entorno íntimo, cuenten con más información que les permita identificar aquellos aspectos que mayores dificultades les acarrearán. Es el desafío de las futuras investigaciones poder poner a disposición de estas personas información de calidad, integradas en una concepción bio-psico-social.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonovsky, A. (1988) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barraza Macías, A. (2006) Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. Recuperado el 28 de diciembre de 2008 en URL: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-167-1-un-modelo-conceptual-para-el-estudio-del-estres-academico.html>

Berjano Peirats, E., Pons Diez, J. (1997) Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9, (3) 609 - 617

Bleichmar, E. D. (2004). Modelos interactivos entre la genética de la conducta y la parentalización. *Revista de psicoanálisis*. n. 17, Recuperado Noviembre de 2008 en: URL: <http://www.aperturas.org/autores.php?a=Dio-Bleichmar-Emilce>

Boman, U., Möller, A., & Albertsson Wikland, K. (2000). Selfperception, behavior and social functioning in Swedish girls with Turner syndrome: A population-based study. *Göteborg Psychological Reports*, 30 (5), 1-12.

Brannon, L. (2001) *Psicología de la Salud*. Madrid. Paraninfo.

Bringhenti, F. (1996) Lo stress scolástico e la sua valutazione. *Psicologia e Scuola*, 81,3 – 13

Bueno Lozano, G. (2003) *Síndrome de Turner*. Otras anomalías asociadas al Síndrome de Turner: su repercusión evolutiva. Sociedad Española de



- Endocrinología Pediátrica. Curso de Formación de Posgrado, Zaragoza, 71- 72.
- Carel, J.C., Ecosse, E., Bastie-Sigeac, I., Cabrol, S., Tauber, M., Léger, J., Nicolino, M., Brauner, R., Chaussain, J.L., & Coste, J. (2005) Quality of Life Determinants in Young Women with Turner's Syndrome after Growth Hormone Treatment: Results of the StaTur Population-Based Cohort Study *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90, No. 4 1992 - 1997
- Castro, R. Campero, L & Hernández, B (1997) La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4) 425 – 35
- Cavallo, V. & González Gutiérrez, S. (2005). Cuestionario sobre comportamientos infantiles para padres. En Miedos infantiles y estilos de educación: diferencias y similitudes entre España y Costa Rica. *Tesis doctoral no publicada*. Universidad de Granada, España.
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1983) Coping and Adaptation in Health and Illness. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health profession*. 608 – 631. New York: Free Press.
- Danielewicz, D., & Pisula, E. (2005). Self-esteem evaluation of girls of Turner syndrome. *Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska Lublin-Polonia*, 60 (16), 72.

- Del Alamo, A. (2006). Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner. Recuperado el 15 de Agosto de 2008 de URL: http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/sindrome_turner.shtml
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia* (56), 107-112
- Gonzalez de Rivera y Revuelta, J. L. (1994). Estrés, homeostasis y enfermedad. *Psicología Médica*. (45), 1-7 Ediciones Seva /Ino Reproducciones. Zaragoza recuperado el 28 de Noviembre de 2008 de URL: http://www.psicoter.es/art/94_C040_07.pdf
- Haberecht M.F., Menon V., Warsofsky I.S., White C.D., Dyer-Friedman J., & Glover G.H. (2001) Functional neuroanatomy of visuo-spatial working memory in Turner syndrome. *Human Brain Mapping*, 14, 96 -107.
- Inzunza, C. (2007) Estrés escolar. Diagnóstico clínico y pauta de manejo en la sala de clase. Seminario Facultad de Educación y Ciencias de la Familia - Universidad Finis Tέρrea. Chile.
- Kesler, S.R, Haberecht F, Menon V, Warsofsky I. S, Dyer Friedman J, Neely Kirk E,& Reiss A.L. (2004) Functional Neuroanatomy of Spatial Orientation Processing in *Turner Syndrome*. Department of Psychiatry and Behavioral Science, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.
- Labarta Aizpún, J.I., Sanjuan Casamayor, P., Gracia CERVERO, E., Fernández Lorente, A., Romero Calvo Díaz, M., Mayayo Dehesa, E & Ferrández

- Longás, A. (2003) *Síndrome de Turner*. Síndrome de Turner: manifestaciones clínicas. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Curso de Formación de Posgrado, Zaragoza, 51 – 70
- Lazarus, R.S.& Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Lesniak Karpiak, K., Mazzocco, M., & Ross, J. (2003). Behavioral assessment of social anxiety in females with Turner or fragile X syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (1) 55 - 67.
- López, M.C. & Aguilar, M.J. (2009) Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: Interacción Genes – Ambiente. *Psicología Ciencia e Profissao* 29, (2) 318 - 329
- Lorence Lara, B. (2008) *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial*. Launch Internet Explorer Browser.Ink. Madrid.
- Magaz Lago, A., García Pérez, E. & Sandín M. del V.(1998) Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años Grupo ALBORCOHS - *Papeles del Psicólogo* 1998 Noviembre- (71). Recuperado el 25 de Setiembre en URL<http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=891440>
- Martínez Díaz, E. S. & Díaz Gómez, D. A. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y educadores*, 10 (2), 11 - 22.
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, 1298, 83 - 92.

- Mazzocco, M. M. (2001) Fragile X Syndrome, and Neurofibromatosis Type 1 Math Learning Disability and Math LD Subtypes: Evidence from Studies of Turner Syndrome. Recuperado el 8 de Setiembre de 2008 de URL: <http://ldx.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/6/520>
- McCauley, E., & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series, 1298*, 93 - 99.
- Morín, A., Guimarey, L., Santucci, Z., & Apezteguia, M. (2000) Predicción de la estatura final en niñas con Síndrome de Turner tratadas con hormonas de crecimiento. *Medicina – Buenos Aires 60*, 551-554. Recuperado el 12 de Agosto de 2008 de URL: www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/vol60-51.htm
- Murphy, M, Mazzocco, M., Gerner, G. & Henry, A (2006) Mathematics learning disability in girls with Turner syndrome or fragile X syndrome. *Brain and Cognition* ,61, 195–210
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007) Estilos Educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente, *Anales de Psicología*. 23, (1) 49 – 56
- Oros, L. & Vogel, G. (2005) Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques* . XVII (001) 85-101 Universidad Adventista del Plata. Buenos Aires. Recuperado el 20 DE Agosto de 2008 de URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/259/25917106.pdf>

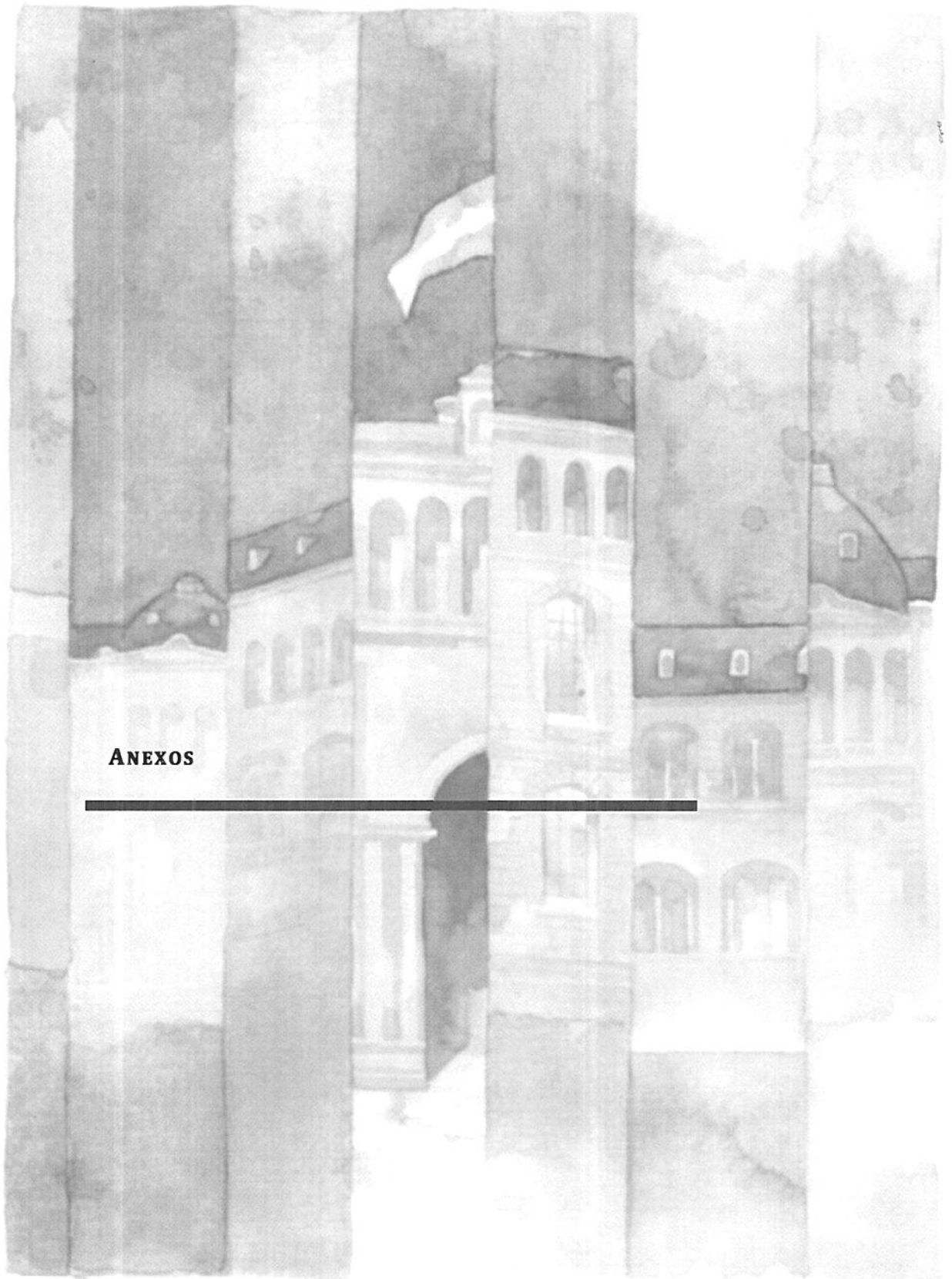
- Puga González, B (2003). *Síndrome de Turner*. Información y apoyo psicológico a la paciente con síndrome de Turner. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Zaragoza, 141- 45.
- Ramos, F (2003). *Síndrome de Turner*. Síndrome de Turner: manifestaciones clínicas. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Curso de Formación de Posgrado, Zaragoza, 1- 12.
- Richaud de Minzi, M. C. (2004) Development of coping resources in childhood and adolescence. *Interdisciplinaria*, Número especial, 63 - 74
- Román,R. Vallejos,M.E., Muñoz,M., Schneider,R., Youlton,R., Henriquez,C. y Cassorla, F. (2002) Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas *Revista Médica Chile*,130, 977 - 984
- Ross, J., & Roeltgen, D. (1996). Self-concept and behavior in adolescent girl with Turner syndrome: potencial estrogen effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81, 926 - 931.
- Ross, J., Roeltgen, D., Feuillan, P., Kushner, H., & Cutler, J. (1998). Effects of estrogens on nonverbal processing speed and motor functions in girls with Turner's syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83, 3198 -3204.
- Ross, J.; Roeltgen, D.; Stefanatos, G.; Feuillan, P.; Kushner, H.; Bondy, C. & Cutler, J.; (2006). Cognition and the Sex Chromosomes: Studies in Turner Syndrome. *Hormona Researchs*. 65:47-56.



- Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, (1) 141-157.
- Schmidt, P., Rubinow, D., & Bondy, C., (2006). Adult women with Turner syndrome: A systematic evaluation of current and past psychiatric illness, social functioning, and self-esteem. *International Congress Series*, 1298, 100-107.
- Stenberg R. & Grigorenko E. (2001) La Psicología Unificada, *American Psychologist*, 56, (12), 1069-1079
- Suzigan Lígia Z. C., Paiva e Silva R. B, Lemos Marini S. H. V., Baptista M. T. M., Gil Guerra Jr., Magna L. A. & Maciel Guerra A.T. (2004) Turner Síndrome: The Patients'View *Journal de Pediatría*. Sociedad de Pediatría Brasileira. Recuperado el 14 de Agosto de: URL: <http://www.scielo.br>
- Suzigan, L. Z. C., Silva, R. B. P., & Maciel-Guerra, A. T. (2005). Aspectos psicossociais da Síndrome de Turner. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49 (1), 157- 164.
- Trucco, M. (2002) Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40.suppl. 2. Santiago
- Villamil, J. (2005) Del Todo a la Parte o de la Parte al Todo, Relación y Emergencia. Recuperado el 2 de Diciembre de 2008 en URL: <http://dis.unal.edu.co/profesores/lucas/tgs/Tgs001.pdf>



Zinn, A., Roeltgen, D., Stefanatos, G., Ramos, P., Elder, F., Kushner, H., Kowal, K., & Ross, J. (2007) A Turner syndrome neurocognitive phenotype maps to Xp22.3 *Behavioral and Brain Functions* Recuperado el 4 de Octubre de 2008 en: URL <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/24>



ANEXOS

Anexo 1 – QSS

CUESTIONARIO QSS

Fecha de administración:

Fecha de nacimiento:

Instrucciones: Las frases que siguen contienen impresiones y sentimientos que un estudiante puede experimentar concurriendo a la escuela. Responde con cuidado, indicando cuanto tienen de verdad, para vos, cada una de estas afirmaciones. Redondea el número correspondiente a tu respuesta según la siguiente puntuación:

NO VERDADERO 1 → 2 → 3 → 4 VERDADERO

	1	2	3	4
1. Me siento a gusto en mi curso y en la escuela.				
2. Tengo miedo que la escuela me interese cada día menos.				
3. Me pone mal tener que tratar con ciertas personas en la escuela.				
4. Entre mis compañeros de escuela mi opinión es tenida en cuenta.				
5. Estoy desilusionada de la escuela.				
6. Estar con mis compañeros me pone tensa y nerviosa.				
7. Me siento útil al resolver los problemas dados por los maestros o profesores.				
8. No soporto que otros me fuercen a estudiar.				
9. Siempre en la escuela alguien se mete conmigo.				
10. En mi estudio rindo lo que mis maestros o profesores esperan de mí.				
11. Me siento muy cansada de las actividades escolares.				
12. A mis compañeros les importa lo que yo pienso.				
13. Me parece que los maestros o profesores no valoran lo que hago.				
14. Me siento agotada al final de cada clase.				
15. Les caigo bien a la mayoría de las personas que trato en la escuela.				
16. Me siento mal cuando veo mis notas.				
17. Me parece que los maestros o profesores se la agarran conmigo sin tener una buena razón.				
18. Creo tener gran influencia sobre mis compañeros.				
19. Me siento interiormente agotado por la escuela.				
20. Tengo la impresión, que algunos en la escuela, hacen de todo para molestarme.				
21. Me es fácil hablar con mis maestros o profesores.				
22. A veces siento que no puedo con la escuela.				
23. Tengo miedo que la relación con mis compañeros se vuelva cada día más difícil.				
24. En las tareas escolares he obtenido resultados satisfactorios.				
25. Estoy preocupada cuando me levanto a la mañana y sé que tengo que ir a la escuela.				
26. A veces siento que, con mis compañeros, mi paciencia llega al límite.				
27. Estoy contenta de trabajar junto a mis maestros o profesores.				
28. Pienso que la escuela no fue hecha para mí.				
29. No puedo confiar en ciertos maestros o profesores.				
30. Logro obtener las notas que deseo.				
31. Me dan ganas de no ir a la escuela.				
32. Tengo por mis compañeros sentimientos que ellos no tienen hacia mí.				
33. Pienso que mis maestros o profesores pueden contar conmigo.				
34. En ciertos momentos la escuela me da miedo.				
35. Algún maestro podría hacerme las cosas más fáciles, si le importara.				

Anexo 2 – ENPAD

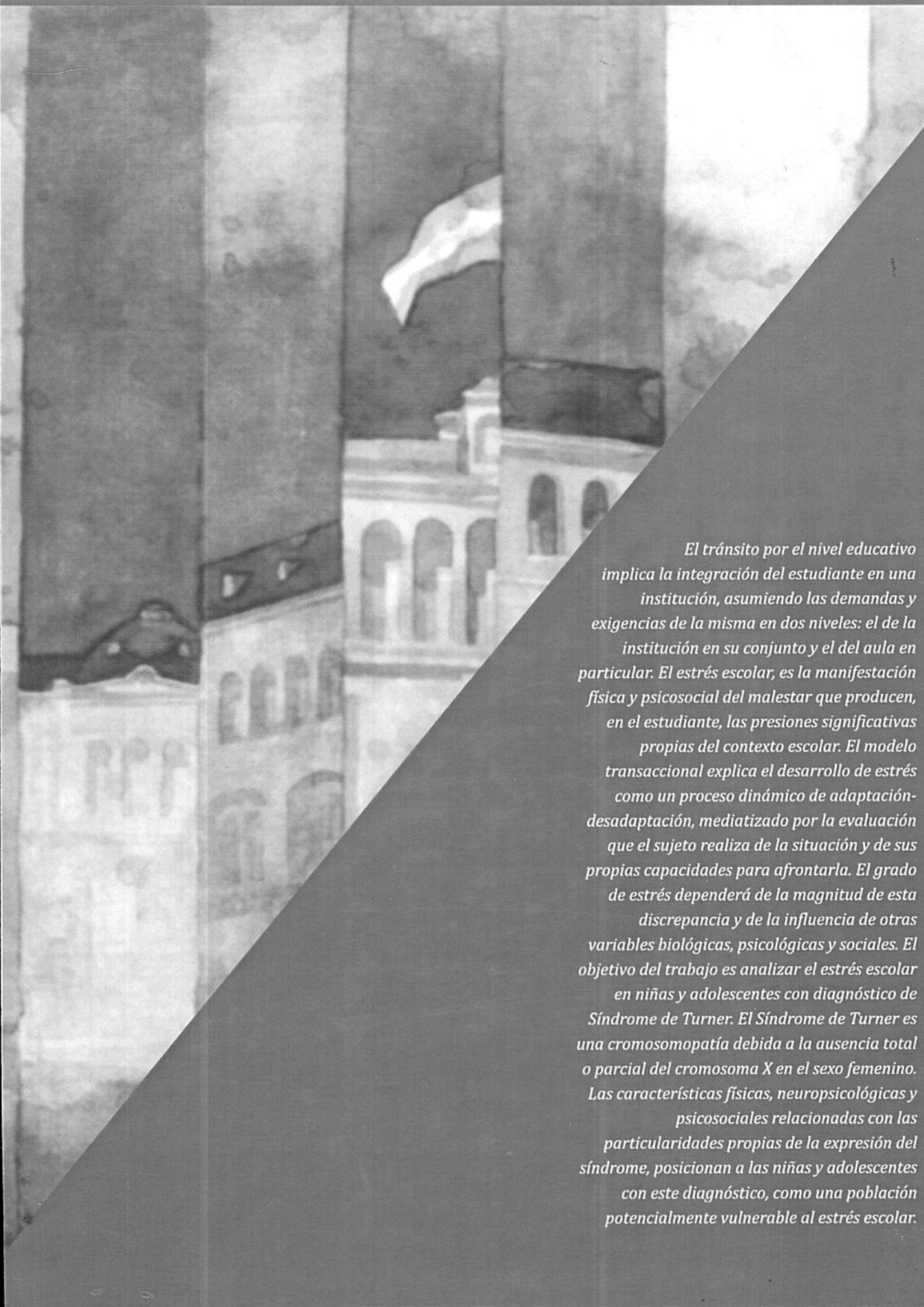
ENPAD (VECA-1) (Cabrillo y González, 2009)		Código: Nombre del/a niño/a: Edad: Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Fecha: Día Mes Año					
PADRES							
Instrucciones para completar el cuestionario: Seriedadmente se presenta una serie de preguntas que tienen que ver con el pasado y presente de su hijo/a. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda a cada pregunta de la forma que mejor refleje lo que usted percibe. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA (O)							
LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SERÁN TRATADAS DE FORMA ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL							
P-1	¿Cómo fue el periodo de embarazo?	Bueno → 1	Regular → 2	Malo → 3			
P-2	Durante el embarazo ¿Tuvo algún tipo de problema psicológico o médico?	No → 1 Sí → 2 (De qué tipo? (especificar))					
P-3	Tiempo de embarazo	Meses: Días:					
P-4	¿Tuvo alguna complicación en el parto?	Natural → 1 Cesárea → 2 Con fórceps → 3 Otro → 4					
P-5	¿Le dio de mamar a su hijo/a?	Sí → 1 No → 2 (Pase a la P- 6)					
P-6	¿Durante cuánto tiempo le dio de mamar?	Días: Meses:					
P-7	¿Tuvo algún tipo de problema inmediatamente después del parto?	Sí → 1 No → 2 (Pase a la P- 10)					
P-8	¿De qué tipo?						
P-9	El comportamiento del niño/a en los primeros 6 meses era:	Muy Tranquilo → 1 Tranquilo → 2 A veces tranquilo a veces agitado → 3 Agitado → 4 Muy agitado → 5					
P-10	Cuando algunas personas extrañas la alzaban en brazos, se mostraba:	Muy Tranquilo → 1 Tranquilo → 2 A veces tranquilo a veces agitado → 3 Agitado → 4 Muy agitado → 5					
CONSIDERANDO ESTAS PALABRAS RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEL CUADRO N° 1							
Cuadro N° 1	Nunca → (NU) Raramente → (RA) A veces → (AV) Frecuentemente → (FR) Muy Frecuentemente → (MF)		P- 11				
	01	¿Con qué frecuencia lloraba?	01	02	03	04	05
	02	¿Se despertaba de noche?	01	02	03	04	05
	03	¿Comía mal?	01	02	03	04	05
	04	¿Se enfermaba?	01	02	03	04	05
P-12	¿Cuántos meses tenía cuando empezó a caminar?	Meses:					
P-13	Cuando estaba aprendiendo a caminar, sus movimientos eran:	Muy Torpes → 1 Torpes → 2 Normales → 3 Ágiles → 4 Muy ágiles → 5					
P-14	Ante situaciones o personas que no conocía, ella/ él niño/a se mostraba:	Muy Tranquilo → 1 Tranquilo → 2 A veces tranquilo a veces lloraba → 3 Lloraba frecuentemente → 4 Lloraba muy frecuentemente → 5					
P-15	Quando conocía a otros/as niños/as:	Se escondía o los evitaba siempre → 1 Se escondía y los evitaba frecuentemente → 2 A veces los evitaba/ a veces se acercaba → 3 Se acercaba frecuentemente → 4 Se acercaba siempre/ muy frecuentemente → 5					
P-16	Quando se encontraba con animales no peligrosos (perros, gatos):	Se escondía o los evitaba siempre → 1 Se escondía y los evitaba frecuentemente → 2 A veces los evitaba/ a veces se acercaba → 3 Se acercaba frecuentemente → 4 Se acercaba siempre/ muy frecuentemente → 5					
P-17	Quando conocía personas mayores, su comportamiento era:	Se escondía o los evitaba siempre → 1 Se escondía y los evitaba frecuentemente → 2 A veces los evitaba/ a veces se acercaba → 3 Se acercaba frecuentemente → 4 Se acercaba siempre/ muy frecuentemente → 5					
P-18	Quando lo/la dejaban en casa de algún amigo o familiar o en la guardería ella/ él niño/a:	Nunca lloraba → 1 Protestaba un poco pero enseguida se tranquilizaba → 2 Lloraba al principio pero luego se iba calmando → 3 Lloraba frecuentemente y durante gran parte del tiempo → 4 Lloraba siempre y durante casi todo el tiempo → 5					
P-19	¿Dormía con la luz encendida?	Nunca → 1 Raramente → 2 A veces → 3 Frecuentemente → 4 Siempre → 5					
P-20	¿Tenía miedos?	Ninguno → 1 Algunos → 2 Bastantes → 3 Muchos → 4					
P-21	Si su comportamiento cuando estaba con otros niños/as era:	Muy inhibido → 1 Inhibido → 2 A veces inhibido/ a veces desinhibido → 3 Desinhibido → 4 Muy desinhibido → 5					
P-22	Si su comportamiento cuando estaba con adultos era:	Muy inhibido → 1 Inhibido → 2 A veces inhibido/ a veces desinhibido → 3 Desinhibido → 4 Muy desinhibido → 5					
CONSIDERANDO ESTAS PALABRAS RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEL CUADRO N° 2							
Cuadro N° 2	Nunca → (NU) Raramente → (RA) A veces → (AV) Frecuentemente → (FR) Muy Frecuentemente → (MF)		P- 23				
	01	Se reía cuando estaba con otros niños/as	01	02	03	04	05
	02	Lloraba cuando estaba con otros niños/as	01	02	03	04	05
	03	Tenía temblores cuando quería conseguir algo	01	02	03	04	05
	04	Tenía miedos	01	02	03	04	05
	05	Se acercaba ante juguetes u objetos llamativos	01	02	03	04	05
	06	Estaba pegajosa/ a las faldas de mamá	01	02	03	04	05
	07	Le asustaba la oscuridad	01	02	03	04	05



P - 24	¿A qué edad dejó de hacerse pis en la cama?		Años		Meses		
P - 25	Su hijo/a tiene (sin contar a él/ella) hermanos (consignar edades)			Hermanas (consignar edades)			
P - 26	¿Qué lugar ocupa entre los hermanos?						
	1°	2°	3°	4°	5°	Otro...	
P - 27	Su hijo/a tiene aproximadamente ¿Cuántas amistades íntimas? (no incluye hermanas/os)						
	Ninguno → 0		Uno → 1		Dos o tres → 2		
P - 28	Su hijo/a tiene actividades con los amigos/as fuera de las horas de clase ¿Cuántas veces por semana?						
	No → 0		Menos de una → 1		Una o dos → 2		
P - 29	El comportamiento de su hijo/a en las relaciones con los otros/as niños/as						
	Ha mejorado mucho con el tiempo → 1		Ha mejorado algo con el tiempo → 2		Ha empeorado mucho con el tiempo → 3		
	Ha sido siempre igual → 3		Ha empeorado algo con el tiempo → 4		Ha mejorado mucho con el tiempo → 5		
P - 30	Diría que su hijo/a actualmente es un/a niño/a						
	Nada sociable → 1		Algo sociable → 2		Más o menos sociable → 3		
			Bastante sociable → 4		Muy sociable → 5		
P - 31	En comparación con otros niños de la misma edad, hasta qué punto:						
	Peor que los demás		P - 32 Igual que los demás		Mejor que los demás		
a) ¿Consegue relacionarse adecuadamente con sus hermanas/os?	1	2	3				
b) ¿Consegue relacionarse adecuadamente con otros/as niños/as?	1	2	3				
b) ¿Consegue comportarse adecuadamente en relación con sus papás?	1	2	3				
c) ¿Consegue divertirse y trabajar por sí mismo/a sin depender de los demás?	1	2	3				
P - 32	Cuando se encuentra por primera vez con otros/as niños/as se muestra						
	Muy Temerosa → 1		Algo Temerosa → 2		Normal → 3		
			Desinhibida → 4		Muy desinhibida → 5		
P - 33	¿Es sensible a las críticas de los demás?						
	Nada → 1		Un Poco → 2		Más o menos → 3		
			Bastante → 4		Mucho → 5		
P - 34	Cuando se le presentan situaciones nuevas o desconocidas se muestra						
	Muy Temerosa → 1		Algo Temerosa → 2		Normal → 3		
			Desinhibida → 4		Muy desinhibida → 5		
P - 35	¿Tiene miedo a determinados animales, situaciones o lugares, sin incluir la escuela? (enumerarlos)						
	1. _____		3. _____		5. _____		
	2. _____		4. _____		6. _____		
P - 36	PREGUNTAS, HOY EN DÍA... (leer las frases del Cuadro N°4)						
	Nunca → (NU)			Raramente → (RA)		A veces → (AV)	
	Frecuentemente → (FR)			Muy Frecuentemente → (MF)			
	NU	RA	AV	FR	MF		
01.	01	02	03	04	05		
02.	01	02	03	04	05		
03.	01	02	03	04	05		
04.	01	02	03	04	05		
05.	01	02	03	04	05		
06.	01	02	03	04	05		
07.	01	02	03	04	05		
08.	01	02	03	04	05		
09.	01	02	03	04	05		
10.	01	02	03	04	05		
11.	01	02	03	04	05		
12.	01	02	03	04	05		
13.	01	02	03	04	05		
14.	01	02	03	04	05		
15.	01	02	03	04	05		
16.	01	02	03	04	05		
17.	01	02	03	04	05		
18.	01	02	03	04	05		
19.	01	02	03	04	05		
20.	01	02	03	04	05		
21.	01	02	03	04	05		
22.	01	02	03	04	05		
23.	01	02	03	04	05		
24.	01	02	03	04	05		
25.	01	02	03	04	05		
26.	01	02	03	04	05		
27.	01	02	03	04	05		
28.	01	02	03	04	05		
29.	01	02	03	04	05		
30.	01	02	03	04	05		
31.	01	02	03	04	05		
P - 37	PREGUNTAS						
	Nunca → (NU)			A veces → (AV)		Muy Frecuentemente → (MF)	
				PADRE		MADRE	
	NU	AV	MF	NU	AV	MF	
A.	01	02	03	01	02	03	
B.	01	02	03	01	02	03	
C.	01	02	03	01	02	03	
D.	01	02	03	01	02	03	
E.	01	02	03	01	02	03	
F.	01	02	03	01	02	03	
G.	01	02	03	01	02	03	
H.	01	02	03	01	02	03	
I.	01	02	03	01	02	03	
J.	01	02	03	01	02	03	
K.	01	02	03	01	02	03	
P - 38	¿Presenta alguna dificultad en los aprendizajes?						
	No _____						
	Sí _____ ¿Cuál? _____						

Anexo 3 – ENDOC

ENPRO (VECA-2) (Caballo, 2003; basado en Achenbach, 1981)		Código								
DOCENTES		Nombre de la niña:								
		Edad								
		Sexo		Masculino 1		Femenino 2				
		Fecha	Día	Mes	Año					
Instrucciones para completar el cuestionario: Seguidamente se presenta una serie de preguntas que tienen que ver con el comportamiento de usted de sus alumnos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente queremos tener la mayor información posible sobre cómo se comporta en las relaciones sociales con los otros niños y con algunos adultos. Por favor, responda a cada pregunta de la forma que mejor refleje lo que usted percibe. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA (O)										
LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SERÁN TRATADAS DE FORMA ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL										
P - 1	Diría que esta alumna es una niña/a:									
	Nada sociable → 1 Algo sociable → 2 Más o menos sociable → 3 Bastante sociable → 4 Muy sociable → 5									
P - 2	Esta niña tiene aproximadamente ¿cuantos/as amigos/as íntimos/as? (no incluya hermanos/as)									
	Ninguno → 0 Uno → 1 Dos o tres → 2 Cuatro o más → 3									
Cuadro N°1	P - 3			P - 3						
	En comparación con otros niños de la misma edad, hasta qué punto:			Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás						
	a) ¿Consigue relacionarse adecuadamente con otros/as niños/as?	1		2		3				
	b) ¿Consigue comportarse adecuadamente en relación con los adultos?	1		2		3				
	c) ¿Consigue divertirse y trabajar por sí mismo/a sin depender de los demás?			1		2 3				
Cuadro N°2	UTILIZANDO ESTAS PALABRAS RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEL CUADRO N°2					P - 4				
	Nunca → (NU)		Raramente → (RA)		A veces → (AV)	Frecuentemente → (FR)	Muy Frecuentemente → (MF)			
		NU	RA	AV	FR	MF				
	01. Ella/ella es tímido/a o tímida cuando está con otros niños/as	01	02	03	04	05				
	02. Ella/ella es tímido/a o tímida cuando está con personas mayores	01	02	03	04	05				
	03. Se apega a los adultos o es demasiado dependiente	01	02	03	04	05				
	04. Se queja de estar muy sola/a	01	02	03	04	05				
	05. Lira	01	02	03	04	05				
	06. Manifiesta crueldad, intimidación o miedo hacia los demás	01	02	03	04	05				
	07. Se siente culpable después de comportarse mal	01	02	03	04	05				
	08. Exige mucha atención	01	02	03	04	05				
	09. Es desobediente en la escuela	01	02	03	04	05				
	10. No se lleva bien con otros/as niños/as	01	02	03	04	05				
	11. Es torpe o tiene falta de coordinación	01	02	03	04	05				
	12. Se niega a hablar	01	02	03	04	05				
	13. Tiene miedo de ir a la escuela	01	02	03	04	05				
	14. Cree que debe ser perfecta/o	01	02	03	04	05				
	15. Piensa o se queja de que no le cae bien a nadie	01	02	03	04	05				
	16. Las personas se ríen de ella/a	01	02	03	04	05				
	17. Le gusta estar sola/a	01	02	03	04	05				
	18. Molesta a los otros alumnos	01	02	03	04	05				
	19. Es nerviosa/o o tenso/a	01	02	03	04	05				
	20. No les cae bien a los otros niños/as	01	02	03	04	05				
	21. Es testarudo/a, malhumorado/a o irritable	01	02	03	04	05				
	22. Cambia rápidamente de estado de ánimo (alegre/triste)	01	02	03	04	05				
	23. Habla demasiado	01	02	03	04	05				
	24. Es poco activa/o, le falta energía	01	02	03	04	05				
	25. Está triste o deprimido/a	01	02	03	04	05				
	26. Se queja	01	02	03	04	05				
	27. Es introvertido/a, no establece relaciones afectivas con los demás	01	02	03	04	05				
	28. Se pelea con otros/as niños/as	01	02	03	04	05				
	29. Es impulsivo/a o actúa sin pensar	01	02	03	04	05				
	30. Es demasiado sumiso	01	02	03	04	05				
31. Está en las nubes o se refugia en su imaginación	01	02	03	04	05					
32. Tiene dificultades para seguir indicaciones	01	02	03	04	05					
33. Se comporta de manera muy infantil para su edad	01	02	03	04	05					
P - 5	¿Es sensible a las críticas de los demás?									
	Nada → 1 Un Poco → 2 Más o menos → 3 Bastante → 4 Mucho → 5									
P - 6	Cuando se le presentan situaciones nuevas o desconocidas se muestra									
	Muy Temeroso → 1 Algo Temeroso → 2 Normal → 3 Desinhibido → 4 Muy desinhibido → 5									
P - 7	¿Tiene miedos o temores?									
	Ninguno → 1 Algunos → 2 Bastantes → 3 Muchos → 4									
P - 8	Cuando se encuentra por primera vez con otros/as niños/as se muestra									
	Muy Temeroso → 1 Algo Temeroso → 2 Normal → 3 Desinhibido → 4 Muy desinhibido → 5									
P - 9	¿Presenta alguna dificultad en los aprendizajes?									
	No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____									



El tránsito por el nivel educativo implica la integración del estudiante en una institución, asumiendo las demandas y exigencias de la misma en dos niveles: el de la institución en su conjunto y el del aula en particular. El estrés escolar, es la manifestación física y psicosocial del malestar que producen, en el estudiante, las presiones significativas propias del contexto escolar. El modelo transaccional explica el desarrollo de estrés como un proceso dinámico de adaptación-desadaptación, mediatizado por la evaluación que el sujeto realiza de la situación y de sus propias capacidades para afrontarla. El grado de estrés dependerá de la magnitud de esta discrepancia y de la influencia de otras variables biológicas, psicológicas y sociales. El objetivo del trabajo es analizar el estrés escolar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. El Síndrome de Turner es una cromosomopatía debida a la ausencia total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Las características físicas, neuropsicológicas y psicosociales relacionadas con las particularidades propias de la expresión del síndrome, posicionan a las niñas y adolescentes con este diagnóstico, como una población potencialmente vulnerable al estrés escolar.