

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TITULO DEL PROYECTO

Autoconcepto y tratamiento sustitutivo con estrógenos en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme OCS 143/89

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:

Burkhard, Nerina Judith. Mat. : 6915/ 05 DNI: 32.289.899

Giugno, Celeste Maria. Mat.: 6120 / 03 DNI: 30.888.897

Sartori, María Soledad. Mat. : 6807/ 04 DNI: 32.117.164

SUPERVISOR: Mg. Marcela López

CO-SUPERVISOR: Lic. María José Aguilar

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Biología Humana

FECHA DE PRESENTACIÓN: 17 de Mayo de 2010



[Handwritten signature]
* JUSTO ZANIER
* MEDICO
Mat. 907


[Handwritten signature]

N° CLASIFICACION :		ADQUISICION :	
t-18	B	10/11	
		N° INVENTARIO :	
		2167	

“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Burkhard, Nerina Judith, Giugno, Celeste María y Sartori, María Soledad 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 los autores”.


Nerina
Burkhard .


CELESTE
GIUGNO

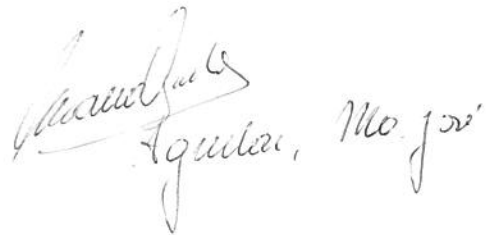

MARIA Soledad
SARTORI .

1.- "El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos Burkhard, Nerina Judith, Mat. : 6915/ 05; Giugno, Celeste María, Mat. : 6120 / 03 y Sartori, María Soledad. Mat. : 6807/ 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 2010"

2.- Firma, aclaración y sello de supervisor y/o co-supervisor



López Muro

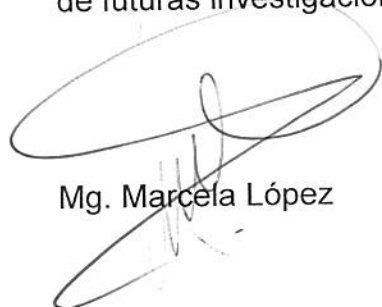


Aguilar, M. J.

En calidad de supervisora y co-supervisora del proyecto podemos concluir que los objetivos han sido debidamente alcanzados permitiendo generar información nueva de la temática abordada. Los datos presentados favorecen el planeamiento de acciones y el desarrollo de programas de prevención destinados a mejorar la calidad de vida de las niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.

Queremos destacar la labor desarrollada por las estudiantes Nerina Burkhard, María Soledad Sartori y Celeste María Giugno quienes han demostrado capacidad y autonomía en el relevamiento y análisis crítico de la literatura correspondiente; así como responsabilidad y sensibilidad en el trabajo con poblaciones clínicas.

Durante el desarrollo de la tesis las estudiantes lograron una visión crítica de las implicancias de llevar a cabo una investigación y de los desafíos que constantemente se deben sortear para realizar la misma. Resultados preliminares de la tesis han sido presentados en dos trabajos a congresos: Interpsiquis 2010 y XII Congreso Metropolitano de Psicología (2010). Asimismo, se destaca el interés en el abordaje de nuevas líneas de investigación relacionadas con la temática desde donde se desprenderán futuros proyectos de investigación. La siguiente tesis es el reflejo de un trabajo sistemático y riguroso cuyos datos pueden ser utilizados como punto de partida de futuras investigaciones.



Mg. Marcela López



Lic. María José Aguilar

1.- “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 los alumnos Burkhard, Nerina Judith, Mat. : 6915/ 05; Giugno, Celeste María, Mat. : 6120 / 03 y Sartori, María Soledad. Mat. : 6807/ 04.”

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la comisión asesora.

3.- Fecha de aprobación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TITULO DEL PROYECTO

**Autoconcepto y tratamiento sustitutivo con estrógenos en
niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner**

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular
conforme OCS 143/89

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS:

Burkhard, Nerina Judith. Mat.: 6915/ 05 DNI: 32.289.899

Giugno, Celeste Maria. Mat.: 6120 / 03 DNI: 30.888.897

Sartori, María Soledad. Mat.: 6807/ 04 DNI: 32.117.164

SUPERVISOR: Mg. Marcela López

CO-SUPERVISOR: Lic. María José Aguilar

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Biología Humana

FECHA DE PRESENTACIÓN: 17 de Mayo de 2010



DESCRIPCIÓN RESUMIDA.

El autoconcepto es definido por Shavelson como la percepción que un individuo tiene de sí mismo, basada directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta. Shavelson plantea un modelo multidimensional y jerárquico, proponiendo como integrantes del constructo dimensiones emocionales, sociales, físicas, académicas y familiares. Cada una de estas dimensiones posee un dominio específico y puede ser valorada independientemente. La presente tesina tiene por objetivo el estudio del autoconcepto en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner, y explorar posibles relaciones entre las dimensiones del constructo y el tratamiento sustitutivo con terapia estrogénica. Estos datos resultarán útiles para comprender el grado de “vulnerabilidad” de esta población respecto de la valoración que realizan de sí mismas en diferentes períodos evolutivos de su vida y su valor diferencial en la adolescencia, como momento crítico en su desarrollo.

PALABRAS CLAVES:

Síndrome de Turner – autoconcepto – estrógenos.

DESCRIPCIÓN DETALLADA.

El autoconcepto es definido por Shavelson y colaboradores (1976), como la percepción que un individuo tiene de sí mismo, basada directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta. Shavelson plantea un modelo multidimensional y jerárquico, proponiendo como integrantes del constructo dimensiones emocionales, sociales, físicas, académicas y familiares. Cada una de estas dimensiones posee un dominio específico y puede ser valorada independientemente. Un punto interesante relacionado con la multidimensionalidad es la posibilidad de establecer, en un sujeto, la contribución relativa de cada una de las dimensiones al constructo general, como así también, identificar posibles relaciones entre las dimensiones y otras variables (rendimiento académico, aceptación social, etc).

El modelo propuesto destaca, asimismo, la importancia de la variable edad sobre cada una de sus dimensiones, debido a que los cambios en el desarrollo evolutivo de los sujetos y las continuas experiencias e interacciones a las que están expuestos modifican su autoconcepto. También se han referido cambios en el autoconcepto en circunstancias de crisis vitales y crisis accidentales (Musitu y García, 2001).

El presente proyecto propone el estudio del autoconcepto en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner (ST), considerándolas una población "vulnerable" debido a la imagen corporal que poseen como consecuencia de las características físicas y psicológicas propias del síndrome.

El ST es un trastorno cromosómico, no heredable, con una incidencia poblacional de 1:1.900 niñas nacidas vivas, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Si bien es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres afectadas no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006).

Dentro de las características físicas más frecuentes se encuentran: talla baja, disgenesia gonadal y ausencia de la maduración puberal. Cognitivamente no presentan déficit en las habilidades verbales y las capacidades intelectuales. Sin embargo, se han observado problemas en ciertos procesos de aprendizaje debido a dificultades en el manejo del factor numérico (matemáticas y cálculos), y dificultades para generar y/o comprender conceptos abstractos y para planear y llevar a cabo tareas complejas. Asimismo, presentan déficit en las habilidades visuo-espaciales (dibujo, planos, interpretar caras) y en la memoria no verbal, en especial la memoria a corto plazo, lo que conlleva a un CI verbal mayor a CI manipulativo. También se les dificulta mantener la atención activa, presentando hiperactividad leve o inquietud psicomotora e insomnio (Del Alamo, 2006).

Lo expuesto, da cuenta que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST atraviesan durante su desarrollo situaciones disruptivas, consecuencia de las características particulares del síndrome. El significado que ellas le atribuyan a su síndrome va a depender de su condición médica, y de factores asociados de fuerte impacto emocional como la posibilidad de inferir futuras consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para su vida.

A este respecto, diversas investigaciones señalan la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial de los individuos. Una de las características fundamentales del modelo propuesto por Shavelson es el carácter evaluativo del autoconcepto. Esta característica hace referencia a la valoración que hacen los individuos de sí mismos en situaciones particulares. Esta valoración diferencial depende, probablemente, de las experiencias pasadas del individuo en una cultura, sociedad y familia particular, dando cuenta, desde un enfoque sociológico, que el autoconcepto personal es situacionalmente específico.

Las valoraciones pueden realizarse comparándose con patrones absolutos, "el ideal" a alcanzar, y pueden hacerse comparándose con patrones relativos, tales como las valoraciones percibidas de los "otros significativos" (Musitu y col., 1997), destacando el papel fundamental que cumple en el desarrollo del autoconcepto la socialización. Este proceso se da primariamente en la familia, y continúa luego durante la escolarización, donde la interacción con profesores y compañeros cumplen un rol significativo en el desarrollo del autoconcepto (Navarro y col., 2006).

La dificultad de las niñas y las adolescentes con diagnóstico de ST para interactuar con sus pares es una característica ampliamente descrita en la literatura. En general presentan inmadurez emocional, con dificultades para establecer nuevas relaciones, timidez e imagen corporal negativa. Asimismo, los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa son más frecuentes que en la población general (Labarta, 2004).

Algunos autores consideran que la apariencia física y el retraso puberal pueden estar relacionados con los grandes disturbios emocionales y sociales

que se observan en niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. La atención médica y psicológica debe estar orientada a prevenir la aparición de dificultades y mejorar la calidad de vida, garantizando un desarrollo completo de su personalidad. En este sentido, el desarrollo de programas de intervención que permitan reforzar el autoconcepto y generar mayor confianza en sí mismas, sería una acción fundamental para promover.

A este respecto, es necesario tener en cuenta la importancia que tiene en el desarrollo de la propia imagen corporal, el inicio del tratamiento sustitutivo con estrógenos en el momento adecuado. Ross y col. (1998) han relacionado ciertos déficit asociados al ST con la insuficiencia estrogénica. También se ha demostrado un efecto positivo del tratamiento precoz con estrógenos sobre la autoestima y la conducta en adolescentes con ST (Ross, 1996).

Por lo expuesto, el presente proyecto propone analizar el autoconcepto en niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, explorando posibles relaciones entre las dimensiones del constructo y el tratamiento sustitutivo con estrógeno. Estos datos resultarán útiles para comprender el grado de "vulnerabilidad" de esta población respecto de la valoración que realizan de sí mismas en diferentes períodos evolutivos de su vida.

OBJETIVO GENERAL.

- Explorar posibles relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y el tratamiento sustitutivo con estrógenos en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner

Objetivos específicos.

- Comparar la contribución relativa de cada una de las dimensiones del autoconcepto, en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner con y sin tratamiento sustitutivo con estrógenos
- Identificar si existen diferencias en estas variaciones atribuidas a la edad de inicio del tratamiento
- Identificar si existen diferencias en estas variaciones atribuidas a la talla de inicio del tratamiento

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 ST escolarizadas de la ciudad de Mar del Plata y sus respectivos controles pareados por edad, nivel de instrucción y madurez puberal. Los controles serán seleccionados de las instituciones educativas a las que concurren las niñas con ST. Se excluyen niñas y/o adolescentes 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.

El abordaje metodológico se realizará a través de la aplicación del Test de Autoconcepto Forma 5 (AF5) (Musitu y García, 2001). Esta prueba surge como versión ampliada y actualizada de otra ya existente, el Autoconcepto Forma A o AFA. El cuestionario está compuesto por 30 elementos y evalúa el autoconcepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico, emocional, familiar y físico.

Paralelamente se realizará un registro de los datos consignados en las Historias Clínicas (edad, curvas de crecimiento, tratamientos hormonales, etc.) Acorde con los objetivos propuestos, los datos serán sometidos a un análisis estadístico descriptivo.

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 diagnostico de Síndrome de Turner.

Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	MESES					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Búsqueda, revisión y análisis de la literatura	x	x	x	x	x	x
Desarrollo del marco teórico	x	x				
Contacto con las Instituciones de Salud y Educativas		x	x			
Selección de los participantes (casos-contrroles)			x	x		
Aplicación del instrumento (AFA-5)			x	x		
Análisis de los datos obtenidos				x	x	
Elaboración Informe final					x	x

BIBLIOGRAFÍA.

- Alzate M.; Arbeláez, M.; Aragon, S. (2000). La autoestima como proceso potencialización del desarrollo humano. *Revista de Ciencias Humanas UTP*. N° 19. Colombia.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (A.P.A). (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Bleichmar, E. (2004). Modelos interactivos entre la genética de la conducta y la parentalización. *Revista de psicoanálisis*. N° 17.
<http://www.aperturas.org/17dio.html>
- Del Alamo, A. (2006). Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner. www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner.
- Fierro, A. (1996). El conocimiento de sí mismo. En Fierro A. (comp). *Manual de Psicología de la personalidad*. Paidós. Barcelona
- Gore, S.; Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. En: Haggerty, R.; Sherrod, L.; Garmezi, N.; Rutter, M. (Eds). *Stress, Risk and resilience in Children and Adolescent*. University Press Cambridge.
- Katarzna, L.; Karpiak, M.; 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).
- Labarta, J. (2004). *Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología y Pediatría. 12: 1-23.

- Lawrence, K.; Jones, A.; Orelan, L.; Spektor, D.; Mandy, W.; Campbell, R.; Skuse D. (2007). The development of mental state attributions in women with X-monosomy, and the role of monoamine oxidase B in the sociocognitive phenotype. *Cognition*. 102 (1):84-100.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- López Mato, A. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Editorial Polemos
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*. 1298: 83-92. www.ics-elsevier.com.
- Mccauley, E.; Ross, J.; Kushner, H. (1995). Self-esteem and behaviour in girls with Turner syndrome. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 16:82-88.
- Monereo, S.; Peñalver, D. (2003). *La mujer adulta con Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Curso de Formación de Posgrado, Zaragoza. 9:147-165.
- Musitu, G.; García, F.; Gutiérrez, M. (1997). *Autoconcepto Forma A (A.F.A)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Musitu, G.; García, F. (2001). *AF5 Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Navarro, E.; Tomás, J.; Oliver, A. (2006). Factores familiares, personales y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. *Boletín de psicología*. N° 88. www.uv.es/seoane/boletin/n88.

- Plomin, R.; De Fries, J.; McClearn, G.; Guffin, P. (2002). *Genética de la Conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- Portellanos, J. (2001). Aspectos neuropsicológicos del Síndrome de Turner. En Pombo, M.; Vicens, E. El Síndrome de Turner. Enfoque multidisciplinario y optimización del tratamiento con GH. *Pharmacia Spain*. p. 91-96.
- Ramos, F. (2003). *Síndrome de Turner: manifestaciones clínicas*. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Curso de Formación de Posgrado, Zaragoza. 9:1-12.
- Ross, J.; Roeltgen, D (1996). Self-concept and behavior in adolescent girls with Turner's syndrome: potential estrogen effects. *J. Clin. Endocr. Metab.* 81:926-931.
- Ross, J.; Roeltgen, D.; Feuillan, P.; Kushner, H.; Cutler, J. (1998). Effects of estrogen on nonverbal processing speed and motor function in girl with Turner's syndrome. *J. Clin. Endocr. Metab.* 83:3198-3204.
- Ross, J.; Roeltgen, D.; Stefanatos, G.; Feuillan, P.; Kushner, H.; Bondy, C.; Cutler, J. (2003). Androgen-Responsive Aspects Of Cognition In Girls with Turner Syndrome. *J. Clin. Endocr. Metab.* 88(1):292-296.
- 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.

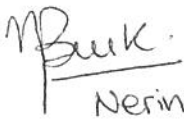
Shavelson, J.; Hubner, J.; Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Rev. Of. Educat. Res.* 46:407-442.


Trianes, M. (2002). *Niños con estrés*. México: Alfa Omega-Narcea.


Verduzco, M.; Gómez, E.; Duran, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental.* 27:18-25.


López Marcela


Lic. Lilián Bakker


Nerina Burkhard.


MARIA Soledad Sartori


Giverno, Celeste María.

23-X-08 ; A los


JUSTO ZANIER
MAT. 90768

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS 1989 OCS 143/89

APELLIDOS Y NOMBRES: Burkhard, Nerina Judith. Mat. : 6915/ 05
Giugno, Celeste Maria. Mat. : 6120 / 03
Sartori, Maria Soledad. Mat. : 6807/ 04

CÁTEDRA DE RADICACIÓN: Biología Humana

SUPERVISOR: Mg. Marcela López

CO -SUPERVISOR: Lic. María José Aguilar

TÍTULO DEL PROYECTO

**Autoconcepto y tratamiento sustitutivo con
estrógenos en niñas y adolescentes con diagnóstico
de Síndrome de Turner**



RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

PRIMERA PARTE: LÍNEAS TEÓRICAS.

CAPÍTULO I. AUTOCONCEPTO.

I. AUTOCONCEPTO: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

I. I. RECORRIDO HISTORICO DEL CONSTRUCTO.

I. II. DEFINICION DE AUTOCONCEPTO DESDE EL MODELO
MULTIDIMENSIONAL.

I. III. FORMACION DEL AUTOCONCEPTO.

I. III. I Socialización.

I. III. II Socialización primaria.

I. III. III Socialización secundaria.

I. IV. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

II. APORTES DESDE LA INVESTIGACION AL ESTUDIO DEL AUTOCONCEPTO.

II. I. AUTOCONCEPTO Y ÁMBITO ESCOLAR.

II. II. AUTOCONCEPTO, AMBIENTE FAMILIAR Y GÉNERO.

CAPÍTULO II. SINDROME DE TURNER.

II. CARACTERIZACION DEL SINDROME DE TURNER.

II. I. MANIFESTACIONES CLINICAS.

II. II. TRATAMIENTOS HORMONALES.

II. II. I. Hormona de crecimiento.

II. II. II. Tratamiento sustitutivo con estrógenos.

II. III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

II. III. I Características Neuropsicológicas

II. III. II. Características Psicosociales

II. V. IMPORTANCIA DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL EN EL
SÍNDROME DE TURNER.

SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

III. I. OBJETIVO GENERAL.

III. II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

IV. I. DISEÑO.

IV. II. PARTICIPANTES.

IV. II. I. Descripción de los participantes.

IV. III. INSTRUMENTOS.

IV. IV. PROCEDIMIENTO.

CAPÍTULO V. RESULTADOS.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.

VI. I LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

REFERENCIAS.

ANEXOS.

AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCION.

El autoconcepto ha sido durante la historia de la psicología un constructo muy estudiado y muy variable. Hasta los años setenta era considerado un constructo unidimensional, por lo que podía ser presentado de forma global a través de múltiples contextos. Sin embargo, en los años ochenta se abandonó éste enfoque y se dio paso a un modelo multidimensional. Dentro de esta línea, Shavelson, Hubner y Staton (1976) definieron el autoconcepto como la percepción que un individuo tiene de sí mismo basada directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta. Dichos autores plantearon un modelo multidimensional y jerárquico integrado por cinco dimensiones: emocional, social, física, académica y familiar. Cada una de estas dimensiones posee un dominio específico y puede ser valorada independientemente. El modelo multidimensional presenta como punto interesante la posibilidad de establecer, en una persona, la contribución relativa de cada una de las dimensiones al constructo general, como así también, identificar posibles relaciones entre las dimensiones y otras variables como rendimiento académico y aceptación social, entre otras.

En el presente trabajo se realizó un análisis teórico del autoconcepto, desde el modelo multidimensional, en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner (ST). El ST es un trastorno cromosómico, no heredable, determinado por la deleción total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Su incidencia poblacional es de 1:1900 niñas (Murphy, Mazzocco y Gerner, 2006).

Las características clínicas más frecuentes son talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos, 2003). Cognitivamente no presentan déficit en las habilidades verbales y las capacidades intelectuales. Sin embargo, se han observado problemas en ciertos procesos de aprendizaje debido a dificultades en el manejo del factor numérico (matemáticas y cálculos) y dificultades para generar y/o comprender conceptos abstractos, planear y llevar a cabo tareas complejas. Asimismo, presentan déficit en las habilidades visuo-espaciales (dibujo, planos, interpretar caras) y en la memoria no verbal, en especial la memoria a corto plazo, lo que conlleva la presencia de un CI verbal mayor al CI manipulativo (Del Alamo, 2006)

Desde una perspectiva psicosocial, la dificultad de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST para interactuar con sus pares es una característica ampliamente descrita en la literatura. En general presentan inmadurez emocional, con dificultades para establecer nuevas relaciones, timidez e imagen corporal negativa. Los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa son más frecuentes que en la población general (Labarta, 2004). Algunos autores (Danielewics y Pisula, 2005; Suzigan et. al. 2004; McCauley, Ross y Kushner, 1995) consideran que los grandes disturbios emocionales y sociales pueden estar relacionados con la apariencia física y el retraso puberal. Las mujeres con diagnóstico de ST atraviesan durante su desarrollo situaciones disruptivas, consecuencia de las características particulares del síndrome. El significado que ellas le atribuyan va a depender de su condición médica y de factores asociados de fuerte impacto emocional como la posibilidad de inferir futuras consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para su vida.

Diversas investigaciones señalan la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial de las personas. Una de las características fundamentales del modelo propuesto por Shavelson, et. al (1976) es el carácter evaluativo del autoconcepto, esta característica hace referencia a la valoración que hacen los individuos de sí mismos en situaciones particulares. La comprensión de la importancia del estudio del autoconcepto a partir del modelo multidimensional, en una población vulnerable como las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, permitió valorar el impacto que tienen las características biológicas, psicológicas y sociales propias de la expresión del síndrome sobre la percepción que tienen de sí mismas y su valor diferencial en la pubertad como momento crítico en su desarrollo.

PRIMERA PARTE: LÍNEAS TEÓRICAS

CAPÍTULO I. AUTOCONCEPTO.

I. AUTOCONCEPTO: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

I. I. RECORRIDO HISTORICO DEL CONSTRUCTO.

El término autoconcepto tuvo sus primeras aproximaciones teóricas con aportes tanto desde la Filosofía, como de la Psicología. Uno de sus principales precursores, creador de la corriente filosófica pragmática y representante de la corriente funcionalista en Psicología, ha sido William James (1910) quien a fines del siglo XIX comenzó a realizar aportes al concepto. Dicho autor en su obra *Principios de la Psicología*, dedica un capítulo a la *conciencia del yo* y se ocupa de explorar las particularidades del *yo (o self) global*. James consideraba al yo (self) como objeto de conocimiento, incluyendo un self material (un yo extendido que además del cuerpo contiene a la familia y posesiones), un self social (que incluye las visiones de otros acerca del yo) y otro espiritual (que incluye las emociones y deseos del individuo). Dichos aspectos son capaces de evocar sentimientos de autoestima tanto altos como bajos, satisfacciones como insatisfacciones. James (1910), consideraba al self como unidad diferenciada y a su vez íntimamente asociada con emociones, mediatizadas a su vez por la autoestima.

Desde la perspectiva propiamente psicológica, a comienzos del siglo XX algunos teóricos del campo de la personalidad comienzan a emplazar el “yo” fundamentalmente al campo de la Psicología (González y Tourón, 1992).

El conductismo no prestó demasiado interés al estudio de los procesos internos, ya que centraba sus investigaciones principalmente en el modelo estímulo-respuesta y así otorgaba un status científico a la Psicología. Para dicha corriente el autoconcepto poseía una concepción mística, similar a la noción de alma (Epstein, 1973). Por otra parte, las teorías psicoanalíticas consideraban que para explicar la conducta humana no bastaba centrarse solo en los efectos o respuestas que brindaba el sujeto, sino que la importancia radicaba en los procesos internos producidos entre las diferentes instancias psíquicas, el ello, yo y superyó, siendo el yo quien toma contacto con la realidad y evalúa sus acciones conscientes (Freud, 1923).

A mediados de siglo, la corriente fenomenológica-existencial y la psicología humanística o tercera fuerza abordó el estudio de la conciencia directa y se fundamentó en la idea que la conducta no solo es influenciada por experiencias pasadas y presentes, sino también por el significado que cada persona le atribuye a esas experiencias (Wylie, 1961). Para estas corrientes la conducta no es un efecto de los estímulos del ambiente sino de la interpretación subjetiva que el sujeto hace de la realidad (González y Tourón, 1992). Desde esta perspectiva Rogers basa su teoría en el concepto de sí mismo como constructo explicativo, considerando al desarrollo de la personalidad como una congruencia en el campo fenoménico (realidad subjetiva) de la experiencia y la estructura conceptual de la misma que está orientada hacia la autorrealización (Rogers, 1951). Para dicho autor, el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores concientes

de 'mí' o 'yo', algunas de las cuales son el resultado de la valoración que hace la persona de sus experiencias y que, en algunos casos, fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes. El autoconcepto es la imagen que la persona percibe de sí misma, es una percepción organizada que abarca las características y capacidades de las personas. Afirma también, que el autoconcepto es un conjunto de hipótesis para enfrentar la vida y mejorar la conducta.

Otros aportes fueron realizados desde la Psicología Social por la corriente interaccionista simbólica, que consideraba el autoconcepto como un fenómeno social. Un autor relevante dentro de esta corriente fue Cooley (1902), quien definió el self como lo que designa el discurso común a través de los pronombres en primera persona (yo, mi, mío, yo mismo), y solo es identificable a través de sentimientos subjetivos.

George Mead (1934) expandió la conceptualización de Cooley, describiendo que el autoconcepto surge en una interacción social acerca de la percepción del individuo de cómo los otros reaccionan ante él. De manera que el individuo, para anticiparse a las reacciones de otras personas, aprende a percibir el mundo a fin de actuar y comportarse en concordancia con ello. Así, adquiere una fuente de regulación interna que le sirve de guía y estabiliza su comportamiento en ausencia de presiones externas. Para dicho autor, existen tantos selfs como roles sociales y de acuerdo a cada individuo y la situación en la que se encuentre algunos roles serán más significativos que otros.

En los años setenta el autoconcepto se consideraba un constructo unidimensional por lo que podía ser presentado de forma global a través de múltiples contextos. Luego de varias investigaciones, en los años ochenta, se abandona este enfoque y se da paso a un modelo multidimensional del

constructo. Shavelson et. al (1976), definen el autoconcepto como la percepción que tiene una persona de sí mismo. Esta percepción está formada por experiencias e interpretaciones del ambiente. Dentro de este modelo los autores dividieron el autoconcepto global en dos: autoconcepto académico (inglés, historia, matemáticas y ciencia) y autoconcepto no académico (área social, emocional y física). El autoconcepto académico se define como la imagen que el sujeto se forma de sí mismo a partir de su rendimiento académico y las capacidades que lo determinan, aspectos importantes para el sujeto, en la medida en que los son para el medio que les rodea (González, 2005). El autoconcepto no académico implica las descripciones de los sujetos que hacen referencia a los aspectos concretos observables de áreas específicas como el aspecto físico, variables emocionales o cuestiones sociales (Gonzales- Pienda; Nuñez- Pérez y Valle- Arias, 1992)

I. II. DEFINICION DE AUTOCONCEPTO: MODELO MULTIDIMENSIONAL.

El autoconcepto es el eje central para un desarrollo positivo de la personalidad. Engloba una realidad compleja integrada por múltiples percepciones, sentimientos y emociones que el individuo tiene de sí mismo. Autores como Núñez y Gonzáles-Pienda (1994) y Shavelson et. al. (1976) sostienen que en la formación del autoconcepto influye tanto la propia percepción del sujeto sobre sí mismo, como el feedback que recibe de los otros sobre las acciones que realiza, sus capacidades y características personales. En la formación del autoconcepto influyen variables como: el factor normativo, el evolutivo, las diferencias individuales, la relación con los diferentes agentes

de socialización significativos y el feedback que recibe de estas interacciones que pueden ser positivas o negativas

Para Shavelson et. al. (1976) el autoconcepto, por tanto, es definido como la percepción que un individuo tiene de sí mismo, basada directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que él mismo realiza de su propia conducta. Shavelson plantea un modelo multidimensional y jerárquico, proponiendo como integrantes del constructo dimensiones emocionales, sociales, físicas, académicas y familiares. Un punto interesante relacionado con la multidimensionalidad es la posibilidad de establecer, en una persona, la contribución relativa de cada una de las dimensiones al constructo general, como así también, identificar posibles relaciones entre las dimensiones y otras variables (rendimiento académico, aceptación social, etc.).

El modelo propuesto destaca, asimismo, la importancia de la variable edad sobre cada una de sus dimensiones, debido a que los cambios en el desarrollo evolutivo de las personas y las continuas experiencias e interacciones a las que están expuestos modifican su autoconcepto. También se han referido cambios en el autoconcepto en circunstancias de crisis vitales y crisis accidentales (Musitu y García, 2001).

El modelo multidimensional es un modelo jerárquico y multifacético del autoconcepto con siete características básicas:

- 1. Está organizado:** El individuo adopta un sistema de categorización particular que da significado y organiza las experiencias del individuo; las categorías representan una forma de organizar las experiencias propias y de atribuirles un significado y una estructura.

2. **Es multifacético:** el sistema de categorización parece incluir áreas tales como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades sociales y físicas.
3. **Su estructura puede ser jerárquica:** sus dimensiones tienen diferentes significados e importancia en función de los valores y de la edad del individuo
4. **El autoconcepto global es relativamente estable:** su variabilidad depende de su ubicación en la jerarquía, de manera que las posiciones inferiores son más variables.
5. **Es experimental:** se va construyendo y diferenciando a lo largo del ciclo vital de individuo.
6. **Tiene un carácter evaluativo:** la dimensión evaluativa varía en importancia y significado dependiendo de los individuos y las situaciones. Esta valoración diferencial depende de la experiencia pasada del individuo en una cultura y sociedad particular, en una familia, etc.
7. **Es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionados.**

Asimismo el constructo autoconcepto, desde la perspectiva del modelo multidimensional está conformado por cinco dimensiones:

Académico / laboral: Se refiere a la percepción que el individuo tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos, el académico y el laboral. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de profesores o superiores y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto.

Social: se refiere a la percepción que tienen el individuo de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del individuo y a su facilidad para mantenerla y ampliarla; el segundo, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales.

Emocional: hace referencia a la percepción del individuo de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda a situaciones más específicas donde la otra persona implicada es de un rango superior.

Familiar: Se refiere a la percepción que tiene el individuo de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables: dos de ellas formuladas positivamente que aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente, hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares.

Física: Este factor hace referencia a la percepción que tiene el individuo de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social, física y de habilidad. El segundo hace referencia al aspecto físico.

I. III. FORMACION DEL AUTOCONCEPTO.

El autoconcepto es uno de los resultados más importantes del proceso socializador y educativo debido a que proporciona pautas para interpretar la experiencia y es el marco de referencia sobre el cual se organizan las mismas. El significado y el valor de la realidad dependen de como la persona se ve a sí misma. El autoconcepto se construye y se define a lo largo del desarrollo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y de fracaso.

Gonzales Pienda, Núñez- Pérez, Glez-Pumariega, y García-García, (1997) sostienen que el autoconcepto es el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la experiencia personal y el feedback de los otros significativos. En concordancia con estos autores Lujan (2002) considera que el autoconcepto es una realidad dinámica y activa que surge como resultado de un largo proceso de percepción y valoración de las propias experiencias de éxito y fracaso y las informaciones sobre sí mismo recibidas de los demás.

Según Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) los sujetos van desarrollando su autoconcepto a través de la interacción directa, los procesos autoperceptivos y los procesos de comparación social. De ésta forma, el autoconcepto se desarrolla a partir de la respuesta de los demás, pero no de la verdadera respuesta, sino de la que la persona percibe. Esto permite la creación de la metáfora del espejo al considerar al conocimiento de sí mismo como una especie de reflejo de la vida social del individuo, que surge de las percepciones de uno acerca de cómo es visto por los demás. Es así que en



relación con otras personas se establecen comparaciones sociales. Rijsman (1983) sostiene que las personas comparan sus actitudes, logros y habilidades con los demás, en orden a distinguirse de los otros y a establecer una identidad que contribuye a definir su autoconcepto.

Las opiniones que las personas perciben que los otros significativos tienen hacia ellas se constituyen en la base sobre la que se construye el autoconcepto y la autoestima (Musitu et. al., 2001; Markus, 1999; Shrauger y Schoeneman, 1999; Miyamoto y Dormbusch, 1956; Cooley, 1902).

I. III. I Socialización

Musitu y Allatt (1994) definen la socialización como un proceso de aprendizaje no formalizado, en el que a través de un proceso de interacciones el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizan para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente. Dicho proceso es el resultado de una interacción constante entre el socializando y los otros significativos (Schaffer, 1983).

La familia es muy importante en la socialización de los hijos. En el seno familiar se adquieren valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados a la sociedad. La familia, como primer grupo social va mostrando los diferentes elementos distintivos de la conducta, qué es lo valioso, qué normas deben seguirse para ser un miembro de la sociedad y qué parámetros van a determinar el éxito social de una persona (Musitu y Cava, 2001). En éste proceso, el niño no actúa como un sujeto pasivo ya que como señala Arnett (1995) la socialización es un proceso interactivo mediante el cual se transmiten

los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos. Según Musitu y Garcia (2001) el proceso de socialización facilita la consecución de tres objetivos generales importantes que aseguran una correcta integración del sujeto en la sociedad:

1. Control de los impulsos
2. Preparación y ejecución del rol
3. Cultivo de fuentes de significado (lo que tiene que ser valorado)

Durkin (1993) advierte que tradicionalmente el proceso de socialización se ha considerado como un proceso que modela al individuo para que su funcionamiento sea adecuado a la sociedad. En estas conceptualizaciones, el individuo era un sujeto pasivo sobre el cual se aplicaban técnicas dirigidas desde el exterior que lo moldeaban y adecuaban a las exigencias sociales.

La corriente interaccionista simbólica, intentó corregir la visión simplificadora y mecanicista al resaltar el papel activo del yo y considerar al socializado como sujeto activo. Desde esta línea Schaffer (1984) identificó otro nuevo enfoque de la socialización, heredero del interaccionismo simbólico, que él denominó modelo de mutualidad. Esta concepción concibe al niño como un participante activo en su proceso de desarrollo social y resalta la importancia y significatividad de la interdependencia de padres e hijos en sus intercambios sociales, al considerar que estos intercambios son resultado de una negociación constante basada en la exploración y la estimulación mutua. En concordancia con esto Vander Zanden (1986) considera que la socialización es el proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad. En la socialización el individuo interioriza las pautas del entorno socio-cultural y afirma su identidad personal bajo la influencia de unas

agencias socializadoras (familia, escuela, grupo de iguales), de una manera informal y no intencionada (Coloma, 1994). De esta manera la socialización incluye, bajo un mismo proceso, la consecución de dos efectos: la enculturación o interiorización de pautas culturales del entorno y la personalización o afirmación de la identidad personal, todo bajo la influencia de agentes externos y mediante mecanismos procesuales no intencionales.

En este proceso la participación activa del niño se asegura por el aprendizaje y la interiorización de la estructura social en la que el individuo esta inmerso (León, Cantero y Medina, 1998). Esta interiorización es lo que Berger y Luckmann (1995) llaman internalización y la definen como “la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado; o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos del otro, que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí”.

De esta forma la internalización constituye la base “primero para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social” (Berger y Luckmann, 1995), aprehensión que comienza cuando el individuo asume el mundo en el que ya viven los otros. Así, para estos autores, la internalización es la base del proceso de socialización, entendiendo por tal el proceso ontogénico de “inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o de un sector de él”

Coincidiendo con Berger y Luckmann (1995) es posible diferenciar dos etapas o fases bien definidas en el proceso de socialización. La socialización primaria, es la primera que el sujeto atraviesa en la niñez y a lo largo de ella irá convirtiéndose en miembro activo de la sociedad y la socialización secundaria,

cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad.

I. III. II Socialización primaria

Es un proceso que se desarrolla mediante la identificación con carga emocional del niño con sus otros significativos y logra crear, en la conciencia del niño, una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes de otros específicos a los roles y actitudes en general; es decir al concepto denominado por Mead "otro generalizado" (Berger y Luckmann, 1995). En este proceso los otros significativos son, en primer lugar y casi exclusivamente, los miembros de la familia. Una de sus funciones principales es proporcionar a los hijos el espacio psicosocial en el que adquirir, experimentar y someter a prueba los elementos distintivos de la cultura y las normas sociales que permiten su integración en la sociedad. Dicho proceso ocurre, de forma explícita, a través de las relaciones, de las interacciones, y de forma implícita, mediante la observación, la inferencia, el modelado y el ensayo y error (McCall y Simmons, 1982).

En la familia, como grupo primario, la socialización se desarrolla como una función psicológica, como función de la interrelación de sus miembros y como función básica de la organización social; por esto la socialización es el eje fundamental sobre el que se articula la vida intrafamiliar y el contexto sociocultural con sus cargas de roles, expectativas, creencias y valores (Molpeceres, 1994). Pons (1998) sostiene que la familia es el primer marco de referencia que socializa, integra en la sociedad, activa los controles sociales y muestra cómo se desempeñan los roles sociales. Entre los contenidos

transmitidos por la familia al niño, hay que destacar su contribución a la creación de la identidad personal del individuo, es decir, a la consideración que el niño tiene de sí mismo como ser único y diferente (autoconcepto) y la valoración que hace de los rasgos que constituyen este autoconcepto (autoestima). La familia crea en el joven las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo. De esta forma las personas significativas de nuestro entorno y en primera instancia la familia como primer agente socializador, contribuyen, en la interacción, a la construcción del autoconcepto (Lila y Marchetti ,1995).

El proceso de socialización primaria finaliza cuando el concepto de otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo, permitiendo que éste sea ya un miembro efectivo de la sociedad y que esté en posesión subjetiva de un yo y un mundo (Berger y Luckmann, 1995).

I. III. III. Socialización secundaria.

La socialización secundaria se produce debido a que nuestra sociedad exige aprendizajes específicos que posibiliten, con unas mínimas garantías de éxito, la participación plena en dicha sociedad. Según Ovejero (1998), la socialización secundaria es “menos inclusiva que la primaria y afecta a áreas más concretas de la experiencia personal”. Se trata de completar la identidad personal añadiendo, a la que se construye en la familia, la identidad determinada por la asunción de la significación social de determinados roles (Torregrosa y Fernández, 1984).

El proceso de socialización secundaria supone la internalización de submundos institucionales. Es un proceso que, a diferencia de la socialización

primaria, puede llevarse a cabo sin que exista una identificación con carga emocional, siendo suficiente la existencia de procesos habituales de comunicación (Berger y Luckmann, 1995). En esta socialización los sujetos aprenden conocimientos específicos de roles, lo que les permite separar fácilmente el rol institucional de las personas que lo desempeñan. Esta formalidad y anonimato en las relaciones sociales que se establecen en este proceso de socialización, permiten cargar los contenidos de aprendizaje de una subjetividad mucho menor que la que poseen los contenidos de la socialización primaria.

El proceso de socialización secundaria se da principalmente durante la escolarización, donde la interacción con profesores y compañeros cumple un rol significativo (Navarro, Tomás y Oliver, 2006). La escuela tiene una significativa influencia sobre la imagen que los niños se forman de sí mismo. En la misma se proporciona el medio, no solo para los aprendizajes académicos, sino también para el aprendizaje de la conducta social, el aprendizaje afectivo y de las actitudes. El profesor es una persona especialmente significativa, al igual que los padres, ya que tiene la responsabilidad de evaluar las aptitudes escolares. Esto le otorga un gran poder de influencia que se reflejará en la formación del autoconcepto.

Por otro lado la vida en la escuela le permite al niño situarse en un grupo de iguales y compararse. A lo largo del desarrollo evolutivo, el grupo de iguales va incrementando su importancia como agente socializador, ya que es en relación con los compañeros donde se adquiere la habilidad de ver las cosas desde diferentes puntos de vista y se desarrollan habilidades sociales (Garcés de los Fayos y Gomes, 2003). Los sujetos, en el grupo de pares, van a encontrar nuevos puntos de referencia para confrontar dicha identidad al

margen del marco familiar y los roles que éste le asigna, lo que le permite aumentar su autonomía e independencia respecto del grupo familiar (Gridner, 1976). Así, las amistades a lo largo del desarrollo evolutivo, van ganando en importancia, estabilidad e intensidad y proporcionan parte del apoyo emocional que antes brindaba completamente la familia. La pertenencia al grupo le proporciona al sujeto una confirmación de su identidad y un importante sentimiento de vinculación (Musitu et. al., 2001). El individuo encuentra en el grupo de iguales un espacio donde asumir responsabilidades, encontrar recursos inmediatos y aprender a enfrentar frustraciones (Musitu y Molpeceres, 1992). De esta forma, a pesar de la variable moduladora que supone la socialización paternal, se asume que los pares son poderosos agentes socializadores que contribuyen, más allá de la influencia de los adultos, al desarrollo psicosocial de los niños (Weiss, Smith y Theeboom, 1996).

I. IV. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

Siguiendo a Esteve Rodrigó (2005), la diferencia entre autoconcepto y autoestima parece depender del ámbito de investigación, siendo más teórica que practica. Autores como Musitu et. al., (2001) sostienen que el autoconcepto hace referencia a los aspectos cognitivos, a las diversas concepciones o representaciones que el sujeto tiene acerca de sí mismo, sin que se incluyan necesariamente los juicios valorativos. El término autoestima, en cambio, expresaría el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas; es decir, se revela como una conclusión final del proceso de autoevaluación y se define como el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una

actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo. De esta forma, la autoestima sería la dimensión evaluativa del autoconcepto; mientras que éste constituye la representación mental que el sujeto posee en un momento dado de sí mismo (Blascowich y Tomaka, 1991)

Según García y Musitu (1999) ambos constructos están estrechamente relacionados hasta el punto de ser considerados dos dimensiones de una misma realidad: la cognitiva y la afectiva.

II. APORTES DESDE LA INVESTIGACION AL ESTUDIO DEL AUTOCONCEPTO.

A partir del desarrollo del modelo multidimensional diversas líneas de investigación han abordado el constructo centrando su interés en el valor diferencial de cada una de sus dimensiones. De esta forma, el autoconcepto ha sido estudiado en relación con diversas variables, principalmente la edad, el género, la familia, el ámbito y/o rendimiento escolar.

Montt y Ullua Chavez (1996) estudiaron la relación entre autoconcepto social, familiar, escolar y personal con la salud mental de adolescentes consultantes al servicio de salud mental del Hospital Roberto del Río de Santiago, Chile. Se halló que un bajo autoconcepto se relaciona con la presencia de trastornos psicológicos, particularmente el autoconcepto social y el autoconcepto personal son los que tiene una relación más significativa con la salud mental de los jóvenes. Los resultados indicaron que el autoconcepto bajo es un factor de riesgo importante para la salud mental de los adolescentes. En dicho estudio el autoconcepto escolar y familiar no parecen asociarse con la

salud mental de los jóvenes, lo cual coincide con un estudio realizado por Shafii y Shaffi (1985) donde se concluye que durante la adolescencia la imagen que el sujeto tiene respecto de sí y la que percibe que tienen los pares de él constituye una de las fuentes principales en su autodefinición, disminuyendo la importancia relativa que tiene para el joven el rendimiento escolar y la relación con la familia.

II. I. AUTOCONCEPTO Y ÀMBITO ESCOLAR.

Con relación a los factores de rendimiento académicos, Urquijo (2002) explora las relaciones empíricas entre autoconcepto y el desempeño académico en lengua y matemáticas de adolescentes que asisten al Tercer Ciclo de la Escuela General Básica, comparando el mismo, con variables como sexo, curso y tipo de institución. Los resultados indican que las asociaciones entre desempeño académico y autoconcepto varían en función del curso, el sexo y el tipo escuela al que asisten los alumnos. De esta forma, a medida que aumenta el autoconcepto, aumentan también el rendimiento académico, específicamente en lengua y matemática, mostrando la fuerte incidencia del autoconcepto en el rendimiento académico. Los sentimientos negativos acerca de uno mismo, así como la sensación de incapacidad y fracaso influyen negativamente en el logro académico. Los alumnos de las escuelas públicas fueron quienes obtuvieron un autoconcepto más bajo y un rendimiento académico inferior. Este hecho se relaciona con las condiciones socioeconómicas y culturales en las que están inmersos los alumnos y las posibilidades sociales que cada familia puede brindar a sus hijos. El ambiente

cultural ejerce una poderosa influencia en el proceso de desarrollo de la personalidad, la inteligencia y la socialización, siendo la situación social, cultural y familiar un factor determinante en el riesgo de fracaso escolar.

Coincidiendo con los resultados obtenidos por Urquijo (2002), Guay, Pantano y Boivin (2003) realizaron un estudio en niños de educación primaria y comprobaron que el logro académico tiene efectos sobre el autoconcepto de los alumnos y que, a su vez, el autoconcepto académico influía sobre los resultados escolares.

Así, el autoconcepto parece relacionarse con el éxito o el fracaso académico ya que, en el medio escolar, la evaluación es una constante a lo largo de todo el proceso educativo. Algunas investigaciones (Abouserie, 1995; Cooley y Ayres, 1988; Winne, Woodlands y Wong, 1982; Chapman y Boersma, 1980) han generado evidencia empírica de que los niños con dificultades crónicas de aprendizaje tienen un concepto académico de sí mismos más bajo que sus compañeros con desempeño académico normal. De esta forma se puede observar que la escuela es un ámbito importante, en tanto que integra variables como factores evaluativos y la interacción con profesores y compañeros; demostrando la fuerte relación entre la escuela y el autoconcepto.

En relación con la interacción con los compañeros, una investigación realizada por Murray, Griffin, Rose y Bellavia (2003) demuestra que los sentimientos de buena o mala relación con los compañeros también parecen influir directamente sobre el autoconcepto y que éste desempeña un papel importante como efecto protector sobre los estresantes diarios provenientes del entorno escolar como el rechazo o enfrentamiento con sus pares.

Rothenberg (1997) afirma que la autoestima y el logro académico de los niños sufren un descenso significativo durante la adolescencia temprana. Las

niñas tienen una percepción positiva durante los estudios primarios que, sin embargo, sufre un destacado descenso en la autoconfianza y la aceptación de su imagen física alrededor de los 12 años (Orenstein, 1994).

Por su parte Cava y Musitu (2001) analizan las diferencias en autoconcepto y percepción del clima escolar entre niños con problemas de integración social, niños rechazados e ignorados por sus pares y docentes y sus compañeros bien adaptados socialmente. Los niños rechazados por sus pares, son aquellos que reciben un número significativamente alto de nominaciones negativas y un número significativamente bajo de nominaciones positivas; mientras que los niños ignorados son aquellos que reciben un número significativamente bajo de nominaciones negativas y positivas. Aunque ambos grupos comparten la dificultad de integración social, el primer grupo es más estable en el tiempo y su ajuste escolar y conductual es peor. Los niños rechazados suelen ser descriptos por docentes y compañeros como niños agresivos y disruptivos y presentan un rendimiento académico inferior a sus compañeros. Los resultados de la investigación muestran la existencia de diferencias significativas en autoconcepto social y académico entre los niños con problemas de integración social y sus compañeros bien adaptados socialmente. Asimismo, estos autores, hallaron una importante relación entre autoconcepto social e integración en grupos de iguales y entre autoconcepto académico y dificultades en la integración social, siendo los niños con problemas de integración los que presentan niveles inferiores de autoconcepto académico.

II. II. AUTOCONCEPTO, AMBIENTE FAMILIAR Y GÉNERO.

La adolescencia es considerada un periodo de transición, la etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preanuncia la adultez. Se instaure la adolescencia como una etapa clave en lo que respecta al autoconcepto, ya que el individuo atraviesa un período de vacilación con relación a la autopercepción y valoración, en tanto que su identidad personal y su autonomía se encuentran en plena fluctuación.

En esta etapa se irán formando las bases más estables de su personalidad, incluyendo diversas variables psicológicas en relación con el entorno social, familiar y afectivo que instaurarán sus rasgos y características individuales, vinculadas, en este caso, a las dimensiones del autoconcepto.

Con respecto a la relación entre autoconcepto y factores familiares, según Siegal (1987), los factores de cohesión, expresividad y organización familiar guardan una relación positiva con el autoconcepto, a diferencia de la conflictividad que mantiene una relación negativa. Se distinguen a su vez, aquellos estilos parentales excesivamente restrictivos y poco permisivos siendo los que contribuyen a un desarrollo negativo del autoconcepto en el hijo. Mientras que el desarrollo de un autoconcepto positivo es favorecido por una educación paterna afectiva y facilitadora, por la expresión de aceptación y confianza hacia los hijos por parte de los progenitores y por el fomento de la conducta activa en la solución de problemas por parte de los mismos hijos de modo independiente, sin coartarlos.

Diversos autores (Kim y Rohner, 2002; Gonzáles- Pienda et. al., 2003; García Linares y Peregrina, 2001; Kaplan, Liu y Kaplan 2001; Castejon y Pérez, Burkhard, N; Giugno, C; Sartori, S. Página 40

1998; Fantuzzo, Davis y Ginsburg, 1995; Hokoda y Fincham, 1995; Bempechat, 1990) han intentado esclarecer la influencia que tiene el ambiente familiar sobre el autoconcepto, especialmente sobre el autoconcepto académico, explicando cómo diferentes conductas de los padres influyen en el autoconcepto, motivación, esfuerzo y actitud de sus hijos, asumiendo que tales variables son condiciones fundamentales que, sensibilizando al individuo hacia la utilización de sus procesos y estrategias cognitivas, incidirán significativamente sobre el aprendizaje y rendimiento posterior.

Desde esta perspectiva Gonzáles Pienda et al. (2002) han obtenido evidencia de que el modo de implicación de los padres respecto a la educación de sus hijos, repercute significativamente sobre el rendimiento académico e indirectamente incide sobre variables personales de los hijos tales como, su autoconcepto, los éxitos y fracasos académicos particulares, así como sobre su competencia aptitudinal para los aprendizajes académicos. Los resultados obtenidos por los autores anteriormente citados llevan a la confirmación de la hipótesis de que los estudiantes que mayor comportamiento autorregulado perciben en sus padres, más confían en sí mismos como estudiantes y mayor es el rendimiento que finalmente obtienen en las diversas áreas académicas.

Resultados similares fueron obtenidos por Cava y Musitu (2001) al investigar la relación entre autoconcepto familiar y rechazo escolar. La investigación estudia si el autoconcepto familiar tiene relación directa con el posterior rechazo o ignorancia del niño en el ámbito educativo. Los resultados obtenidos muestran que los niños rechazados presentan un nivel menor de autoconcepto familiar con relación a los niños ignorados y los niños bien adaptados socialmente, grupos que no presentan diferencias significativas entre sí en autoconcepto familiar. A partir de estos datos los autores hipotetizan

la existencia en las familias de los niños rechazados de relaciones familiares caracterizadas por un vínculo inseguro o por prácticas educativas paternas basadas en la coerción o la indiferencia. Estas características de las relaciones familiares, a través de la interiorización por parte del niño de representaciones cognitivas acerca de cómo son las relaciones interpersonales, podrían afectar las relaciones con sus pares.

La adquisición del autoconcepto referido a identificación sexual y específicamente al rol genérico, evoluciona durante la niñez y la adolescencia en una permanente interacción entre atributos personales y variables ambientales. Las representaciones sociales se refieren a lo que se piensa acerca de lo que es ser hombre o mujer. Un orden social de representaciones en torno al género permite a los individuos percibirse a sí mismos y a los demás en virtud de conceptos y estereotipos dotados de cierto grado de consistencia, actuando a nivel de las creencias y las actitudes.

El género es una variable de gran importancia al momento de evaluar el autoconcepto, ya que los cambios culturales respecto de lo que se espera o valora en relación al género, impactan en el autoconcepto infantil.

El niño se autopercebe respondiendo según los cánones sociales provenientes de diferentes fuentes (tanto desde los otros significativos como lo socialmente valorado). A medida que avanza su desarrollo, la autovaloración se va tornando más autónoma y los juicios valorativos comienzan a ser menos dependientes de los otros, influidos, en mayor parte, por una tercera fuente de valoración constituida por la forma en que el niño se compara con su grupo de pares: hermanos, compañeros de curso, etc.

De este modo, los modelos de género son provenientes de varias fuentes: la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. y su puesta en

práctica acontece en los lugares en que transcurre la vida social de cada individuo.

En lo que concierne a investigaciones y estudios en diferencias de género en el autoconcepto, Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azua (2004) realizaron un estudio donde se analizó el autoconcepto físico en una muestra de 540 adolescentes divididos por género y edad, al considerar que dicha variable es un buen indicador de bienestar personal, sobre todo durante la adolescencia y la juventud. Los resultados intergénero indican que las mujeres tienen un autoconcepto físico menor que los varones mostrando una mayor insatisfacción con su propio cuerpo. La causa de dicha insatisfacción, según los autores, podría ser la fuerte presión a la delgadez que impone el modelo estético dominante. En relación con la edad, concluyen que el autoconcepto es más bajo en la adolescencia y primera juventud que en la preadolescencia.

Estos resultados coinciden con la investigación llevada a cabo por Núñez y Gonzales- Pienda (1994) quienes sostienen que el autoconcepto físico parece disminuir durante la pre-adolescencia (12 a 14) y adquirir una mayor diferenciación interna durante la adolescencia y la juventud.

Wilgenbusch y Merrel (1999) realizaron un meta análisis sobre 22 estudios que analizan la variable género en el autoconcepto de niños y adolescentes, concluyendo que dichas diferencias variaban en función de la edad. En la adolescencia se producen cambios importantes con relación al autoconcepto que apuntan a un declive relevante en el caso de las mujeres; demostrando así que existen claras diferencias en relación con ambas variables, de forma que las niñas, particularmente después de los 12 años, tienden a mostrar como grupo menor autoconcepto que los niños.

Mestre Escrivá, Samper Garcia y Perez Delagado (2001) estudiaron longitudinalmente los cambios que se producen en los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales del autoconcepto, así como las dimensiones de la vida familiar que aparecen relacionadas con el autoconcepto y los sentimientos acerca del yo en adolescentes españoles, con una media de edad de 15 años en la primera evaluación o pretest y de 16 años en la segunda evaluación o retest. Los resultados indican que las variables personales, edad y sexo modulan el autoconcepto de los adolescentes. Un aspecto importante de discusión se plantea en relación al género, donde se indica que las mujeres mantienen una percepción más negativa en relación a su cuerpo, aspecto y capacidad física, siendo más críticas y estando más insatisfechas con su apariencia, coincidiendo estos resultados con los obtenidos por diferentes autores como Hoffman, Paris y Hall (1996) y Blyth, Simmons y Zakin (1985).

El género influye en la relación que los jóvenes tienen con los cambios físicos, donde cada cultura define un tipo de cuerpo particular como atractivo y sexualmente apropiado para cada sexo. Los jóvenes aprenden las características de su cuerpo ideal de los compañeros, las expectativas de la familia y las imágenes que ven en los distintos medios de comunicación, siendo este aprendizaje especialmente difícil para las chicas, como lo muestran diferentes estudios donde la mayoría de los varones está satisfecho y orgulloso de su cuerpo mientras que sólo la mitad de las mujeres afirman sentirse de esta forma (Hoffman, et. al., 1996).

Amezcu Membrilla y Pichardo Martinez (2000) realizaron un estudio con el fin de profundizar en el análisis de las diferencias de género existentes entre adolescentes respecto de sus niveles de autoconcepto adoptando un modelo multidimensional. A partir de una muestra de 1235 sujetos españoles

con edades comprendidas entre los 11-14 años obtuvieron diferencias significativas entre sexos, siendo los varones quienes lograron mayores niveles de autoconcepto global y emocional, mientras que sus compañeras se destacaron en autoconcepto familiar. No se encontraron diferencias significativas de género en relación al autoconcepto social, académico general, académico percibido de los padres (lo que el alumno cree que sus padres perciben de él) y académico percibido de los profesores (lo que el alumno cree que los profesores perciben de él).

A partir de comprobar que los varones tiene una percepción de sí mismos mucho más alta que las mujeres en autoconcepto emocional, se confirmaron los resultados de los estudios realizados por Wilgenbusch y Merrell (1999) donde se arriba a la conclusión de que existe un mayor grado de adaptación personal en los varones en relación a las mujeres, lo que lleva a que éstas sean más propensas a padecer ansiedad, inestabilidad emocional o depresión (Pichardo, 2000; Rothenberg, 1997).

Otra investigación relevante es la llevada a cabo por Garaigordobil, Durá y Perez (2005), donde analizaron la existencia de diferencias de género en el autoconcepto y la autoestima, tomando los conceptos como diferentes y no como sinónimos. Los autores sostienen que el término autoconcepto se refiere a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo, mientras que autoestima es utilizado para los aspectos evaluativo- afectivos. Los resultados obtenidos indican la existencia de diferencias de género en algunas dimensiones del autoconcepto y en la autoestima en los adolescentes, concluyendo que los varones presentan mayor autoestima, autoconcepto emocional y físico, mientras que las mujeres puntúan mejor en autoconcepto académico y familiar. Aun así, en el autoconcepto global, aunque los varones

mostraron mayores puntuaciones medias que las mujeres, no se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos, como así tampoco en el autoconcepto social, donde ambos sexos tuvieron puntuaciones similares. Estos resultados concuerdan con los estudios que han encontrado que las mujeres tienen peor autoconcepto físico (Nelson, 1996) y mejor autoconcepto familiar (Amezcuca y Pichardo, 2000) y con trabajos que no han encontrado diferencias de género significativas en el autoconcepto global (Garaigordobil, Cruz, y Pérez, 2003). Otro de los resultados a destacar en dicha investigación es que los adolescentes de ambos sexos que muestran alto autoconcepto global y alta autoestima tienen menos síntomas psicopatológicos, evidenciando mejor salud mental y menos problemas de conducta. Estos resultados son coincidentes con trabajos previos que evidencian relaciones inversas del autoconcepto y autoestima con distintos síntomas psicopatológicos (Ellet, Lopes, y Chadwick, 2003; Hofman, Baldwin, y Cerbone, 2003; Kim, 2003; Bohne, Keuthen, Wilhelm, Deckersback y Jenike, 2002; Down, 2002; Fan y Fu, 2001; Valentine, 2001) y con problemas de conducta tales como problemas escolares (Aunola, Stattin, y Nurmi, 2000; Gonzales, Tourón, e Iriarte, 1994 Garcia Bacete y Musitu, 1993).

CAPÍTULO II. SINDROME DE TURNER.

II. CARACTERIZACION DEL SINDROME DE TURNER.

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico, no heredable, determinado por la deleción total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Su incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas vivas; sin embargo la frecuencia de aparición pre-natal es aun mayor a la expuesta, ya que se estima que un 90% de los embarazos que portan esta anomalía cromosómica terminan en abortos espontáneos durante el primer trimestre (Murphy, Mazzocco, Gerner, y Henry, 2006).

Los hallazgos clínicos característicos del síndrome son talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos 2003), los mismos pueden ir acompañados de otras anomalías relacionadas con el tipo de alteración cromosómica.

El fenotipo externo es muy variable, al igual que en la mayoría de las cromosopatías, en el ST no existen criterios diagnósticos clínicos determinantes, por lo cual es necesario confirmar el diagnóstico con la realización de un cariotipo que demuestre la alteración cromosómica. En el 50% de las mujeres con diagnóstico de ST la ausencia del cromosoma X es completa, presentando un cariotipo línea pura (45, X0); el 40% presentan cariotipos mosaicos (dos o más líneas celulares, por ejemplo 46, XX / 45, X0); y el 10% presentan anomalías estructurales del cromosoma X, como deleciones y duplicaciones (por ejemplo 46, XXdelp22.3) (Bondy, 2006).

Si bien es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres con diagnóstico de síndrome de Turner no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006).

II. I. MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las niñas con diagnóstico de ST presentan ciertas características comunes; sin embargo existen otras manifestaciones que dependen de la anomalía citogenética que porte cada una, especialmente en los casos en que no hay una pérdida completa del cromosoma X o en los casos de mosaicismos (Ramos, 2003).

Autores como Ramos (2003) y Bueno Lozano (2003) describen las manifestaciones clínicas según el sistema que afecten:

Sistema endocrino: el principal problema de dicho sistema es la disgenesia gonadal presente en el 90% de las niñas. Otro problema asociado es la presencia de hipertiroidismo en la edad adulta y una mayor incidencia de diabetes mellitus tipo II que aparece entre un 15 y 30%. Asimismo, las enfermedades endocrinas autoinmunes, como la tiroiditis de Hashimoto o la enfermedad de Graves, se presentan con mayor frecuencia en el ST que en la población general.

Sistema cardiovascular: una de las anomalías más constantes es la existencia de cardiopatía congénita cuya prevalencia oscila entre el 20 y el 45% de las niñas. La cardiopatía más frecuente es la coartación de la aorta y/o la válvula aórtica bicúspide. También aparecen cardiopatías asociadas como el

corazón izquierdo hipoplásico, prolapso de la válvula mitral o anomalías de conducción.

Sistema auditivo: la hipoacusia neurosensorial se encuentra presente en más de la mitad de las niñas con diagnóstico de ST por lo que puede ser necesaria la implantación de prótesis auditivas.

Sistema Genitourinario: el 40% de las niñas presentan malformaciones estructurales en los riñones que raramente resultan en insuficiencia renal.

Sistema Gastrointestinal: presentan problemas de alimentación y reflujo en los primeros meses de vida y pueden presentar hernias inguinales y abdominales junto con malformaciones vasculares.

Sistema musculoesquelético: suele observarse una displasia esquelética consistente en baja talla, displasia epifisiaria leve y anomalías óseas características, especialmente el acortamiento de los cuartos metacarpianos y metatarsianos y el cubito valgo que puede limitar parcialmente la movilidad de los codos. Otro gran problema es la osteoporosis presente en muchas de las mujeres durante la edad adulta.

Área craneofacial: la facie típica se caracteriza por una forma triangular con mentón afilado, ptosis palpebral, fisuras palpebrales inclinadas hacia abajo, epicanto, pabellones auriculares prominentes y de implantación baja, paladar ojival y micrognatia. También es característica la implantación baja del cabello.

Alteraciones oftalmológicas: están presente en más de la tercera parte de las niñas y la mayoría se explican por una anomalía en la cámara anterior originada por el efecto del linfedema intrauterino. Entre ellas se encuentran: estrabismo, ambliopía, ptosis palpebral, coloboma, microcornea, glaucoma congénito y daltonismo.

Alteraciones dermatológicas: la mayor parte de ellas contribuyen al denominado fenotipo turneriano. Entre estas se encuentran: cuello alado, ptosis palpebral y displasia ungueal. Las alteraciones dermatológicas que más importancia tienen desde el punto de vista evolutivo son el linfedema, los nevi y los hemangiomas.

Alteraciones metabólicas: Un gran porcentaje de mujeres con diagnóstico de ST presentan problemas de obesidad durante la edad adulta.

II. II. TRATAMIENTOS HORMONALES

II. II. I. Hormona de crecimiento.

La Hormona de Crecimiento (HC), también conocida como Somatotropina, es una hormona producida en el lóbulo anterior de la hipófisis. Es esencial para el crecimiento normal en los niños y actúa directamente sobre las placas de crecimiento y a través de la producción de factores de crecimiento insulínico (especialmente el IGF-1) principalmente a nivel hepático. Tiene efectos, a su vez, en el metabolismo de las proteínas, de los lípidos y de los carbohidratos, durante la infancia y en los adultos (Gault 2001).

Las niñas con diagnóstico de ST presentan un crecimiento espontáneo caracterizado por retraso de crecimiento intrauterino, enlentecimiento progresivo de la velocidad de crecimiento durante la infancia y ausencia de empuje puberal (Morin, Guimarey, Santucci y Apezteguia, 2000). Respecto a la baja talla, las niñas sin tratamiento con HC alcanzan una talla final en la edad adulta que oscila entre 129 y 147cm y la reportada en la argentina corresponde a una media de 137.9cm (García-Rudaz, Martínez y Heinrich, et. al., 1995)



La talla baja es el signo más constante, afectando entre 90 y 100% de las niñas y podría estar relacionada con la pérdida de un gen *homeobox* denominado con la sigla en inglés SHOX (gen que contiene el *homeobox* de talla baja en el cromosoma X). Habitualmente la talla baja es el primer motivo de consulta y es una de las principales inquietudes de las niñas y de sus padres. El seguimiento de la progresión de la talla debe hacerse con tablas de crecimiento específicamente confeccionadas para el síndrome (Román, et. al., 2002)

La HC ha sido administrada en niñas con diagnóstico de ST así como en niños con otras etiologías para el retraso del crecimiento. Aunque el ST no incluye una deficiencia de la HC, el retraso del crecimiento puede estar relacionado con una respuesta deficiente a la hormona y que la administración de la misma, vía externa, mejora el crecimiento (Gault 2001).

La talla baja afecta considerablemente la calidad de vida de estas niñas y adolescentes y la HC sola o en combinación con el esteroide anabólico oxandrolana o bajas dosis de estrógenos, ha sido utilizada con el propósito de mejorarla. El tratamiento con HC estimula el crecimiento y la velocidad del mismo se incrementa de manera más marcada durante el primer y segundo año, continuando el efecto durante el tercero, aunque con una leve declinación (Morin, et. al., 2000). Se ha demostrado que los resultados sobre la maduración esquelética y sobre la talla final difieren según la dosis, la edad y la velocidad de feminización (Román, et. al., 2002)



II. II. II. Tratamiento sustitutivo con estrógenos.

Otro de los tratamientos utilizado con frecuencia en las adolescentes con diagnóstico de ST es el tratamiento sustitutivo con estrógenos debido a que el ST tiene como segunda característica principal la disgenesia gonadal. Esta implica que en la pubertad, a causa de la ausencia de ovarios funcionantes no se produzcan los cambios sexuales secundarios típicos, como crecimiento mamario, desarrollo uterino, velocidad de crecimiento y estirón puberal (Rodríguez Hierro, 2003).

Se ha relacionado la disgenesia con la alteración cromosómica subyacente, con el desequilibrio cromosómico producido por la monosomía y sobre todo con la haploinsuficiencia de determinados genes presentes en el cromosoma X. Es por esta razón que se hace necesario el inicio de un tratamiento con estrógenos que induzca dichos cambios. La inducción puberal suele comenzar con el aporte exógeno de estrógenos. Los efectos de la terapia estrogénica se proyectan sobre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la consecución de la masa ósea y el crecimiento para conseguir la talla adulta. Los estrógenos estimulan el aumento del desarrollo mamario, el crecimiento intrauterino y la proliferación del endometrio. Asimismo, los estrógenos acelerarían el crecimiento por efecto directo sobre el cartílago de crecimiento, induciendo la síntesis local de factores de crecimiento y de manera indirecta estimulando la secreción hipofisiaria de HC. Sin embargo, su rol preponderante estaría dado por la promoción de la maduración esquelética y la fusión epifisaria. Estos efectos son dependientes de la dosis (Rodríguez Hierro, 2003).

Dado que pequeñas cantidades de estrógenos estimularían el crecimiento, se ha sugerido que este tratamiento en el ST podría favorecer el efecto de la HC. La mayoría de los autores concluyen que la edad de inducción puberal puede establecerse entre los 12 y 15 años, dependiendo de la edad ósea, densidad mineral ósea, talla conseguida hasta el momento y valoración psicológica de cada niña en particular (Cañete Estrada, 2003).

El momento de inducir la pubertad, por medio de una terapia estrogénica debe ser valorado individualmente en función de la talla alcanzada, expectativa de talla, historia familiar de desarrollo puberal y deseos de la propia niña. La tendencia actual es el retraso de la pubertad hasta alrededor de los 14 años, para demorar la maduración esquelética y fomentar un período de crecimiento más prolongado. (Román, et. al., 2002) En general, desde un punto de vista psicológico, sería deseable inducir el desarrollo puberal a una edad adecuada. Así, es posible que el inicio del tratamiento con HC a edades más precoces permita normalizar la talla antes e inducir la pubertad, pero habitualmente la expectativa de talla final esta comprometida y la terapia estrogénica debe ser retrasada por encima de los 12 años para mejorar la talla final (Pozo, Soriano y Argento, 2003).

II. III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

II. III. I. Características Neuropsicológicas.

Durante la infancia lo prioritario, desde el punto de vista psicológico, es adelantarse a los problemas escolares que incluyen déficit en las habilidades implicadas en la adquisición de los aprendizajes básicos: lectoescritura y

cálculo. Cognitivamente no presentan déficit en las habilidades verbales y las capacidades intelectuales. Sin embargo, se han observado problemas en ciertos procesos de aprendizaje debido a dificultades en el manejo del factor numérico (matemáticas y cálculos) y dificultades para generar y/o comprender conceptos abstractos, planear y llevar a cabo tareas complejas. Asimismo, presentan déficit en la memoria no verbal, en especial la memoria a corto plazo, y en las habilidades visuo-espaciales (dibujo, planos, interpretación de caras y objetos) y lo que conlleva la presencia de un CI verbal mayor a CI manipulativo (Del Alamo, 2006).

En relación a las habilidades visuoespaciales, Mazzocco, Bhatia y Lesniak-Karpiak (2006) afirman que las dificultades presentes en las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST serían principalmente la identificación del objeto y de su forma, la ubicación del mismo en el espacio y el tiempo de reacción prolongado luego de la presentación del estímulo. Estos déficits, visuoespaciales y visuomotores, pueden estar asociados a diferentes aspectos neuropatológicos detectados mediante resonancia magnética, vinculados principalmente con una reducción del volumen del lóbulo parietal superior y con aumento del lóbulo temporal, el cual se asocia con la identificación del objeto (Rae, et. al., 2004).

A pesar de las dificultades mencionadas la mayoría de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST logran un adecuado desarrollo de habilidades, suelen progresar bien en los estudios y como adultas hacen una vida independiente.

II. III. II. Características Psicosociales.

Las particularidades físicas y psicológicas que expresan las niñas y mujeres con diagnóstico de ST pueden afectar la capacidad y calidad de sus relaciones sociales. Si bien en la infancia las dificultades en el aprendizaje solapan esta disfunción, en la adolescencia se vuelve más pronunciada teniendo repercusiones en la edad adulta (López y Aguilar, 2009). Las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST suelen presentar inmadurez emocional y dificultades para establecer nuevas relaciones, timidez e imagen corporal negativa. Los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa son más frecuentes que en la población general (Labarta, 2004).. Son frecuentes también las alteraciones del comportamiento como hiperactividad y déficit de atención (Puga Gonzáles, 2003).

Del Alamo (2006) sostiene que las dificultades psicológicas están más ligadas a las reacciones vivenciales de la niña, adolescente y no se deben directamente a la expresión fenotípica del síndrome, señala como problemas psicológicos infantiles: retraso en la madurez emocional, generalmente relacionado con la sobreprotección de los padres, infantilismo general, ansiedad, nerviosismo, problemas de adaptación e integración escolares (pobres habilidades sociales); necesidad de rutinas preestablecidas del orden externo y necesidad de evitar cambios.

Durante la adolescencia la principal dificultad se relaciona con la conducta social y con las relaciones con sus compañeros y pares. Estas dificultades suelen aparecer debido a un retraso en la maduración social que podría relacionarse con su menor estatura y disfunción ovárica (Ramos, 2003).

Como problemas psicológicos juveniles Del Alamo (2006) destaca mayor dependencia de la familia de origen, edad de inicio en actividades sexuales más tardía, baja aceptación del propio cuerpo y distorsión del esquema corporal, pobre autoestima, problemas de relación social, ansiedad social, menor cantidad de amigos y en su mayoría de menor edad que el de ellas, ansiedad y distimia

La pubertad es un periodo crítico debido a que sus compañeras empiezan a desarrollarse a distinto ritmo, surgiendo más claramente las diferencias; especialmente para relacionarse con los demás, sintiéndose diferentes y rechazadas por el grupo (Schmidt, Rubinow, y Bondy, 2006; Suzigan, et al., 2004). Esto les genera sentimientos de inseguridad, inferioridad y depresión, acompañados por cambios en su carácter, volviéndose más retraídas y ansiosas. Debido a esto, el refuerzo de la autoestima y el mantenimiento de los buenos contactos sociales son prioritarios durante esta etapa.

Un estudio realizado en Bruselas demuestra las diferencias según la etapa vital que se este atravesando en cuanto a la percepción de la altura en 31 niñas y adolescentes diagnosticadas con ST, cuyas edades oscilan entre los 3 y los 16 años. Agrupadas en 3 grupos etarios, las niñas menores de 6 años parecen no brindarle demasiada importancia al problema de la altura, por lo que les cuesta trabajo entender el motivo del tratamiento con HC, presentando leve rechazo a las inyecciones de la terapia hormonal. Valores opuestos se reflejaron en los resultados de las niñas que atraviesan la pubertad, quienes brindan gran importancia a la comparación con sus pares en relación a la altura (Lagrou, Verhaegen, Janssens, Wauters y Verbist, 1998).

En concordancia con varios autores, la baja estatura es considerada un factor a tener en cuenta, ya que en interacción con otras variables puede tener un gran impacto emocional en las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, originando varias dificultades psicosociales. En ciertos casos, la baja estatura puede interferir de modo negativo en la percepción que el entorno social tiene hacia las niñas, frente a la tendencia a tratarlas como si tuvieran una edad menor a la que de hecho tienen, involucrando de ese modo, dificultades en la interacción social y en el desarrollo del autoconcepto (Suzigan, Paiva e Silva y Maciel-Guerra, 2005).

Si bien la baja estatura es un factor primordial en el ST, no es el único. Un punto a su vez relevante en la pubertad, es la importancia que tiene, en el desarrollo de la propia imagen corporal, el inicio del tratamiento sustitutivo con estrógenos en el momento adecuado. Según Carel et al. (2006), la pubertad debería ser inducida a una edad psicológica apropiada para optimizar la autoestima y el ajuste social. Asimismo, Puga Gonzales (2003) sostiene que la terapia sustitutiva con estrógenos no se debe retrasar más allá de los 14-15 años de edad, a pesar de que se debe analizar cada caso individualmente. En este punto, es necesario tener en cuenta que retrasar la terapia hormonal puede contribuir a la inmadurez psicosocial de estas niñas, debido a que el tratamiento hormonal estrogénico tiene beneficios biológicos, psicológicos y sociales, desempeñando un papel importante en el desarrollo y madurez emocional. Los estudios de McCauley y Sybert (2006), Boman, Möller, y Albertsson Wikland, (2000), Ross, Roeltgen, Feuillan, Kushner, y Cutler (1998) y Ross y Roeltgen (1996) demostraron que los efectos del tratamiento estrogénico sobre el funcionamiento psicológico (tanto socioemocional como cognitivo) son positivos y promueven la autopercepción y autoestima.

II. IV. IMPORTANCIA DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO EN EL SINDROME DE TURNER.

Las mujeres con diagnóstico de ST atraviesan durante su desarrollo situaciones disruptivas, consecuencia de las características particulares del síndrome, provocando el desarrollo de un bajo autoconcepto que tiene repercusiones a nivel social, familiar y escolar. La atención médica y psicológica debería estar orientada a prevenir la aparición de dificultades y mejorar la calidad de vida, garantizando un desarrollo completo de su personalidad.

Como se pudo observar, diversas investigaciones señalan la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial de las personas. Una de las características fundamentales del modelo propuesto por Shavelson et. al., (1976) es el carácter evaluativo del autoconcepto, esta característica hace referencia a la valoración que hacen los individuos de sí mismos en situaciones particulares. Comprender la importancia del estudio del autoconcepto a partir del modelo multidimensional, en una población vulnerable como las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, permitirá valorar el impacto que tienen las características biológicas, psicológicas y sociales propias de la expresión del síndrome sobre la percepción que tienen de sí mismas y su valor diferencial en la pubertad como momento crítico en su desarrollo.

La adquisición del autoconcepto evoluciona durante la niñez y la adolescencia en una permanente interacción entre atributos personales y variables ambientales. Dentro del autoconcepto el género es una variable de

gran importancia a considerar, ya que los cambios culturales respecto de lo que se espera o se valora en relación al género, impactan en el autoconcepto infantil. El niño se autopercibe respondiendo según los cánones sociales provenientes de diferentes fuentes (tanto desde los otros significativos, como desde lo socialmente valorado). A medida que avanza su desarrollo, la autovaloración se va tornando más autónoma y los juicios valorativos comienzan a ser menos dependientes de los otros, siendo influidos, en mayor parte, por una tercera fuente de valoración constituida por la forma en que el niño se compara con su grupo de pares: hermanos, compañeros de curso, etc. (Coloma, 1994).

En los modelos de género se consideran varias fuentes: la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. y los lugares en que transcurre la vida social de cada individuo. El género influye en la relación que los jóvenes tienen con los cambios físicos, donde cada cultura define un tipo de cuerpo particular como atractivo y sexualmente apropiado para cada sexo. Este aprendizaje es especialmente difícil para las chicas, quienes suelen estar insatisfechas con su propio cuerpo (Hoffman, Paris y Hall, 1996) y suelen mantener una percepción más negativa de su aspecto y capacidad física, volviéndose más críticas con su apariencia física (Blyth, Simmons y Zakin, 1985).

Es a partir de lo expuesto que el estudio del autoconcepto en niñas y adolescentes con diagnóstico de ST se vuelve importante, al considerar que se trata de un síndrome que se manifiesta únicamente en mujeres y cuyas principales características afectan aquellos atributos que socialmente y desde una perspectiva de género, se consideran importantes para el rol femenino como la apariencia física, el desarrollo puberal y la fertilidad. El modelo

multidimensional del autoconcepto, al dividir esta variable en cinco dimensiones permite hacer un análisis más detallado del mismo y brinda la posibilidad de ponderar la importancia de cada dimensión en relación con el autoconcepto total. En caso de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, es particularmente importante el análisis de las dimensiones física y social, debido a las dificultades que presentan en relación a la talla y al establecimiento de relaciones con sus coetáneos.



SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

III. I. OBJETIVO GENERAL.

- Se exploraron posibles relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y el tratamiento sustitutivo con estrógenos en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner

III. II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Se comparó la contribución relativa de cada una de las dimensiones del autoconcepto, en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner con y sin tratamiento sustitutivo con estrógenos
- Se intentó identificar si existen diferencias en estas variaciones atribuidas a la edad de inicio del tratamiento
- Se intentó identificar si existen diferencias en estas variaciones atribuidas a la talla de inicio del tratamiento

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

IV. I. DISEÑO.

El presente proyecto se implementó a través de un diseño no-experimental, analítico y transversal.

IV. II. PARTICIPANTES.

La muestra fue intencional y corresponde a niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, con edades entre 8 y 15 años, que asisten a centros de salud, referentes en la atención del Síndrome de Turner ($n= 6$) y se encuentran escolarizadas en la ciudad de Mar del Plata y sus respectivos controles pareados por edad, nivel de instrucción y madurez puberal. Los controles fueron seleccionados de las instituciones educativas a las que concurren las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. Se excluyeron niñas y/o adolescentes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación y con retraso mental moderado o grave. Su participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de sus padres.

IV. II. I. Descripción de los participantes.

La población estuvo compuesta por niñas y adolescentes con diagnóstico de ST y sus respectivos controles.

Con el fin de mantener el anonimato de las participantes fue reemplazado el nombre por un número (Tablas 1 y 2).

Tabla 1.

Características de 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,X0/ 47,XXX*	45,X0
Edad de diagnóstico	2 años	9 años	Antes de	5 años	5 años	5 años
/Edad actual	15 años	13 años	nacer 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 y estrogénos
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	ESB Privada

*Cariotipo mosaico

EPB: Educación Primaria Básica

ESB: Educación Secundaria Básica

Tabla 2

Características de niñas y adolescentes controles (sin diagnóstico de Síndrome de Turner) (N= 6).

Participantes	1	2	3	4	5	6
Cariotipo	46,XX	46,XX	46,XX	46,XX	46,XX	46,XX
/Edad actual	15 años	13 años	7 años	7 años	14 años	16 años
Tratamientos hormonal	Sin tratamiento	Sin tratamiento	Sin tratamiento	Sin tratamiento	Sin Tratamiento	Sin Tratamiento
Pubertad	Con pubertad espontánea	Sin pubertad	Sin pubertad	Sin pubertad	Con pubertad espontánea	Con pubertad espontanea
Escolaridad	ESB Privada	ESB Privada	EPB Privada	EPB Privada	ESB Privada	ESB Privada

EPB: Educación Primaria Básica

ESB: Educación Secundaria Básica

IV. III. INSTRUMENTOS.

El abordaje metodológico se realizó a través de la aplicación del Test de Autoconcepto Forma 5 (AF5) (Musitu y García, 2001) en una versión adaptada específicamente para su aplicación a las niñas y adolescentes evaluadas. Las adaptaciones se realizaron a nivel lingüístico y en las opciones de respuestas (Anexo 1). Dicho instrumento consta de 30 ítems que se responden con las opciones nunca, a veces y siempre, con puntajes que varían del 1 al 3. Permite discriminar cinco dimensiones del autoconcepto, las cuales se corresponden con 6 ítems cada una de la escala total.

Las cinco dimensiones del autoconcepto que mide el instrumento son:

ACADEMICO-LABORAL: Percepción del sujeto sobre la calidad del desempeño de un rol como estudiante y/o trabajador.

SOCIAL: Percepción del sujeto sobre la calidad de desempeño en las relaciones sociales.

FAMILIAR: Implicación, integración y participación en el medio familiar.

EMOCIONAL: Percepción del sujeto de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas.

FISICO: Percepción del sujeto de su estado y condición física.

Paralelamente se realizó un registro de los datos consignados en las Historias Clínicas (edad, curvas de crecimiento, tratamientos hormonales, etc.).

IV. IV. PROCEDIMIENTO.

En una primera etapa se estableció contacto con los centros de salud y los profesionales que atienden niñas y adolescentes con diagnóstico de ST (consultorios endocrinológicos). A través de estos últimos, se contactó a las familias y se les explicó el objetivo de la investigación y las características de la misma, solicitándoles la firma del consentimiento informado, aclarando expresamente que la colaboración era voluntaria y anónima. Este mismo procedimiento se llevó a cabo con las familias de los respectivos controles.

Paralelamente, se solicitaron en los centros de Salud y a las familias, las respectivas historias clínicas de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, que aceptaron colaborar con la investigación.

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 AF5 de evaluación del autoconcepto en forma individual a cada una de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST y sus respectivos controles. Se utilizaron para el análisis de los datos pruebas estadísticas no paramétricas debido al tamaño de la muestra.

CAPITULO V: RESULTADOS

En las Tablas 3 y 4 se presentan las medidas de tendencia central y dispersión para el Autoconcepto (AFA) y sus cinco 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) y pruebas no paramétricas de comparación de medias.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de la variable AFA y sus respectivas sub-dimensiones.

Grupos	AFA Total		AFA Física		AFA Familiar		AFA Emocional		AFA Académico		AFA Social	
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío
1	72,83	9,065	13,17	2,317	16,17	1,722	14,33	2,733	14,50	3,271	14,67	2,733
2	72,50	5,718	11,83	1,941	17,33	0,816	12,83	2,639	14,83	2,401	15,67	2,503

Tabla 4.

*Prueba U de Mann-Whitney de la variable AFA y sus sub-
dimensiones*

	AFA Total	AFA Física	AFA Familiar	AFA Emocional	AFA Académica	AFA Social
U de Mann-Whitney	15,500	11,500	9,500	11,500	17,500	13,000
W de Wilcoxon	36,500	32,500	30,500	32,500	38,500	34,000
Z	-,401	-1,054	-1,422	-1,060	-,081	-,818
Sig. Asintót. (bilateral)	,688	,292	,155	,289	,936	,413
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,699(a)	,310(a)	,180(a)	,310(a)	,937(a)	,485(a)

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación: Grupo

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo 1 y grupo 2 con respecto al AFA total y sus dimensiones. Sin embargo, se observó una mayor diferencia en los desvíos obtenidos por cada grupo en relación al autoconcepto, evidenciando mayor variabilidad en las respuestas de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST.

Las tablas 5 y 6 presentan una comparación intragrupo de niñas y adolescentes con ST tomando como variable de agrupación el cariotipo.

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos de la variable Autoconcepto y sus dimensiones en relación con el cariotipo.

	AFA Total		AFA Física		AFA Familiar		AFA Emocional		AFA Académico		AFA Social	
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío
Cariotipo												
Línea pura	73,50	6,364	12,50	2,121	16,00	0,000	14,50	3,536	15,50	2,12	15,00	2,828
Línea												
Mosaico	72,50	11,091	13,50	2,646	16,25	2,217	14,25	2,872	14,00	3,916	14,50	3,109

Tabla 6.

Prueba U de Mann-Whitney de la variable Autoconcepto y sus dimensiones en relación con el cariotipo.

	AFA Total	AFA Física	AFA Familiar	AFA Emocional	AFA Académica	AFA Social
U de Mann-Whitney	4,000	3,000	2,000	4,000	3,000	3,500
W de Wilcoxon	14,000	6,000	5,000	14,000	13,000	13,500
Z	,000	-,477	-,953	,000	-,463	-,235
Sig. asintót. (bilateral)	1,000	,634	,340	1,000	,643	,814
Sig. exacta [2*(Sig. unilaterial)]	1,000(a)	,800(a)	,533(a)	1,000(a)	,800(a)	,800(a)

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación: Cariotipo

Las niñas y adolescentes con línea mosaico presentaron un autoconcepto más bajo que las niñas con línea pura. Sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Es en la variabilidad de las respuestas donde se pudo observar diferencias, siendo las niñas y adolescentes con línea mosaico las que presentaron una mayor dispersión.

Respecto de las dimensiones no se encontraron diferencias significativas en las medias obtenidas por cada grupo. Aún así, dentro de las distintas dimensiones, la media más alta para los dos grupos fue la obtenida en la dimensión familiar.

En la tabla 7 se presenta la caracterización de cada una de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST que fueron evaluadas en la presente investigación.

Tabla 7.

*Caracterización de las niñas y adolescentes con
diagnostico de ST*



*AUTOCONCEPTO Y TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ESTROGENOS
EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE CON SINDROME DE TURNER*

Participante	Cariotipo	Edad	Escuela	Pubertad	Edad de pubertad	Talla - pubertad (percentiles)	Tratamiento con H. de crecimiento	Tratamiento con H. de estrogénica	AFA total	AFA Física	AFA Familiar	AFA Emocional	AFA Académico	AFA Social
3	45,X0/ 46,XXdelq10*	7	EPB Pública	aún no	-	-	si	aún no	alto	alto	alto	alto	alto	medio
4	45,X0	7	EPB Privada	aún no	-	-	si	aún no	alto	medio	alto	alto	medio	alto
2	45,X0/ 46,XXdelp21*	13	ESB Publica	aún no	-	-	si	aún no	bajo	medio	medio	medio	bajo	bajo
5	46,XX/45,X0/ 47,XXX*	14	ESBPública	espontánea	12	25	si	no	medio	medio	alto	bajo	medio	alto
1	46,XX/45,X0*	15	ESB c/ integración	espontánea no	14	25	si	no	medio	bajo	alto	medio	alto	alto
6	45,X0	16	ESB Privada	espontánea	15	-3	si	si	medio	bajo	alto	medio	alto	medio

En general las niñas presentaron un autoconcepto más alto en comparación con las adolescentes tanto en lo que respecta al autoconcepto total como a las dimensiones del mismo. En relación al autoconcepto físico fueron también las niñas las que presentaron un autoconcepto físico más alto.

Respecto del autoconcepto familiar fue posible observar que todas las niñas y adolescentes que formaron la muestra presentaron un autoconcepto alto.

En las adolescentes que hicieron pubertad espontánea (participantes 5 y 1) fue posible observar que presentaron un autoconcepto total medio y un autoconcepto familiar y social alto. Las diferencias se dieron en relación al autoconcepto físico donde la adolescente que desarrolló pubertad espontánea a una edad más temprana mostró un nivel más alto, a pesar de que al momento de la pubertad ambas tenían una talla correspondiente al percentil 25 (Tabla 7). Otra diferencia se observó tanto en la autoestima académica como en la emocional puntuando más alto la adolescente que desarrolló pubertad espontánea más tardíamente (Tabla 7).

Incluyendo en el análisis a la adolescente que tuvo pubertad a partir del tratamiento con hormona estrogénica y con una talla correspondiente al percentil -3 (participante 6), se pudo observar que todas presentaron un autoconcepto total medio y un autoconcepto familiar alto. La diferencia se encontró en la dimensión social donde la adolescente que no realizó pubertad espontánea presentó un nivel menor en comparación con las otras dos.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

El análisis de los datos presentados da cuenta que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST tienen una buena percepción de sí mismas (Tablas 3 y 4). Estos resultados difieren de los hallados por diversos autores (Danielewics y Pisula, 2005; Suzigan, et. al., 2004; McCauley, Ross y Kushner, 1995) quienes reportaron que las mujeres con este síndrome presentan, en general, baja autoestima; variable que influye en los vínculos sociales de esta población.

En cuanto a las dimensiones del autoconcepto, no se observó un patrón definido (Tablas 3 y 4); la amplia variabilidad en las respuestas y el valor otorgado a cada dimensión se encuentran estrechamente relacionados con las características individuales de cada una de las participantes. Estos resultados son avalados por varias investigaciones (Mazzoco, 2006; Ross, Roeltgen, Kushner, Wei, y Zinn, 2000) donde se concluye que si bien es posible hipotetizar la existencia de ciertos patrones comunes en las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, como una baja autoestima, problemas visuoespaciales y dificultades en matemática, no existe en realidad un perfil característico en el síndrome. Frente a esta variabilidad se hace evidente la necesidad de abordar desde diferentes disciplinas (medicina, psicología, entre otras) a cada mujer teniendo en cuenta sus particularidades.

Como fuera descripto en el trabajo, una variable importante a tener en cuenta cuando se analiza el autoconcepto es la edad. La misma tiene una

relación importante con el autoconcepto sobre todo en el período de la adolescencia, momento de quiebre entre la niñez y la adultez, donde se produce una vacilación en la autopercepción y valoración de uno mismo. En relación con lo expuesto, en la presente investigación un análisis intragrupo permitió dar cuenta de diferencias entre prepúberes y púberes, siendo las primeras quienes mostraron un autoconcepto más alto en comparación con las adolescentes, tanto en lo que respecta al autoconcepto total como a las dimensiones del mismo. Es en la dimensión física donde esta diferencia se hizo más evidente (Tabla 7). Tales discrepancias entre prepúberes y púberes podría deberse a que las primeras aun no han atravesado la etapa crítica de la adolescencia ni los cambios que ésta conlleva, las cuales repercuten en el autoconcepto. En esta etapa cobra particular importancia la apariencia física y la mirada que sobre ellas tienen sus pares. En el caso de las adolescentes con diagnóstico de ST, este aspecto se vuelve conflictivo debido a la ausencia de pubertad que retrasa la aparición de los caracteres sexuales secundarios y a su baja talla, acentuando diferencias y ampliando la brecha que las separa del resto de sus pares.

Diversos autores sostienen (Pozo, Soriano y Argento, 2003; Cañete Estrada, 2003) que es entre los 12-14 años cuando las niñas con diagnóstico de ST y sus familias se encuentran en la disyuntiva de tener que ponderar entre la continuidad del tratamiento con HC, que les permite aumentar la talla final, pero las retrasa en relación a la pubertad de sus pares, o el inicio del tratamiento sustitutivo con estrógenos para alcanzar la pubertad deteniendo el crecimiento en altura. Es de amplio conocimiento que el tratamiento hormonal estrogénico tiene beneficios biológicos, psicológicos y sociales y que la inducción de la pubertad desempeña un papel importante en el desarrollo y

madurez emocional. Los cambios provocados son, en general, positivos y promueven la autopercepción y autoestima. Por el contrario, el retraso puberal podría afectar el funcionamiento psicosocial, a nivel de la regulación del afecto, el comportamiento social, la autoestima y la percepción de los roles a desempeñar en las relaciones. Los estudios de McCauley y Sybert (2006), Boman et al. (2000), Ross, Roeltgen, Feuillan, Kushner, y Cutler (1998) y Ross y Roeltgen (1996) demostraron que los efectos del tratamiento estrogénico sobre el funcionamiento psicológico (tanto socioemocional como cognitivo) son positivos y promueven la autopercepción y la autoestima.

Dentro del grupo de púberes las diferencias entre quienes tuvieron pubertad espontánea o inducida se encontraron, principalmente, en la dimensión social, donde la participante bajo tratamiento estrogénico (participante seis) mostró un autoconcepto más bajo en comparación con el resto de las adolescentes (Tabla 7). En las adolescentes con diagnóstico de ST que realizan tratamiento estrogénico los beneficios dependen de que el inicio del mismo sea en el momento adecuado. Cuando el inicio del tratamiento se produce en una edad tardía, para esa niña en particular y en relación al contexto en que se encuentre, las consecuencias se observan, principalmente en el autoconcepto social. Esto pudo observarse en la participante seis donde el autoconcepto social fue el menor obtenido en el grupo de púberes. Dicha participante fue la única bajo tratamiento estrogénico, que desarrollo pubertad a una edad mas tardía en comparación con las otras adolescentes, con una talla por debajo de la mínima esperada poblacionalmente (percentil -3) (Tabla 7).

En relación al cariotipo, el análisis intragrupo permitió ver que fueron las niñas y adolescentes con línea mosaico quienes presentaron un autoconcepto más bajo en comparación con las niñas con un cariotipo línea pura (Tabla 5 y

6). Estos resultados se acercan a los hallados por Boman, Hanson, Hjelmquist y Moller (2006) quienes indagaron otra variable psicológica (rasgos de personalidad) en mujeres con diagnóstico de ST en relación al cariotipo, observando que las mujeres con línea pura presentan rasgos de personalidad más adaptativos, con un nivel más bajo de neuroticismo y mayor extraversión.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es que las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST presentan un autoconcepto total medio o alto ya que logran compensar las dimensiones en las cuales obtienen puntajes bajos con aquellas en las que obtienen puntajes altos. Todas las niñas y adolescentes evaluadas obtuvieron una puntuación alta en la dimensión familiar y alta o media en la dimensión académica (Tabla 7). De esta forma se podría pensar que logran compensar aquellas dimensiones con puntajes bajos (física, emocional y social) con éstas dos dimensiones, logrando obtener un buen autoconcepto total.

En relación con lo mencionado y considerando particularmente la dimensión familiar, es interesante pensar que los puntajes altos obtenidos por las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST pueden estar relacionados con una sobreprotección familiar que hace que se sientan seguras y confiadas respecto de sus familias. Una investigación recientemente realizada por López, Aguilar y Gillet (2009), muestra que si bien las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST perciben una relación materno-filial basada en la contención, aceptación y apoyo, las madres se perciben así mismas como sobreprotectoras. Este aspecto define el tipo de relación materno-filial en una doble vertiente. Por un lado, podría funcionar como un factor protector ya que el apoyo vislumbrado por las niñas y adolescentes de parte de su madre es una característica central en su desarrollo psicosocial, y por otro lado la

sobreprotección podría generar dificultades adicionales, especialmente, en sus relaciones extrafamiliares. Esto tiene relación con lo expuesto por Suzigan, et al (2004) quién expresó que la sobreprotección de los padres, que tratan a las niñas con diagnóstico de ST de acuerdo a su altura y no a su edad, tiende a aumentar su dependencia e inmadurez.

También es posible considerar la posibilidad de la existencia de otras cuestiones relacionadas indirectamente con el autoconcepto que no fueron evaluadas en dicha tesis y que aun así tienen una incidencia en la vida de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. Estas otras cuestiones, como pueden ser rasgos de personalidad, dificultades en la lectura de estímulos sociales, problemas en el aprendizaje, entre otras (Mazzocco, Bhatia y Lesniak-Karpiak, 2003) tendrían también importancia en las relaciones que ellas establecen con las otras personas y en la forma como ven y viven el mundo diario.

Es en base a la influencia del autoconcepto a nivel neuropsicológico y psicosocial que resulta importante el estudio del mismo y sus respectivas dimensiones en una población considerada vulnerable como la de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. Esta importancia radica en la posibilidad de llevar a cabo diseños de programas de prevención e intervención psicológica en el ámbito individual y familiar que favorezcan el fortalecimiento y generación de nuevos recursos en la población estudiada potenciando, de este modo, la calidad de sus interacciones, la confianza en sí mismas y en su capacidad de establecer relaciones sociales optimas.

VI. I. Limitaciones del estudio.

Los resultados obtenidos permitieron reflexionar respecto a una importante limitación del estudio, la cual tiene relación con la selección de la muestra del grupo control. Es posible que con el fin de seleccionar controles que cumplieran con los requisitos necesarios para ser comparables en todos los aspectos posibles con el grupo clínico, se haya seleccionado una muestra con las mismas problemáticas que se pretendía indagar en el grupo clínico (como por ejemplo la falta de pubertad espontánea en una niña control a la edad de 14 años).



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouserie, R. (1995). Self- esteem and achievement motivation as determinant of student's approaches to studying. *Studies in Higher Education*, 20 (1), 19-26.
- Amezcu Membrilla, J. A., y Pichardo Martínez, M. C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16 (2), 207-214.
- Arnett, J.J. (1995). Broad and narrow socialization: The family in the context of a cultural theory. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 617-628.
- Aunola, K., Stattin, H., y Nurmi, J. E. (2000). Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behaviors. *Journal of Youth and Adolescenc*, 29 (3), 289-306.
- Bempechat, J. (1990). The role of parental involvement in children's academic achievement: A review of the literature. *Trends and Issues n° 14*. New York: Columbia University (ERIC Document Reproduction Service No. DE 322285)
- Berger, P .L. y Luckmann, Th. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Blascowitch, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. En J.P. Robinson, P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*. Nueva York: Academic Press.
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., & Zakin, D. F. (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 207-226
- Bohne, A., Keuthen, N. J, Wilhelm, S, Deckersback, T y Jenike, M. A. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liasion Psychiatry*, 43 (6), 486-490

- Boman, U., Möller, A., & Albertsson Wikland, K. (2000). Self-perception, behavior and social functioning in Swedish girls with Turner syndrome: A population-based study. *Göteborg Psychological Reports*, 30 (5), 1-12.
- Boman U. W, Hanson C, Hjelmquist E, Moller A. (2006) Personality traits in women with Turner syndrome. *Scand J Psychol*, 47, 219-223.
- Bondy, C. (2006). Care of girls and women with Turner syndrome: A guideline of the Turner syndrome study group. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92 (1), 10-25.
- Bueno Lozano, G. (2003). Otras anomalías asociadas al Síndrome de Turner: su repercusión evolutiva. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 71- 78.
- Cañete Estrada, R. (2003). Inducción puberal en el Síndrome de Turner. Tipos de indicación: acciones e inconvenientes. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 117-132
- Carel, J., Elie, C., Ecosse, E., Tauber, M., Léger, J., Cabrol, S. et al. (2006). Self-esteem and social adjustment in young women with Turner syndrome-influence of pubertal management and sexuality: Population-based cohort study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91 (8), 2972-2979
- Castejon, J. L. Y Pérez, A. M., (1998). Un modelo casual-explicativo de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Revista Bordón*, 50 (2), 171-185.
- Cava, M. J y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. Universidad de Valencia. *Revista de psicología General y Aplicada*, 54 (2), 297-311
- Chapman, J. y Boersma, F. J. (1980). *Affective Correlates of Learning Disabilities*. New York: Lisse, Swets & Zeitlinger
- Coloma, J. (1994). La acción educativa paterna como acción socializadora. En Pérez-Delgado (Ed.), *Familia y educación. Relaciones familiares y desarrollo personal de los hijos*, Valencia, Generalitat Valenciana
- Cooley, C. H. (1902) *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.

- Cooley, E. J. & Ayres, R. R. (1988). Self concept and success- failure attributions of nonhandicapped students and students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 21, 174-178.
- Danielewics, D. y Pisula, E. (2005). Self –esteem evaluation of girls of turne síndrome. *Annales Universitatis Mariae Curie- sklodowska Lublin-polonia*, 60 (16), 72
- Del Alamo, A. (2006). Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner.
www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner.
- Down, S. A. (2002). Internalizing symptoms in adolescents: assessment and relationship to self-concept. *Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering*, 62 (8-B), 3796
- Durkin, K. (1993). La naturaleza social del desarrollo social. In M. Hewstone, W. Stroebe, J-P. Codol y G.M. Stephenson (coords.) *Introducción a la psicología social: Una perspectiva europea*. Barcelona: Ariel. 54 – 72
- Ellett, L., Lopes, B., y Chadwick, P. (2003) Paranoia in a nonclinical population of college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 425-430
- Epstein, Seymour (1973) The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist*. 28 (5), 404-416
- Esteve Rodrigó,J. (2005) Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. Universidad de Valencia. Servicio de publicación.
- Fan, F. y Fu, J. (2001). Self-Concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15 (2), 76-77.
- Fantuzzo, J.W., Davis, G.Y. y Ginsburg, M.D. (1995). Effects of parental involvement in Isolation or in combination with peer tutoring on student self-concept and mathematics achievement. *Journal of Educational Psychology*, 87, 272-281
- Freud, Sigmund. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX - El yo y el ello, y otras obras (1923-1925)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J. I. (2003) Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y

- emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24 (1), 113-134.
- Garaigordobil, M., Durá, A., Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto- autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63
- Garcés de los Fayos, E. J., y Gómez, A. (2003). Promoción de la actividad física y el deporte en niños y adolescentes. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles, y F. X. Méndez: *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- García-Bacete, F. J., y Musitu, G. (1993). Rendimiento académico y autoestima en el ciclo superior de EGB. *Revista de Psicología de la Educación*, 4 (11), 73-87.
- García-Rudaz C, Martínez A. S, Heinrich J. J, et al. (1995) Growth of Argentinian girls with Turner syndrome. *Ann Hum Biol*; 22, 533-44.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *Manual AF-5*. Madrid: TEA.
- García Linares, M. C. y Pelegrina, S. (2001). Características de los padres y el autoconcepto de los adolescentes. *Boletín de Psicología*, 73, 23-42.
- Gault E. J, Donaldson M. D. C. (2001). Efficacy of growth hormone therapy in Turner's Syndrome. <http://bspe.shef.ac.uk/XONICE.html> (Accessed 11/06/01).
- González, M. C. y Tourón, J. (1992) *Autoconcepto y rendimiento escolar. Implicaciones en la motivación y en el aprendizaje autorregulado*. Pamplona, EUNSA.
- González, M. C., Tourón, J., e Iriarte, C. (1994). Autoconcepto, motivación y rendimiento escolar. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 25-44.
- Gonzalez- Pienda. J., Núñez- Pérez. J. y Valle- Arias. A. (1992). Procesos de comparación externa / interna, autoconcepto y rendimiento académico. Universidad de Oviedo. *Revista de psicología general y aplicada* 45 (1), 73-81.
- González Pienda, J., Núñez Pérez, J., Glez-Pumariega, S. y García-García, M. (1997) Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9 (2), 271-289.

- González-Pianda, J., Núñez, J., Álvarez, L., Rocés, C., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R. G., Rodríguez, S. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Universidad de Oviedo, Equipo Sectorial de Motóricos de Asturias y Universidad de La Coruña. *Psicothema*. 15 (3), 471-477.
- González A. (2005) *Motivación académica: teoría, aplicación y evaluación*. Madrid: Pirámide.
- Goñi, A., Rodríguez, A., y Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25 (4), 141-151.
- Gridner, R. (1976). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Guay, F., Pantano, H. W. y Boivin, M. (2003). Autoconcepto académico y logro académico: perspectivas del desarrollo sobre su ordenamiento causal. *Diario de Psicología Educativa*, 95, 124-136.
- Hoffman, L., Paris, S., y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw.Hill.
- Hoffman, J. P., Baldwin, S. A., y Cerbone, F. G. (2003). Onset of major depressive disorder among adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 217-224.
- Hokoda, A. y Fincham, F.D. (1995). Origins of children's helpless and mastery achievement patterns in the family. *Journal of Educational Psychology*, 87, 375-385.
- James, W. (1910) *Psychology: The briefer course*. New York: Holt.
- Kaplan, D., Liu, X. y Kaplan, H. (2001). Influence of parents' self-feelings and expectations on children's academic performance. *Journal of Educational Research*, 94, 360-370.
- Kim, K., y Rohner, R.P. (2002). Paternal warmth, control and involvement in schooling: Predicting academic achievement among Korean American adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 127.
- Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (2), 115-124.

- Labarta, J. (2004). *Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología y Pediatría. 12, 1-23.
- Lagrou K, Verhaegen J, Janssens M, Wauters G, Verbist L. (1998). Prospective study of catalase-positive coryneform organisms in clinical specimens: identification, clinical relevance and antibiotic susceptibility. *Diagn Microbiol Infect Dis* 30, 7-15.
- León, J. M., Cantero, F. J., y Medina, S. (1998). Socialización y aprendizaje social. En J.M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina & F. J. Cantero (coords.) *Psicología social. Orientaciones y ejercicios prácticos*, Madrid, McGraw Hill, 43-58.
- Lila, M. S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Información Psicológica*, 59, 11-17.
- López, M. C. y Aguilar, M. J. (2009) Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: interacción genes- ambiente. *Psicol. cienc. prof.*, 29 (2), 318-329.
- López, M. C., Aguilar, M. J y Gillet, S. R. (2009). Relación materno- filial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. En www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/psic/085.pdf
- Lujan, I. (2002) Autoconcepto y conflicto en la construcción de la identidad adolescente en una sociedad cambiante. *Revista psicossocial*. Disponible en <http://go.tolpsicosocial>
- Markus, H. (1999) Self-schemata and processing information about the self. En R.F. Baumeister (Ed.). *The self in social psychology*. Philadelphia: psychology press, 123-138
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*. 1298, 83-92. www.ics-elsevier.com.
- Mazzocco, M., Bhatia, N. S. y Lesniak-Karpiak, K. (2006). Visuospatial skills and their association with math performance in girls with fragile X or Turner syndrome. *Child Neuropsychol*, 12 (2), 87–110.
- McCall, G. J. y Simmons, J. L. (1982): *Social psychology: A sociological approach*. New York: The Free Press.
- Mccauley, E.; Ross, J. y Kushner, H. (1995). Self-esteem and behaviour in girls with Turner syndrome. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 82-88.

- McCauley, E., y Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series*, 1298, 93-99.
- Mead, G. H. (1934) *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mestre Escrivá, V., Samper García, P. y Pérez Delgado, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 243-259.
- Miyamoto, S. F y Dornbusch. S. (1956). A Test of Interactionist Hypotheses of Self-Conception. *American Journal of Sociology*, 61, 399-403
- Molpeceres, M. A. (1994). *El sistema de valores. Su configuración cultural y su socialización familiar en la adolescencia*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Montt, S. y Ulloa Chávez, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Revista de Salud Mental*, 19 (3).
- Morin A, Guimarey L, Santucci Z, y Apezteguia M. (2000). Prediction of final height in girls with Turner syndrome treated with growth hormone. *Medicina*, 60, 551-554.
- Murphy, M., Mazzocco, M., Gerner, G., y Henry, A. (2006). Mathematics learning disability in girls with Turner syndrome or fragile X syndrome. *Brain and Cognition*, 61 (2), 195-210
- Murray, S. L., Griffin, D. W., Rose, P. y Bellavia, G. M (2003). Calibrating the sociometer: The relational contingencies of self- esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 63-84.
- Musitu, G. y Molpeceres, M. A. (1992). Estilos de socialización, familismo y valores. *Infancia y Sociedad*, 16, 67-101.
- Musitu, G. y Allatt, P. (1994) *Psicosociología de la familia*. Valencia. Albatros.
- Musitu, G. Buelga, S., Lila, M. S, y Cava, M. J (2001). *Adolescencia y Familia: Un Modelo de Análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2001) *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Musitu, G. y García, F. (2001). *AF5 Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.

- Navarro, E., Tomás, J. y Oliver, A. (2006). Factores familiares, personales y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. *Boletín de psicología*, 88. www.uv.es/seoane/boletin/n88
- Nelson, L. D. (1996). A Comparison of gender differences in middle school adolescents participating in a eating disorder prevention program. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (6-A), 2426.
- Núñez, J. y Gonzales-Pienda, J. (1994) Determinantes del rendimiento académico. Oviedo. Servicios de publicaciones de la universidad.
- Orenstein, P. (1994). *Schoolgirls: young women, self-esteem and the confidence gap*. New York: Doubleday.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social, teórica y aplicada*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Pichardo Martínez, M. C. (2000). Influencia de los estilos educativos de los padres y del clima social familiar en la adolescencia temprana y media. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 251-266.
- Pozo, J., Soriano, L. y Argente, J. (2003). Tratamiento con hormona de crecimiento (GH) en el Síndrome de Turner (ST): aplicación del modelo de crecimiento infantojuvenil. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España, 95- 115
- Puga Gonzáles, B (2003). Información y apoyo psicológico a la paciente Turner. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 141- 146
- Rae, C., Joy, P., Harasty, J., Kemp, A., Kuan, S., Christodoulou, J., et al. (2004). Enlarged temporal lobes in Turner syndrome: An X-chromosome effect? *Cerebral Cortex*, 14 (2), 156
- Ramos, F. (2003) Aspectos clínicos y epidemiológicos. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 1-12

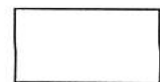
- Rijsman, J. (1983). The dynamics of social competition in personal and categorical comparison-situations. In: W. Doise & S. Moscovici (Ed.) *Current Issues in European social psychology*. I. Maison des Sciences de l'Homme and Cambridge University Press. 279-312
- Rodríguez- Hierro, F (2003). Función ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el Síndrome de Turner. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 43-50
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin.
- Roman R, Vallejos M. E, Muñoz M, Schneider R, Youlton R y Henríquez C. (2002). Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Rev Med Chil.*, 130 (9), 977-984.
- Ross, J., y 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., y 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. L., Roeltgen, D., Kushner, H., Wei, F. y Zinn, A. R. (2000): The Turner's Syndrome-associated neurocognitive phenotype maps to distal Xp. *Am J Hum Genet*, 67 (3), 672-81.
- Rothenberg, D. (1997). *Supporting Girls in Early Adolescence*. Washington, DC: Office of Educational Research and Improvement
- Schaffer, H. (1983). Introducción: tendencias actuales en la psicología angloamericana del desarrollo. En Shaffer, H. (ed) *Avance en psicología del desarrollo*. Madrid, VISOR.
- Schaffer, H. R. (1984). Parental control techniques in the context of socialization theory. En W. Doise y A. Palmonari (eds.) *Social interaction in individual development*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Schmidt, P., Rubinow, D., y 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.

- Shafii, M. y Shafii, S. (1985). *Desarrollo normal y trastornos emocionales en la infancia niñez y adolescencia*. Editorial El Ateneo.
- Shavelson, J., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Rev. Of. Educat. Res.* 46, 407-442.
- Shrauger, J. S. y Schoeneman, T. J. (1979). The symbolic interactionist' view of self-concept: though the looking-glass darkly. *Psychological Bulletin*, 86, 549-573.
- Siegal, M. (1987). Are sons treated more differently by fathers than by mothers? *Developmental Review*, 7, 183-209.
- Suzigan Lígia Z. C, Paiva e Silva R. B, Lemos Marini S. H., Baptista M. T., Gil Guerra Jr., Magna L. A. y Maciel Guerra A. T. (2004). Turner Síndrome: The Patients' View. *Journal de Pediatria. Sociedad de Pediatria Brasileira*. Disponible en: URL: <http://www.scielo.br>.
- Suzigan L., Paiva e Silva, R y Maciel- Guerra A., (2005). Turner syndrome: psychosocial aspects. *Arq Bras Endocrinol Metab* 49 (1), 157-164.
- Torregrosa, J. R. y Fernández, C (1984). La interiorización de la estructura social, en J.R. Torregrosa & E. Crespo (eds.), *Estudios básicos de psicología social*, Barcelona, Hora, 421-446
- Urquijo, S. (2002). Autoconcepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución. *Revista Psico-USF*, 7 (2), 211-218.
- Valentine, I. S. (2001). The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disordered adolescents. *Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering*, 61 (10-B), 5585.
- Vander Zanden, J. W. (1986). *Manual de psicología social*. Buenos Aires, Paidós.
- Weiss, M .R., Smith, A. L. y Theeboom, M. (1996). That's what friends are for: Children's and teenagers' perceptions of peer relationships in the sport domain. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 347-379.
- Wilgenbusch, T. y Merrell, K. W. (1999). Gender Differences in Self-Concept among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Multidimensional Studies. *School Psychology Quaterly*, 14 (2), 101-120.

Winne, P., Woodlands, M. y Wong, B. (1982). Comparability of self concept among learning disabled normal and gifted students. *Journal of Learning Disabilities*, 15, 470-475.

Wylie, R. (1961). *The self concept*. Lincoln, Nebraska. University of Nebraska Press.

ANEXO



CUESTIONARIO - AF5

Fecha de administración:...../...../.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

A continuación se presentan una serie de frases, debes responder con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo con cada una de ellas. Lee con atención cada frase, y por favor contesta con sinceridad, considerando que:

- No existen respuestas buenas o malas, cada opción solo indica una forma diferente de pensar.
- En caso de duda entre varias opciones señala aquella que se acerque mas a tu forma de pensar.

		Nunca	A veces	Siempre
1.	Hago bien las tareas escolares.			
2.	Hago fácilmente amigos.			
3.	Tengo miedo de algunas cosas.			
4.	En casa me critican mucho.			
5.	Me cuido físicamente.			
6.	Mis maestros o profesores me consideran un buen estudiante			
7.	Soy una persona amigable.			
8.	Muchas cosas me ponen nervioso/a.			
9.	Me siento feliz en casa.			
10.	Me buscan para realizar actividades deportivas.			
11.	Trabajo mucho en clase.			
12.	Para mí es difícil hacer amigos.			
13.	Me asusto con facilidad.			
14.	Mi familia está decepcionada de mí.			
15.	Me considero elegante.			
16.	Mis maestros o profesores me aprecian.			
17.	Soy una persona alegre.			
18.	Cuando los adultos me dicen algo me pongo nervioso.			
19.	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.			
20.	Me gusta como soy físicamente.			
21.	Soy un buen estudiante.			
22.	Me cuesta hablar con desconocidos.			
23.	Me pongo nervioso cuando la maestra o profesor me pregunta.			
24.	Mis padres me dan confianza.			



*AUTOCONCEPTO Y TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ESTROGENOS
EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE CON SINDROME DE TURNER*

25.	Soy bueno haciendo deportes.			
26.	Mis maestros o profesores me consideran inteligente y trabajador.			
27.	Tengo muchos amigos.			
28.	Me siento nervioso.			
29.	Me siento querido por mis padres.			
30.	Soy una persona atractiva.			

(Frases 4-12-14-22 = 100 - Puntaje)

DIMENSIONES

Académica: 1 + 6 + 11 + 16 + 21 + 26 = :60=
 Cent: _____

Social: 2 + 7 + 12 + 17 + 22 + 27 = :60=
 Cent: _____

Emocional: 600 - 3 + 8 + 13 + 18 + 23 + 28 = :60=
 Cent: _____

Familiar: 4 + 9 + 14 + 19 + 24 + 29 = :60=
 Cent: _____

Físico: 5 + 10 + 15 + 20 + 25 + 30 = :60=
 Cent: _____

Observaciones:.....

AGRADECIMIENTOS.

A nuestra querida Directora de Tesis: Mg. Marcela Carolina López Calvo por su continuo asesoramiento científico, su paciencia y comprensión, su predisposición permanente e incondicional en aclarar nuestras dudas y, sobre todo, por brindarnos un estímulo constante para seguir creciendo intelectualmente. Por establecer un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A la Lic. Maria José Aguilar por sus substanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis. Principalmente por su colaboración y buena voluntad en las actividades de corrección y en sus observaciones críticas en la redacción del trabajo.

Al grupo de investigación de la UNMdP, "Genética del comportamiento" quienes nos abrieron las puertas para participar del mismo, por su calidez y compañerismo al compartir inquietudes y por su generosidad científica. En especial a Mg. Liliana Bakker, por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia, por su disposición y su continuo y afectuoso aliento.

A las apreciadas familias de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, quienes nos posibilitaron llevar adelante el proyecto, realizar la presente tesis y sobre todo, por brindarnos su colaboración en todo momento. ¡Muchas Gracias!

A cada una de las instituciones involucradas en el diagnóstico, tratamiento y ayuda tanto a las familias como a las niñas y adolescentes con ST, por su colaboración y buena predisposición.

Y fundamentalmente a nuestros padres quienes nos infundieron la ética y el rigor que guían nuestro transitar por la vida. Por su apoyo



incondicional en cada una de nuestras decisiones y enseñarnos que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr los objetivos.

A nuestras hermanas y amigas por acompañarnos en los momentos importantes y compartir cada uno de nuestros logros con gran emoción y felicidad.

A nuestras parejas Leandro, Julián y Emmanuel por su comprensión, cariño, constante estímulo y compañía durante el tiempo necesario, dedicado a este trabajo de Tesis.