



Artículo de investigación

VARIABLES PSICOLÓGICAS TRONCALES EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES: ESTUDIO DIFERENCIAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

Psychological variables trunks in the development of social skills:
differential study in children and adolescents diagnosed with Turner syndrome

María Soledad Sartori^{1,2,*}, Verónica Zabaletta¹, María José Aguilar^{1,2} y Marcela López¹

1 Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, Argentina.

2 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El Síndrome de Turner es un trastorno cromosómico, no heredable, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Las particularidades físicas y psicológicas de las mujeres con este diagnóstico pueden afectar la capacidad y calidad de sus relaciones sociales. A su vez, el paso de la niñez a la adolescencia conlleva grandes cambios que repercuten directamente en el desarrollo social y que podrían incidir negativamente, si no se cuenta con una serie de factores protectores que amortigüen sus efectos. El objetivo del presente trabajo consiste en valorar en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner factores de protección y vulnerabilidad troncales en el desarrollo de habilidades sociales; explorando el impacto diferencial de medidas como autoconcepto, percepción de estilos parentales, estrategias de afrontamiento y estrés escolar en relación a variables evolutivas. Se trabajó con una muestra intencional de niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner; en todas las variables analizadas se observaron diferencias que pueden ser atribuidas a la etapa de desarrollo, permitiendo el análisis del impacto diferencial de estos factores en la niñez y la adolescencia. Estos datos resultan útiles para comprender el grado de vulnerabilidad de esta población en relación con la valoración que realizan de sí mismas en diferentes períodos evolutivos de su vida, incrementando, a la vez, el conocimiento de la dialéctica genética y ambiente.

Palabras clave: habilidades sociales, síndrome de Turner, autoconcepto, estrés escolar, estrategias de afrontamiento, estilos parentales

Abstract

Turner syndrome is a chromosomal disorder, not inheritable, determined by the total or partial deletion of the X chromosome in females. The physical and psychological characteristics of women with this diagnosis may affect the capacity and quality of their social relationships. At the same time, the transition from childhood to adolescence involves major changes that directly affect social development and that could adversely affect, if not has a series of protective factors that buffer their effects. The aim of this study is to evaluate in children and adolescents diagnosed with Turner Syndrome protection and vulnerability trunk factors in the development of core social skills, by exploring the differential impact of measures such as self-concept, perceived parenting styles, coping strategies and stress school in relation to evolutionary variables. This investigation worked with a purposive sample of children and adolescents diagnosed with Turner Syndrome; in all variables analyzed differences may be attributed to the development stage, allowing the analysis of the differential impact of these factors in childhood and adolescence. These data are useful for understanding the vulnerability of this population in relation to the assessment made of themselves in different evolutionary periods of his life, increasing, at the same time, knowledge of genetics and environment dialectic.

Keywords: social skills, Turner Syndrome, self-concept, school stress, coping strategies, parenting styles

Introducción

El estudio de las habilidades sociales es un campo muy prolífero debido a que operan como uno de los recursos salugénicos más significativos, al constituir una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal, (Contini de González, 2008). Si bien, las habilidades sociales son consideradas comportamientos aprendidos donde el entorno en el que se desenvuelve el niño y/o adolescente es decisivo, es necesario considerar la existencia de evidencias empíricas que sugieren que la información genética ejerce

influencia sobre las aptitudes sociales (Constantino & Todd, 2003). En este sentido diversas investigaciones han vinculado al par doble de cromosomas X, presente en las mujeres, como protector de habilidades socio-cognitivas relacionadas con la modulación del comportamiento social (Lawrence et al., 2003) dando cuenta que la expresión reducida de genes puede interferir selectivamente en el desarrollo de ciertos dominios cognitivos que influyen en el desempeño social de una persona. Así, la interacción entre determinados genes y ambientes confiere a los individuos diferentes grados de susceptibilidad en la aparición de determinadas características.

* Correspondencia: solesartori@gmail.com. Facultad de Psicología, Nivel II, Funes 3250 7600. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: +02 (395) 154 087 63.

Recibido: 24-10-13. Revisión desde: 02-04-13. Aceptado: 25-07-13.

Tabla 1. Características de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST.

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 nacer	5 años	5 años	5 años
Edad actual	15 años	13 años	7 años	7 años	14 años	16 años
Tratamientos hormonal	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento	H. de crecimiento 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

Dentro de esta línea de trabajo autores como Plomin, De Fries, McClearn y Guffin (2002) sostienen que durante el desarrollo los factores genéticos imponen límites a las capacidades del individuo, determinando la proporción relativa de experiencias de éxito y fracaso que recibirá; sin embargo estas experiencias dependerán también en una gran medida de los modelos sociales que se le presenten y de las pautas de refuerzo que adopten las personas significativas de su subgrupo social inmediato.

Los modelos teóricos actuales de desarrollo infantil, defienden que no existe un conjunto aislado de factores responsables de un desarrollo inadecuado y consideran que las probabilidades de un incremento en la aparición de episodios traumáticos, para un niño o adolescente, es consecuencia de una descompensación entre los factores de riesgo y protección presentes en el contexto de desarrollo (Lorence-Lara, 2008). Se consideran factores de riesgo a las circunstancias que predisponen a las personas hacia desajustes de diverso tipo. Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo infantil y adolescente se pueden citar el aislamiento social, la relación paterno-filial maltratante y la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los contextos donde se desarrollan (Oliva, Parra, Sánchez-Queija, & López, 2007).

Guardando una importante relación con los factores de riesgo se encuentran los factores de vulnerabilidad. Estos factores se refieren a aquellas circunstancias que incrementan la probabilidad de que surja un problema en presencia de factores de riesgo pero que, en el mismo contexto, no tienen ese efecto amplificador si el riesgo no está presente. En el extremo opuesto a los factores de riesgo y vulnerabilidad se encuentran los factores de protección. Los mismos son definidos como aquellos elementos que ante la existencia de factores de riesgo, contribuyen a disminuir o eliminar la probabilidad de que el problema o el desajuste tengan lugar.

Un enfoque cualitativo dentro de este modelo pone énfasis en el número y tipo de elementos de protección que acompañan a los de riesgo y en las relaciones que se establecen entre los mismos. En este sentido, los factores de protección pueden incidir directamente sobre los factores de riesgo compensando los efectos negativos de los mismos o bien indirectamente, potenciando el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

En relación a lo expuesto y tomando como referencia para el análisis el desarrollo de habilidades sociales asertivas, un buen autoconcepto actuaría como factor de protección, contribuyendo a la generación y fortalecimiento de los vínculos sociales (Da Dalt & Moreno, 2010). Paralelamente, las buenas relaciones padre-hijo pueden ser también un factor protector, en tanto que se fomente la confianza y el desarrollo de habilidades sociales básicas, para un desempeño posterior, familiar y socio-cultural. Asimismo, el modo de percibir la relación con sus padres permitirá a los niños y adolescentes aprender diferentes formas o estrategias para enfrentar las situaciones que pueden resultarles amenazantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Sumado a lo expuesto determinadas características individuales pueden generar dificultades para enfrentar de manera funcional situaciones consideradas como amenazantes, dando lugar a la presencia de factores de vulnerabilidad. El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico, no heredable, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Su incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas

vivas (Murphy, Mazzocco, Gerner, & 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. Si bien es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres con diagnóstico de ST no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006). Diversos autores sostienen que las particularidades físicas y psicológicas que expresan las mujeres con diagnóstico de ST pueden afectar la capacidad y calidad de sus relaciones sociales (López & Aguilar, 2009; McCauley & Sybert, 2006). Autores como Labarta (2004) y Del Alamo (2006) exponen en sus investigaciones que dicha población presenta inmadurez emocional, dificultades para establecer nuevas relaciones sociales, timidez e imagen corporal negativa, siendo los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa más frecuentes que en la población general. Del Alamo (2006) manifiesta que las dificultades psicológicas están más ligadas a las reacciones vivenciales de la niña y/o adolescente y no se deben directamente a la expresión fenotípica del síndrome. Señala como problemas psicológicos infantiles el retraso en la madurez emocional, generalmente relacionado con la sobreprotección de los padres, infantilismo general, ansiedad, nerviosismo, problemas de adaptación e integración escolares; problemática que relaciona principalmente con un desarrollo pobre de habilidades sociales. Expresando, asimismo, que durante la adolescencia la principal dificultad se relaciona con la conducta social y con las relaciones con sus compañeros y pares.

El objetivo del presente trabajo consiste en valorar en niñas y adolescentes con diagnóstico de ST factores de protección y vulnerabilidad troncales en el desarrollo de habilidades sociales. Explorando, asimismo, posibles relaciones entre las variables analizadas y el impacto diferencial de las mismas según la etapa de desarrollo.

Estos datos resultan útiles para comprender el grado de vulnerabilidad de esta población en relación con la valoración que realizan de sí mismas en diferentes períodos evolutivos de su vida, incrementando, a la vez, el conocimiento de la dialéctica genética y ambiente.

Resultados

Las características de niñas y adolescentes con diagnóstico de ST se describen en la tabla 1. De las medidas obtenidas para evaluar el *Autoconcepto* (ver tabla 2), se desprende que el subgrupo pre-púberes presenta puntuaciones más altas en la escala de autoestima y mayor variabilidad en las respuestas. Asimismo se observan perfiles diferenciales en cuanto a las subescalas de autoestima en ambos grupos.

A partir de los resultados de la valoración de los *Estilos Parentales* (ver tabla 3), se destaca que el grupo de púberes es el que tiene puntajes más altos en todas las subescalas, encontrándose diferencias significativas en control normal, estilo democrático, estilo autoritario y estilo permisivo.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos e inferenciales de la variable AF5 y sus dimensiones

AF5	Pre-púberes		Púberes		U de Mann-Whitney
	X	S	X	S	
Física	14,33	2,517	12,00	1,732	.261
Familiar	15,33	2,082	17,00	1,000	.658
Emocional	16,33	2,082	12,33	1,528	0.77
Académico	13,67	4,509	15,33	2,082	.827
Social	14,00	3,606	15,33	2,082	.513
Total	73,67	14,012	72,00	2,646	.178

Tabla 3. Estadísticos descriptivos univariados e inferenciales de la percepción de la relación parental.

Percepción	Pre-púberes		Púberes		U de Mann-Whitney
	X	S	X	S	
Aceptación	19.00	1.00	21.33	1.52	.077
Control normal	12.00	1.00	15.67	.046	15.67
Control estricto	5.67	1.15	8.33	1.15	0.68
Control patológico	18.00	1.73	18.33	3.51	.825
Autonomía extrema	7.00	2.00	10.00	1.00	.077
Estilo democrático	36.67	3.05	45.33	2.51	.050
Estilo Autoritario	42.67	1.52	48.00	2.64	.050
Estilo Permisivo	26.00	3.00	31.33	2.30	.046
Estilo Rechazante	18.00	1.73	18.33	3.51	.825
Estilo Negligente	7.00	2.00	10.00	1.00	.077

Tabla 4. Estadísticos descriptivos univariados e inferenciales de las estrategias de afrontamiento.

Estrategia	Pre -púberes		Púberes		U de Mann-Whitney
	x	s	x	s	
Análisis lógico	.33	.52	.67	57	.653
Reestructuración cognitiva	.67	.51	.33	57	.105
Búsqueda de apoyo	.00	.00	.33	.08	.658
Acción sobre el problema	.00	.73	.67	.08	.268
Evitación Cognitiva	.33	.52	.00	.00	.822
Búsqueda de gratificación	.33	.57	.00	.73	.099
Control emocional	.67	.08	.00	.00	.658
Paralización	.67	.08	.67	.52	.500
Descontrol emocional	.67	.08	.33	.52	8.22
Estrategias funcionales	4.00	.60	9.00	.00	.050
Estrategias disfuncionales	6.67	.51	.00	.00	.184

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable estrés escolar y sus dimensiones

	Pre-púberes		Púberes		U de Mann-Whitney
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	
QSSEM	33.00	3.60	43.33	11.15	.127
QSSTI	16.00	3.60	18.67	2.88	.487
QSSAA	17.33	4.16	13.00	4.00	.275
QSS	66.33	5.68	75.00	10.53	.275

Nota. QSSEM: Emotivo- motivacional, QSSTI: Tensión interpersonal, QSSAA: Autoestima- Adaptación escolar, QSS: Estrés escolar.

En referencia a las *Estrategias de Afrontamiento* (ver tabla 4) puede observarse la valoración de las diferenciadas por grupos (pre-púberes y púberes). En este caso, los resultados dan cuenta de una diferencia significativa en el empleo de estrategias funcionales en el grupo de adolescentes ($p=.050$).

En el caso de los valores obtenidos en la medición de *Estrés Escolar* (ver tabla 5) para el grupo de púberes, los valores más altos corresponden a las dimensiones de estrés emotivo y tensión interpersonal; mientras que es en adaptación escolar donde las pre-púberes tienen un puntaje mayor.

Discusión

El paso de la niñez a la adolescencia conlleva grandes cambios que repercuten directamente en el desarrollo social. Estos cambios podrían incidir negativamente en el desarrollo si no se cuenta con una serie de factores protectores que amortigüen sus efectos. En el caso de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, si bien estos factores protectores podrían encontrarse presentes, existen también factores de vulnerabilidad, propios de la expresión del síndrome, que se manifiestan de manera diferencial en la etapa de la niñez y de la adolescencia e incrementan la probabilidad de que surja un problema en presencia de factores de riesgo.

En la presente investigación se analizó el impacto diferencial de estos factores en relación a variables psicológicas troncales en el desarrollo social. En cuanto al autoconcepto se observaron diferencias entre el grupo de pre-púberes y el grupo de púberes. Si bien estas diferencias no son significativas, resulta importante analizarlas sobre la base de las características de la etapa de desarrollo en la que cada grupo se encuentra y las particularidades del síndrome en las mismas. Así, las niñas pre-púberes obtuvieron puntuaciones superiores en el autoconcepto general y en las dimensiones física y emocional, mientras que las adolescentes púberes presentaron puntuaciones mayores en las dimensiones familiar y académico. Estas diferencias podrían ser reflejo del impacto que producen los cambios del desarrollo en dicha población y su correlato a nivel social. Durante la niñez las diferencias de las niñas con diagnóstico de ST respecto de sus pares son prácticamente imperceptibles y el crecimiento, si bien es inducido por la hormona de crecimiento, es acorde a su edad. Sin embargo, a medida que las niñas se acercan a la adolescencia aparecen dificultades en sus relaciones sociales, principalmente con sus pares. En esta etapa las adolescentes con diagnóstico de ST deben decidir, cerca de los 13-15 años, entre alcanzar una mayor estatura, continuando con la aplicación de hormona de crecimiento; o desarrollarse en el mismo momento que sus compañeras iniciando la administración de hormona estrogénica que detiene el crecimiento en altura. Por lo general las adolescentes y sus familias ponderan en su elección el logro de una mayor estatura, por lo cual el desarrollo puberal se retrasa aumentando la brecha física y psicológica con sus pares, diferencias que podrían repercutir en un menor autoconcepto físico y emocional. Como consecuencia podrían tener dificultades en el establecimiento de relaciones sociales, que podría relacionarse con un aumento de la dependencia de sus padres y una mayor introspección hacia la familia.

Al mismo tiempo las características físicas propias del síndrome, baja estatura y falta de desarrollo puberal, les confieren un aspecto aninado, que afecta, en general, el modo en que son percibidas por quienes las rodean, influyendo en el tipo de relaciones que establecen. De esta forma durante la niñez el vínculo que los padres establecen con sus hijas es acorde a su edad y aspecto físico; sin embargo, durante la adolescencia la sobreprotección comienza a ser un aspecto característico del vínculo filial donde se prioriza el cuidado por sobre la necesidad progresiva de independencia. Este aspecto podría traducirse en el mayor autoconcepto familiar observado en las adolescentes, pero debe considerarse que podría generar dificultades adicionales, especialmente en sus relaciones extrafamiliares.

En concordancia con lo expuesto, los resultados de la percepción de los estilos parentales muestran diferencias significativas en los estilos democrático, autoritario, permisivo y control normal. La tendencia de las púberes hacia estos estilos se debe principalmente a la carga alta en el subtipo aceptación (Aguilar, López & Urquijo, 2011). Esta visión que tienen de la relación filial les permite a las adolescentes enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que perciben apoyo familiar. Sin embargo, la frecuencia alta en el tipo de relación aceptación podría relacionarse con una sobreprotección familiar que puede actuar como factor de vulnerabilidad. Según Suzigan, Silva, Marini, Baptista, Guerra Magna y Maciel-Guerra (2004), 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. Asimismo, diversas investigaciones sobre aspectos psicosociales en el ST (López & Aguilar, 2009; McCauley &

Sybert, 2006; Suzigan, Silva & Maciel-Guerra, 2005), coinciden en destacar la inmadurez emocional como una de las características psicológicas asociadas al síndrome.

En consonancia, la elección de estrategias de afrontamiento con las cuales se enfrentan a situaciones que pueden resultarles amenazantes, también se puede verse afectada. Los resultados del trabajo dan cuenta que si bien las adolescentes hacen mayor uso de estrategias funcionales como reestructuración cognitiva y acción sobre el problema también recurren a ciertas estrategias disfuncionales como evitación cognitiva y búsqueda de gratificación alternativa. El uso indistinto de estrategias claramente opuestas como evitación cognitiva y acción sobre el problema, puede relacionarse con una falta de madurez psicosocial.

Este aspecto podría relacionarse con las puntuaciones altas en la variable estrés escolar donde se destacan dos sub-escalas: tensión interpersonal, destinada a recoger las sensaciones de fastidio e impresiones de hostilidad por parte de algunos integrantes del grupo de la clase, que aumenta la sensación de cansancio emotivo y la falta de tolerancia recíproca; y emotivos – motivacional, que evalúa aquellos aspectos de insatisfacción en la relación con los docentes, así como manifestaciones de agotamiento emocional y decepción causada por la evolución de los resultados obtenidos en la escuela. Estos resultados reafirman la importancia del grupo de pares para los adolescentes y las dificultades que presentan a partir de esta etapa las mujeres con diagnóstico de ST; así como la importancia del desarrollo de las habilidades sociales que actúen como factores protectores que colaboren en la consecución de una mejor calidad de vida.

Es así como partiendo de un modelo genético sensible como es el ST, en el que se analizaron variables psicológicas troncales en el desarrollo social (autoconcepto, estrategias de afrontamiento, estilos parentales y estrés escolar), pudo observarse como el tránsito de la niñez a la pubertad implica, en esta población, perfiles diferenciales en la forma de percibirse a sí mismas y a su entorno inmediato: amigos, familia y escuela. Dada la importancia que reviste esta etapa en el desarrollo social se hace necesario tener en cuenta todos los factores evaluados, con el fin de que puedan funcionar como factores protectores y no de vulnerabilidad. Tener en cuenta el desarrollo de las habilidades sociales en la niñez y en el tránsito a la adolescencia, puede convertirse en una herramienta fundamental de promoción de la salud en ámbitos escolares y familiares, motivando el desarrollo de estrategias de intervención orientadas a lograr modificaciones ambientales que favorezcan más y mejores relaciones sociales, las cuales redundarán en un desarrollo más saludable y en una mejor adaptación.

Referencias

- Aguilar, M. J., López M. C., & Urquijo, S. (2011). Estilos de percepción de la relación parental y afrontamiento en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Anales de Psicología*, 27(3), 745-749.
- Bringhentí, F. (1996) Lo stress scolastico e la sua valutazione. *Psicologia e Scuola*, 81, 3-13.
- Constantino, J. N., & Todd, R. D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 524–530. doi: 10.1001/archpsyc.60.5.524
- Contini de González, E. N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 9(1), 45-63.
- Da Dalt, E., & Moreno, J. E. (2010) Evaluación del autoconcepto en adolescentes rural-maginales mediante el Cuestionario de Autoconcepto Forma 5. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(1), 11-21.
- Del Alamo, A. (2006). Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner. Recuperado el 30 de Mayo de 2010 de www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner
- Labarta, J. (2004). Síndrome de Turner. *Sociedad Española de Endocrinología y Pediatría*, 12, 1-23.
- Lawrence, K., Campbell, R., Swettenham, J., Terstegge, J., Akers, R., Coleman, M., & Skuse, D. (2003). Interpreting gaze in Turner syndrome: impaired sensitivity to intention and emotion, but preservation of social cueing. *Neuropsychologia*, 41, 894–905. doi: 10.1016/S0028-3932(03)00002-2
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, M. C., & Aguilar, M. J. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: interacción genes- ambiente. *Psicología: Ciencia e Profissão*, 29(2), 318-329.
- Lorence-Lara, B. (2008). *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial*. Madrid: Launch Internet Explorer Browser.lnk. .
- McCauley, E., & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series*, 1298, 93-99. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.018
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, 1298, 83-92. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.016
- Murphy, M., Mazzocco, M., Gerner, G., & Henry, A. (2006). Mathematics learning disability in girls with Turner syndrome or fragile X syndrome. *Brain and Cognition*, 61(2), 195-210. doi: 10.1016/j.bandc.2005.12.014
- Musitu, G., & García, F. (2001). *AF5 Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 23(1), 1-10.
- Plomin, R., DeFries, J., McClearn, G., & McGuffin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- 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
- Richaud de Minzi, M. C. (2006b). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 196-201.
- Richaud de Minzi, M.C. (2007a). La percepción de estilos de relación con su padre y madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 1(23), 63-81.
- Suzigan, L., Silva, R., Marini, S., Baptista, M., Guerra J., Magna, L., & Maciel-Guerra, A. (2004). A percepção da doença em portadoras da Síndrome de Turner. *Jornal de Pediatría*, 80(4), 309-314. doi.org/10.1590/S0021-75572004000500011
- Suzigan, L., Paiva e Silva, R., & Maciel-Guerra, A. (2005). Turner syndrome: psychosocial aspects. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49(1), 157-164.