

## **ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER**

Sartori, M. S.; Giugno, C. M.; Burkhard, N. J; López Calvo, M.

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

[solesartori@hotmail.com](mailto:solesartori@hotmail.com); [nerinabur@gmail.com](mailto:nerinabur@gmail.com);

Autoconcepto, modelo multidimensional, Síndrome de Turner, tratamiento estrogénico

Self-concepts, multidimensional model, Turner's syndrome, estrogen's treatment.

### **RESUMEN:**

El presente trabajo propone un análisis teórico del autoconcepto, desde el modelo multidimensional de Shavelson, en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner, explorando posibles relaciones entre las dimensiones del constructo y el tratamiento sustitutivo con terapia estrogénica. El autoconcepto 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 el mismo realiza de su propia conducta. El modelo propuesto es jerárquico y presenta como integrantes del constructo dimensiones emocionales, sociales, físicas, académicas y familiares. El Síndrome de Turner es un trastorno cromosómico, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Dentro de las características físicas más frecuentes se encuentran: talla baja y disgenesia gonadal, las mismas poseen importancia diferencial en la pubertad ya que debe suplantarse la hormona de crecimiento que contribuye a mejorar la talla en la temprana infancia, por la terapia estrogénica que durante la adolescencia induce el desarrollo puberal pero detiene el crecimiento en altura. La finalidad del trabajo es comprender la importancia del estudio del autoconcepto a partir de un modelo multidimensional en una población vulnerable como las niñas y adolescentes con este diagnóstico, teniendo como foco de atención el impacto de las características biológicas, psicológicas y sociales propias de la expresión del síndrome en la percepción que las niñas y adolescentes tienen de sí mismas y su valor diferencial en la pubertad como momento crítico en su desarrollo.

# ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

## Introducción

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 abandona éste enfoque y se da paso a un modelo multidimensional. Dentro de esta línea, Shavelson, Hubner y Staton (1) definen 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 plantean 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 propone 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 (2).

Las características clínicas más frecuentes son talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (3). 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 (4).

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 (5). Algunos autores (6-7-8) 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.

# ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

Diversas investigaciones señalan la importancia del autoconcepto en el bienestar psicosocial de las personas. Una de las características fundamentales del modelo propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (9) 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.

## **Modelo multidimensional del autoconcepto: principales características.**

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. Es uno de los resultados más importantes del proceso socializador y educativo a raíz de que proporciona pautas para interpretar la experiencia y es el marco de referencia sobre el cual se organizan las mismas. Gonzales Pienda, et. al. (10) 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. Coincidentemente, Musitu, Buelga, Lila y Cava (11) sostienen que los sujetos van desarrollando su autoconcepto a través de la interacción directa, los procesos autoperceptivos y los procesos de comparación social. Así, 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 (12-13-14-15-16).

A partir de lo expuesto se puede considerar al autoconcepto como el eje central para un desarrollo positivo de la personalidad, eje que engloba una realidad compleja, integrada por múltiples percepciones, sentimientos y emociones que el individuo tiene de sí mismo y en cuya formación influyen 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 (17-18-19).

El modelo multidimensional de Shavelson presenta siete características básicas:

- 1) *Está organizado*: el individuo adopta un sistema de categorización particular que da significado y organiza sus experiencias; 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

## ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

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 propuesto, 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. 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*: es la percepción que tiene 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, refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales.
- *Emocional*: es 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 refiere 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*: es 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*: éste factor corresponde 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 al aspecto físico.

### **Síndrome de Turner: Importancia del modelo multidimensional del autoconcepto**

Si bien el ST es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres con este síndrome no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (20). 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. (21).

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 (22) y suelen mantener una percepción más negativa de su aspecto y capacidad física, volviéndose más críticas con su apariencia física (23).

Es a partir de lo expuesto que el estudio del autoconcepto en niñas y adolescentes con 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.

El modelo multidimensional del autoconcepto también destaca 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 (24).

Durante la niñez la talla baja es el signo más constante del ST, afectando entre 90 y 100%

## ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

de las mujeres y es también el principal motivo de consulta médica. Las niñas presentan un crecimiento caracterizado por retardo intrauterino, enlentecimiento progresivo de la velocidad de crecimiento durante la infancia y ausencia de empuje puberal. La talla final reportada en diferentes poblaciones varía, siendo de 137.9 cm en las niñas argentinas (25). El tratamiento frente a dicho problema consiste en la administración exógena de hormona de crecimiento durante la temprana infancia, la cual contribuye a mejorar la talla. Frente a esto, Pozo, Soriano, Argento (26) resaltan la importancia del inicio temprano del tratamiento, específicamente, tan pronto como la talla de la niña caiga por debajo del 5º percentil en las gráficas de crecimiento poblacional.

La hormona de crecimiento incrementa la velocidad de crecimiento de manera más marcada durante el primer y segundo año de aplicación, continuando el efecto durante el tercero, aunque con una leve declinación (27). Los resultados indican que la maduración esquelética y la talla final difieren según la dosis, la edad y la velocidad de feminización de las mujeres tratadas con hormona de crecimiento (28).

Sin embargo, al llegar a la pubertad, aparece manifiestamente y en primer plano otra característica del ST, la disgenesia gonadal, la cual implica que, debido a la ausencia de ovarios funcionantes, no se produzcan los cambios sexuales típicos de esta etapa: crecimiento mamario, desarrollo uterino y estirón puberal (29).

Psicológicamente 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. Es una etapa clave en lo que respecta al autoconcepto, ya que el individuo atraviesa un período de vacilación en relación a la autopercepción y valoración, en tanto que su identidad personal y su autonomía se encuentran en plena fluctuación. Es en ésta etapa donde se irán formando las bases más estables de la personalidad, incluyendo diversas variables psicológicas en relación con el entorno social, familiar y afectivo que instaurarán los rasgos y características individuales (30).

Durante la adolescencia el principal problema de las adolescentes con diagnóstico de ST 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 producto de su menor estatura, disfunción ovárica y dificultades intelectuales (31). Es por ésta razón que se hace necesario el inicio de un tratamiento con hormonas estrogénicas cuyos efectos se proyectan sobre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la consecución de masa ósea y el estirón puberal para alcanzar la talla adulta. Asimismo, los estrógenos estimulan el desarrollo mamario, el crecimiento intrauterino y la proliferación del endometrio. Sin embargo, para poder iniciar el tratamiento sustitutivo con estrógenos es necesario interrumpir la aplicación de la hormona de crecimiento. Los estrógenos, si bien inducen el desarrollo puberal, detienen el crecimiento en altura. Es así que surge, en esta etapa, la dificultad para las niñas y sus familias de tener que optar entre continuar con el tratamiento con hormona de crecimiento a fin de ganar unos centímetros mas de altura pero produciéndose un desfase en relación con desarrollo sexual de sus compañeras; o bien, mantener

# ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

la altura obtenida hasta el momento y comenzar el tratamiento sustitutivo con estrógenos para inducir el desarrollo puberal en correlación con el desarrollo de sus pares (32-33-34).

De esta forma el momento de inducir la pubertad, por medio de una terapia estrogénica, debe ser valorado individualmente y en forma interdisciplinaria, en función de la talla alcanzada, la expectativa de talla, la historia familiar de desarrollo puberal y los deseos de la paciente (35-36).

Desde el punto de vista psicológico y social algunos autores (37-38) consideran que la baja talla tiene efectos negativos sobre la autoestima y el desarrollo social, acentuándose al inicio de la adolescencia, pero al mismo tiempo se destaca que el tratamiento hormonal estrogénico tiene beneficios biológicos, psicológicos y sociales. Este tratamiento y su consecuente inducción de la pubertad desempeñan un papel importante en el desarrollo y madurez emocional.

Los estudios de McCauley & Sybert (39), Boman, Möller, & Albertsson Wikland, (40), Ross, Roeltgen, Feuillan, Kushner, & Cutler (41) y Ross & Roeltgen (42) demostraron que los efectos del tratamiento estrógeno sobre el funcionamiento psicológico (tanto socioemocional como cognitivo) son positivos y promueven la autopercepción y autoestima. El retraso puberal podría afectar el funcionamiento psicosocial al menos de dos maneras. La deficiencia hormonal puede impactar en el desarrollo cerebral afectando regiones envueltas en la regulación del afecto y el comportamiento social. Y los factores de la experiencia, asociados con la pérdida de la fertilidad, pueden impactar en la autoestima de las mujeres y en la percepción de su rol en las relaciones sociales (43-44).

Todos estos cambios implican modificaciones en el autoconcepto de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST. El estudio del autoconcepto a partir del modelo multidimensional, permite ponderar que dimensiones son las que se ven más afectadas por el impacto de los cambios físicos y psicológicos producidos durante la adolescencia, productos de la sustitución del tratamiento con hormona de crecimiento por la terapia estrogénica.

## **Discusión**

Las particularidades físicas y psicológicas que se manifiestan en las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST afectan 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 (45). Estas repercusiones se manifiestan en el autoconcepto y en sus diversas dimensiones, siendo las dimensiones física y social aquellas que aparecen más afectadas.

La atención médica y psicológica debe estar orientada a prevenir la aparición de dificultades y mejorar la calidad de vida de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST, garantizando un desarrollo completo de su personalidad. De esta forma, desde el punto de vista psicológico, es importante que durante la infancia se tomen en consideración los problemas escolares, que incluyen déficit en las habilidades implicadas en la adquisición de aprendizajes básicos:

## ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

lectoescritura y cálculo, siendo importante la valoración intelectual de las niñas al inicio de la edad escolar. (46)

La pubertad, por otro lado, es un periodo crítico debido a que sus compañeros empiezan a madurar a distinto ritmo que ellas, surgiendo claras diferencias. Es el momento en que aparecen las mayores dificultades, especialmente para relacionarse con los demás, y los sentimientos de ser rechazadas por el grupo. Esto les genera inseguridad, inferioridad y depresión, acompañados por cambios en su carácter como retraimiento y ansiedad. De esta forma, el refuerzo de la autoestima y el mantenimiento de los buenos contactos sociales son prioritarios durante esta etapa.

Es importante considerar que retrasar la terapia hormonal puede contribuir a mantener la inmadurez psicosocial de las adolescentes con diagnóstico de ST. Se ha demostrado un efecto positivo del tratamiento sustitutivo con estrógeno precoz sobre la autoestima y la conducta. Estos datos apoyan que la terapia sustitutiva con estrógenos no se debe retrasar más allá de los 14-15 años de edad, aunque hay que analizar cada caso individualmente (47).

En éste sentido, el desarrollo de programas de intervención que permitan reforzar el autoconcepto y generarles mayor confianza en sí mismas, sería una acción fundamental para promover, con el fin de ayudar en la obtención de un bienestar bio-psico-social de las niñas y adolescentes con diagnóstico de ST.

# ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

## Bibliografía.

- (1) Shavelson, J.; Hubner, JJ y Stanton, GC. Self-concept: validation of construct interpretations. *Rev. Of Educat. Res* 1976; 46: 407-442.
- (2) Murphy, M, Mazzocco, M, Gerner, G, Henry, A. Mathematics learning disability in girls with Turner Syndrome or fragile X Syndrome. *Brain and cognition*, 2006; 61 (2): 195-210.
- (3) Ramos, F. Aspectos clínicos-epidemiológicos. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica Organismo. Síndrome de Turner. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L., 2003. p. 19-30.
- (4) Del Alamo, A. Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner. [[www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome\\_turner](http://www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner)] 2006; [Citado Abril del 2008].
- (5) Labarta, J. Síndrome de Turner. *Sociedad Española de Endocrinología y Pediatría*, 2004; 12: 1-23.
- (6) Danielewicz, D, Pisula, E. Self-eteem evaluation of girls of Turner Syndrome. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, 2005 ; 60 (16): 72.
- (7) Suzigan, L, Paiva e Silva, R, Lemos Marini, S, Baptista, M, Guerra, G, Magna, L, Maciel Guerra, A. A percepção da doença em portadoras da síndrome de Turner. *Jornal de Pediatría*, 2004; 80 (4): 309-314.
- (8) McCauley, E, Ross, J, Kushner, H. Self-esteem and behaviour in girls with Turner Syndrome. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 1995; 16: 82-88.
- (9) Shavelson, J.; Hubner, JJ y Stanton, GC. 1976. Op. Cit.
- (10) González-Pienda, J, Núñez, J, Álvarez, L, Roces, C, González-Pumariega, S, González, P, et. al. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*; 2003; 15 (3) 471-477.
- (11) Musitu, G, Buelga, S, Lila, M, Cava, MJ. *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis; 2001.
- (12) Musitu, G, Buelga, S, Lila, M, Cava, MJ. 2001. Op. Cit.
- (13) Markus, H. Self -schemata and processing information about the self. En: RF. Baumeister editores. *The self in social psychology*. Philadelphia: Psychology Press; 1999. p. 123-138.
- (14) Shrauger, JS, Schoeneman, ThJ. Symbolic interactionist view of self-concept: Through the looking glass darkly. En: RF. Baumesteir editores. *The self in social psychology*. Philadelphia: Psychology Press; 1999.
- (15) Miyamoto, SF, Dornbusch, S. A test of the symbolic interactionist hypothese of self-conception. *American Journal of Sociology*; 1956; 61, 399-403.
- (16) Cooley, CH. *Human nature and the social order*. New York: Charles Sribner's Sons; 1902.
- (17) Alonso, J, Román, JM. Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 2005; 17: 76-82.
- (18) Núñez, JC, González-Pienda, JA. *Determinantes del rendimiento académico*. Oviedo:SPU; 1994.

## ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

- (19) Shavelson, J.; Hubner, JJ y Stanton, GC. 1976. Op. Cit.
- (20) Mazzocco, M. The cognitive phenotype of Turner Syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, 2006; 1298: 83-92.
- (21) Coloma, J. Las practicas educativas familiares encuadradas en los estilos educativos paternos. En: PEREZ-DELGADO, E. Coordinador. Familia y Educación. Relaciones familiares y Desarrollo personal de los hijos. Valencia, Generalitat Valenciana, 1994.
- (22) Hoffman, L., Paris, S., y Hall, E. Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw.Hill, 1996.
- (23) Blyth, DA, Simmons, RG, Zakin, DF. Satisfaction with body imagen for early adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985; 14: 207-226.
- (24) Musitu, G, García, F. AF5 Autoconcepto Forma 5. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
- (25) Morin, A, Guimarey, L, Santuccimaria, M Apezteguia, Z. Predicción de la estatura final en niñas con Síndrome de Turner tratadas con hormona de crecimiento. *Medicina*, 2000; 60 (5/2): 551-554.
- (26) Pozo, J, Soriano, L, Argente, J. Tratamiento con hormona de crecimiento en el Síndrome de Turner: aplicación del modelo de crecimiento infantojuvenil. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica Organismo. Síndrome de Turner. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L, 2003. p. 112-132.
- (27) Morin, A, Guimarey, L, Santuccimaria, M Apezteguia, Z., 2000. Op. Cit.
- (28) Roman, R, Vallejos, M, Muñoz, M, Schneider, R, Youlton, R, Henriquez, C, Cassorla, F. Síndrome de Turner: crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Rev. Méd. Chile*, 2002; 130 (9): 977-984.
- (29) Rodríguez Hierro, F. Función Ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el Síndrome de Turner. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica Organismo. Síndrome de Turner. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L, 2003. p. 60-67.
- (30) Fierro, A. Autoestima en adolescentes. *Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. Estudios de psicología*, 1990; 45: 85-107.
- (31) Ramos, F. 2003. Op. Cit.
- (32) Schmidt, P, Rubinow, D, Bondy, C. Adult women with Turner Syndrome: A systematic evaluation of current and past psychiatric illness, social functioning, and self-esteem. [International Congress Series](#), 2006; 1298: 100-107.
- (33) Suzigan, L, Silva, R, Maciel-Guerra, A. Turner Síndrome psychological aspect. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*, 2005; 49 (1):157-64.
- (34) Boman, U, Bryman I, Möller, A. Psychological well-being in woman with Turner Syndrome: Somatic and social correlatos. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol*, 2004; 25: 211-219.
- (35) Cañete Estrada, R. Inducción puberal en el Síndrome de Turner. Tipos de indicación: acciones e inconvenientes. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica Organismo. Síndrome de Turner. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L, 2003. p. 133-147.
- (36) Pozo, J, Soriano, L, Argente, J. 2003. Op.Cit.

## ANÁLISIS TEÓRICO DEL MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO. SU APLICACIÓN AL ESTUDIO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

- (37) Schmidt, P, Rubinow, D, Bondy, C. 2006. Op. Cit.
- (38) Suzigan, L, Silva, R, Maciel-Guerra, A. 2005. Op. Cit.
- (39) McCauley, E, Sybert, V. Social and behavioural development of girls and women with Turner Syndrome. [International Congress Series](#), 2006; 1298: 93-99.
- (40) Boman, U, Möller, A, Albertsson Wikland, K. Self-perception, behavior and social functioning in Swedish girls with Turner Syndrome: A population-based study. *Göteborg Psychological Reports*, 2000; 30 (5): 1-12.
- (41) Ross, J, Roeltgen, D, Feuillan, P, Kushner, H, Cutler, J. Effects of estrogens on nonverbal processing speed and motor functions in girls with Turner's Syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1998; 83: 3198-3204.
- (42) Ross, J, Roeltgen, D. Self-concept and behavior in adolescent girl with Turner Syndrome: potencial estrogen effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1996; 81: 926-931.
- (43) Schmidt, P, Rubinow, D, Bondy, C. 2006. Op.Cit.
- (44) Suzigan, L, Silva, R, Maciel-Guerra, A. 2005. Op. Cit.
- (45) López, MC, Aguilar, MJ. Vulnerabilidad social en El Síndrome de Turner: Interacción genes-ambiente. *Psicologia ciência e profissão*, 2009; 29 (2): 318-329.
- (46) Puga González, B. Información y apoyo psicológico a la paciente con Síndrome de Turner. En: *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica Organismo. Síndrome de Turner*. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L, 2003. p. 155-159.
- (47) Puga González, B. 2003. Op. Cit.