HABILIDADES SOCIALES: SU IMPORTANCIA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER.*

Social skills: Its importance in women diagnosed with Turner Syndrome

Habilidades sociais: Sua importância em mulheres com diagnóstico de Síndrome de Turner

María Soledad Sartori** y Marcela Carolina López***

Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Grupo de investigación Comportamiento humano, genética y ambiente. Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

---

* Artículo de revisión de un tema, resultado de la revisión crítica de la literatura de un tema. Area Psicología, subárea Otras discapacidades físicas y mentales, se deriva de un estudio de mayor escala *"Aportes al estudio de los procesos de funcionamiento social. Evaluación de variables mediadoras en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner"* código 15/H222 con financiamiento de la subsecretaria de Ciencia y Técnica (Psi.228/14), iniciado en enero de 2014 y actualmente en curso. Para correspondencia: solesartori@hotmail.com ; mclopez@mdp.edu.ar .

** Licenciada en Psicología. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Grupo de Investigación *Comportamiento Humano, Genética y Ambiente*. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-mail: solesartori@gmail.com

*** Especialista y Magister en Docencia universitaria. Licenciada en Ciencias Biológicas. Categoría III de docente–investigador. Co-director del Grupo *Comportamiento Humano, Genética y Ambiente*. Directora del proyecto de investigación *"Aportes al estudio de los procesos de funcionamiento social. Evaluación de variables mediadoras en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner"*. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Jefe de Trabajos Prácticos con dedicación exclusiva en la Asignatura Biología Humana. Área Psicobiológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-mail: mclopez@mdp.edu.ar

Resumen

Tipo de resumen: Descriptivo

La Psicología Positiva postula la importancia de trabajar desde una mirada integradora de cada persona incluyendo sus fortalezas y debilidades. Esta mirada resulta importante al trabajar con poblaciones físicas, psicológicas y socialmente vulnerables. El Síndrome de Turner es un trastorno cromosómico determinado por la deleción del cromosoma X en el sexo femenino, siendo la talla y la disgenesia gonadal sus principales características físicas. Las mismas tienen un gran impacto en el desarrollo psicológico de esta población generando problemas en la capacidad de establecer relaciones sociales óptimas. El objetivo del presente trabajo es referenciar la importancia del desarrollo de habilidades sociales en el Síndrome de Turner, principalmente durante la niñez y la adolescencia, considerando que las mismas operan como un recurso salugénico para evitar trastornos mayores en la vida adulta.

Palabras claves (Thesaurus Wordreferences.com): Síndrome de Turner, habilidades sociales, psicología positiva.

Abstract.

Abstract type: Descriptive

Positive Psychology proposes the importance of working from an integrative view of each person including their strengths and weaknesses. This view is important to work with a physical, psychological and social vulnerable populations. Turner Syndrome is a chromosomal disorder determined by the deletion of the X chromosome in females, with the stature and gonadal dysgenesis as a main physical characteristics. This ones have a great impact on the psychological development of this population creating problems in the ability to establish optimal relationships. The aim of this work is to reference the importance of developing social skills in Turner Syndrome, mainly during childhood and adolescence, considering that this skills operate as a healthy remedy to prevent further disorders in adulthood.

Key Word (Thesaurus Wordreferences.com): Turner Syndrome , social skills, positive psychology.

Resumo

Tipo de resumo: Descritivo

A Psicologia Positiva postula a importância de trabalhar desde uma mirada integradora da cada pessoa incluindo suas fortalezas e suas debilidades. Esta mirada resulta importante ao trabalhar com populações físicas, psicológicas e socialmente vulneráveis. A Síndrome de Turner é um transtorno cromosómico determinado pela deleción do cromosoma X no sexo feminino, sendo a talha e a disgenesia gonadal suas principais características físicas. As mesmas têm um grande impacto no desenvolvimento psicológico desta população gerando problemas na capacidade de estabelecer relaciones sociais óptimas. O objectivo do presente trabalho é referir a importância do desenvolvimento de habilidades sociais na Síndrome de Turner, principalmente durante a niñez e a adolescencia, considerando que as mesmas operam como um recurso salugénico para evitar transtornos maiores na vida adulta.

Palavras chaves (Thesaurus Wordreferences.com): Sindrome de Turner, habilidades sociais, psicologia positiva.

-1.Introducción. -2. Desarrollo de la moralidad y habilidades Sociales. -3. Síndrome de Turner. -4. La importancia del desarrollo de habilidades sociales en el Síndrome de Turner. -5. Lista de referencias.

Introducción.

Durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y las debilidades del ser humano. Este marco teórico ha tenido un carácter patogénico y se ha focalizado exclusivamente en el estudio de lo negativo, ignorando la importancia que tienen las características positivas del ser humano (Poseck, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En contraposición, en las últimas décadas ha surgido una rama de la psicología denominada Psicología Positiva cuyo objetivo principal es investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas considerando los efectos que estas características positivas tienen en la vida individual y social de las personas y de las

sociedades. La psicología positiva no pretende reemplazar a la psicología tradicional, sino complementarla con el objetivo de obtener una descripción completa y equilibrada de la condición humana (Park, Peterson & Sun, 2013). Así el objetivo último de esta línea teórica, al igual que el de la psicología tradicional, implica mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. En el nivel individual la psicología positiva se ha centrado en el estudio de variables como la capacidad para el amor, la vocación, los valores y la moralidad, las habilidades sociales o interpersonales, la sensibilidad, la espiritualidad, el talento y el perdón; mientras que en el nivel social las variables en estudio se corresponden con las virtudes ciudadanas, la responsabilidad, la tolerancia y el trabajo ético (Cuadra & Florenzano, 2003). Los resultados de las investigaciones de la psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica más completa y equilibrada de la experiencia humana y transmitir lecciones valiosas acerca de cómo construir una vida feliz, saludable, productiva y significativa (Park & Peterson, 2009).

Desarrollo de la moralidad y habilidades sociales.

Durante el proceso de desarrollo los individuos vamos creciendo a nivel físico mientras vamos formando y moldeando diferentes aspectos como nuestra personalidad, cognición, moralidad y valores, relaciones sociales, habilidades sociales, identidad, etc, siempre de forma interrelacionada, logrando conformar al individuo como un todo, como una unidad biopsicosocial. Sin embargo el estudio del ser humano, en sus diferentes aspectos, a veces requiere de la necesidad de circunscribir el objeto de estudio a algunos aspectos en particular, sabiendo que dicho recorte se realiza solo con fines de estudio.

El estudio del desarrollo de la moralidad resulta un aspecto relevante de estudio debido a que se constituye como la base de las reglas que sostendrán las conductas y las relaciones interpersonales (Villegas i Besora, 2008), teniendo una importante relación

con el concepto de habilidades sociales. De esta forma en estudio del desarrollo de la moralidad, es necesario mencionar los postulados del enfoque cognitivo- evolutivo de la misma, siendo Jean Piaget y Lawrance Kohlberg sus principales exponentes. Este enfoque se centra en la dimensión de conocimiento y enfatiza el desarrollo de reglas y la adquisición de principios universales, intentando explicar cómo el individuo estructura un orden moral externo, y cómo sus estructuras cambian durante el desarrollo (Martinez-Rojas, 2008; Vargas-Cordero, 2004)

En su teoría más general del desarrollo cognoscitivo, Piaget propuso que el niño evoluciona a través de cuatro etapas de razonamiento progresivamente abstracto. Todos los niños se desarrollan a través de la misma secuencia, independientemente de sus experiencias particulares, su familia o su cultura (Piaget, 1982) En relación al desarrollo moral, Piaget propuso que toda moral consiste en un sistema de reglas, y que por lo tanto la esencia de cualquier moralidad debe buscarse en el respeto que adquiere el individuo hacia esas reglas. Distinguió así la práctica de la regla de la conciencia de la regla dando lugar a la existencia de dos grandes etapas: la etapa heterónoma o de realismo moral, y la etapa autónoma o independencia moral, las cuales a su vez determinan dos tipos de comportamiento social. Piaget sugiere que en principio el seguimiento de las reglas sería de carácter heterónomo, en parte debido al egocentrismo en el que el niño sigue la autoridad del adulto al estar indiferenciado de éste. En este realismo heterónomo producto de la presión intelectual y moral del adulto, las reglas son tomadas en forma literal, sin concepción de la esencia de las mismas. El pasaje a la etapa de autonomía se llevará a cabo con el crecimiento y desarrollo de individuo a partir del pasaje de una relación unidireccional entre niño y adulto a otra etapa de respeto y cooperación mutuo. De esta forma Piaget postula que el desarrollo moral es un proceso que se lleva a cabo dentro del individuo, logrando el niño hacer suyas las reglas cuando las aplica por sí mismo y no

cuando solamente obedece a la autoridad del adulto con el fin de evitar un castigo u obtener una recompensa. (Piaget, 1987; Zerpa, 2007)

Posteriormente Kohlberg retomará los postulados de Piaget y reformulará la teoría sobre el desarrollo moral sosteniendo que el juicio moral es un proceso que permite reflexionar sobre los propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica, especialmente cuando se enfrenta un dilema moral. La moralidad entonces es producto de la interacción creativa del individuo con los factores biológicos y culturales del medio donde se desarrolla junto con la adquisición de principios morales de carácter universal que son producto de un juicio racional maduro y que se adquiere con la maduración del juicio cognocitivo. Por lo tanto este proceso se da desde la niñez y hasta la adultez, sosteniendo como lo hacía Piaget, el pasaje desde una moralidad heterónoma a una autónoma (Elorrieta-Grimalt, 2012; Linde-Navas, 2009a). La moralidad para Kohlberg, entonces, es un producto natural o una tendencia humana universal hacia la empatía o hacia el asumir la perspectiva de los demás, que se desarrolla naturalmente gracias a estimulos intelectuales y sociales en el hogar, en el grupo de pares y en la escuela; definiéndose también como los principio de elección para la resolución de conflictos y obligaciones (Linde-Navas, 2009b).

Kohlberg (1992) sostiene que el desarrollo moral se produce a partir del pasaje por diferentes estadios, constituyéndose en el individuo una estructura mental básica que es producto de la interacción entre ciertas tendencias que estructuran el organismo y la estructura del mundo exterior. Estos estadios representan transformaciones cognitivo-estructurales en el concepto de yo y de la sociedad así como modos sucesivos de asumir la perspectiva del otro en situaciones sociales. Sin embargo sostiene también que el conocimiento de un hecho no implica necesariamente su razonamiento moral y que por lo tanto todos los individuos que acceden a su propio estadio moral acceden también a su

correspondiente estadio cognitivo, pero esta relación no siempre se da en la inversa; es decir no todo individuo que tiene su propio estadio cognitivo llega a su equivalente estadio moral. Esto implicaría que los estadios morales son totalidades estructurales en los que no es suficiente el estadio lógico para alcanzar un nuevo estadio de desarrollo (Martinez-Rojas, 2008).

Los estadios se agrupan en tres niveles principales:

- Nivel preconvencional: las normas y las expectativas sociales son algo externo al yo y la expectativa social es individual concreta. No hay comprensión de las reglas sociales y por ello no se las definde. En este estadio se ubican, según el autor, los niños menores de nueve años, algunos adolescentes y muchos delincuentes adolescentes y adultos.
- Nivel convencional: existe un yo identificado con reglas y expectativas de los otros, especialmente de las autoridades, las cuales pueden llegar a internalizarse. La expectativa social es la de ser miembro de la sociedad, sometiéndose el individuo a reglas que respeta y defiende porque son los acuerdos y convenciones de un grupo humano determinado. Se ubican aquí la mayoría de los adolescentes y adultos.
- Nivel postconvencional: el individuo diferencia su yo de las reglas y expectativas de los otros, defendiendo sus valores en función de los propios principios escogidos. La perspectiva social es anterior a la sociedad y la aceptación de las normas sociales se basa en la formulación y aceptación de los principios morales de carácter general que están bajo estas reglas. Se ubican aquí una minoría de adultos y por lo general se logra alcanzar este estadio solo después de los 20 años. (Aguirre-Dávila, 2009)

De esta forma, y a modo de conclusión, se puede sostener que para Kohlberg la persona humana es un ser racional que se constituye como tal en la medida en que se abre a los demás en un contexto histórico- social concreto. El individuo moral pasa por tres grandes etapas definidas como heteronomía, socionomía y autonomía y donde la tarea de quien se ocupe del desarrollo moral debe ser la de crear un ambiente adecuado y posibilitar las condiciones necesarias que le permitan a un individuo pasar de la primera etapa a la última, y siendo los sucesivos pasajes entendidos como aprendizajes que le permiten resolver de mejor manera los problemas que anteriormente se le habían presentado (Barra- Almagiá, 1987; Martinez-Rojas, 2008).

Con el desarrollo de la moralidad, en esta conjunción de aspectos biológicos y ambientales donde los otros tienen un papel muy importante, se produce también el desarrollo de habilidades sociales. El estudio de las mismas dentro del ámbito de la psicología ha surgido a partir de la comprobación que las relaciones sociales y los vínculos interpersonales permiten un desarrollo satisfactorio del ser humano. Sin embargo al inicio los trabajos de investigación en dicha temática estaban centrados en los aspectos psicopatológicos y se basaban justamente en la falta de habilidades o en los aspectos negativos que llevaban a que una persona no lograra obtener buenos resultados en su vida diaria. A partir de los trabajos de Martorell (1982), Michelson, Sugai, Wood, y Kazdin, (1987) y más actualmente Silva-Moreno y Martorell-Pallás (2001) se comienza a reconocerse la importancia de identificar la presencia de habilidades sociales facilitadoras de la socialización (Contini, Mejail, Coronel & Cohen-Imach, 2011). De esta forma el estudio y los trabajos de investigación respecto de las habilidades sociales han comenzado a desarrollarse en las últimas décadas como consecuencia del auge que tuvo en el mundo la Psicología Positiva y la comprobación que el concepto de inteligencia no solo se relaciona con las habilidades cognitivas formales sino también con el

desempeño y la resolución de problemas en lo cotidiano de la vida diaria (Casullo, 2007; Monjas-Casares, 2000).

Sin embargo, y a pesar de la cantidad de investigaciones realizadas hasta el momento, aun existe un debate respecto a que se entiende por habilidades sociales. Fernández-Ballesteros (1994) sostiene que esta dificultad en la formación de una definición del concepto aceptada unánimemente se debe a que las habilidades sociales dependen del contexto específico en el que se desarrollan. León-Rubio y Medina-Anzano (1998) individualizaron cuatro características que delimitan el concepto de habilidades sociales: 1) El carácter aprendido; 2) conciencia de interdependencia de las mismas, es decir, todo comportamiento social exige entender el punto de vista del otro; 3) objetivos comprensibles solamente en relación con las situaciones sociales especificas en las cuales se desarrollan; y 4) son consideradas sinónimo de eficacia en el comportamiento interpersonal. A partir de estas características dichos autores consideran que las habilidades sociales implican la capacidad de ejecutar conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva. Otros autores como Monjas-Casares (2000) sostienen por su parte que las habilidades sociales serian conductas específicas necesarias para ejecutar competentemente una tarea interpersonal, para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Ballester y Gil-Llario (2002) se refieren a las habilidades sociales como *comportamientos socialmente competentes*, que implican tres componentes: consenso social, efectividad y carácter situacional; aludiendo el consenso social a la necesidad de la aprobación del grupo para poder considerar un comportamiento como correcto; comportamiento que en tal caso tenderá a repetirse; mientras que la efectividad refiere a la obtención de aquello que la persona se propone por medio de dicho

comportamiento y finalmente el carácter situacional implica la consideración del contexto en el cual se desarrolla dicho comportamiento. Y finalmente Caballo (2007) expresa que las habilidades sociales implican un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a una situación posibilitando así la resolución de problemas de la vida cotidiana.

De esta forma no cabe duda que la mayoría de los autores concuerdan en que las habilidades sociales son respuestas a situaciones especificas e implican componentes verbales, motrices, emocionales y cognitivos; dependen del contexto en el que se producen, de las personas que intervienen y de la situación en la que se llevan a cabo e implican siempre una relación con otros. Son comportamiento aprendidos donde el entorno en el que este inserto el niño y/o adolescente será decisivo.

La familia, la escuela y la comunidad brindan el marco en el cual se da el proceso de aprendizaje y según ese contexto sea salugénico o disfuncional será el tipo de habilidades sociales o su déficit lo que el niño exprese (Contini, 2008).

Ballester y Gil-Llario (2002) sostienen que la necesidad de vínculos interpersonales se asocia al hecho que las relaciones sociales positivas son una de las mayores fuentes de satisfacción y bienestar personal, al mismo tiempo que la competencia social proporciona sentimientos de autoeficacia, ingrediente fundamental de la autoestima. Consecuentemente las investigaciones realizadas permiten afirmar que una persona con habilidades emocionales y sociales, que conoce y controla sus propios sentimientos y que logra interpretar los estados de ánimo de otros, podrá operar en su entorno de tal manera que redunde positivamente en su calidad de vida (Contini, 2008). Así la posibilidad de un individuo de poner en juego habilidades sociales asertivas en el contexto en el cual vive permite un ajuste social satisfactorio; mientras que los refuerzos por parte de los

demás potencian en el individuo una valoración positiva de sus comportamientos sociales repercutiendo directamente en su autoestima, componente fundamental de la personalidad (Lacunza, 2011).

Síndrome de Turner.

La psicología positiva y los nuevos aportes del paradigma biopsicosocial a la comprensión de los procesos psicológicos han fomentado una visión integral que tiene en cuenta la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de las personas. Esta perspectiva orientada hacia un abordaje interdisciplinario se constituye en el marco más propicio para el abordaje de personas con trastornos genéticos, ya que el impacto diferencial que tienen cada uno de estos factores en el desarrollo psicosocial repercuten directamente en su calidad de vida (Sartori, Giugno, Burkhard, Aguilar & López, 2011).

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 (Murphy, Mazzocco, Gerner & Henry, 2006). 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, donde coexisten dos o más líneas celulares (e. g. 46, XX / 45, X0); y el 10% presentan anomalías estructurales del cromosoma X, como deleciones y duplicaciones (e. g. 46, XXdelp22.3) (Bondy, 2007). Si bien el ST es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres con dicho diagnostico no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006). De esta forma, al igual que en la mayoría de las cromosomopatías, el fenotipo externo es muy variable. Diversas investigaciones

han correlacionado la variabilidad observada en el fenotipo con la variabilidad genotípica del síndrome, dando cuenta que la intensidad y frecuencia de las anomalías somáticas y de las características psicológicas están determinadas, en parte, por el grado de deleción y la inactivación o silenciamiento de genes. Sin embargo, estos mismos estudios, reportan diferencias individuales en mujeres con el mismo genotipo, aportando evidencias de la acción del ambiente en la expresión génica (López, Aguilar & Gillet, 2009).

Los hallazgos clínicos característicos del síndrome son talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos, 2004), los cuales pueden ir acompañados de otras anomalías relacionadas con el tipo de alteración cromosómica. Habitualmente la baja talla es el primer motivo de consulta y una de las principales inquietudes de las familias, así como un rasgo distintivo durante la adolescencia y la adultez. Su origen está relacionado con la deleción de material genético en el brazo corto (p) del cromosoma X, correspondiente a dos genes denominados SHOX y PHOG. La pérdida de estos genes ocasiona un retraso en el crecimiento intrauterino, seguido de una disminución progresiva de la velocidad de crecimiento durante la infancia y una ausencia de empuje puberal en la adolescencia (Castelo-Branco, 2011; Morin, Guimarey, Santucci & Apezteguia, 2000). En referencia a esto algunos autores (Aguilar, López & Sartori, 2010; Brinch & Manthorpe, 1987) sostienen que la baja talla es el factor de mayor impacto emocional en esta población, y el origen de muchos de los problemas psicosociales observados. Desde este punto autores como Schmidt, Rubinow y Bondy (2006) y Suzigan, et al. (2004), consideran que la baja talla tiene efectos negativos sobre el autoconcepto y el desarrollo social. La hormona de crecimiento sola o en combinación con bajas dosis de estrógenos, se administra con el propósito de mejorar la talla. El tratamiento con esta hormona produce un aumento de la velocidad de crecimiento durante el primer y segundo año de aplicación, continuando el

efecto durante el tercer año, aunque con una leve declinación (Morin, et. al., 2000). Los resultados sobre la maduración esquelética y la talla final difieren en cada mujer, guardando relación con la edad de inicio del tratamiento, la dosis de aplicación y la velocidad de feminización (Román, et.al, 2002).

Otra de las características físicas relevante del ST es la falta de desarrollo puberal. Esta disfunción se relaciona con el desequilibrio cromosómico producto de la deleción de genes correspondientes al brazo largo (q) del cromosoma X. La disgenesia gonadal impide el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de la pubertad, como crecimiento mamario, desarrollo uterino, aumento de la velocidad de crecimiento y estirón puberal. La administración externa de estrógenos (terapia estrogénica) se convierte en el principal tratamiento para dicha característica (Cañete-Estrada, 2003). De acuerdo a la literatura científica, en relación al aspecto cognitivo se han observado problemas en relación al aprendizaje del manejo del factor numérico (matemáticas y cálculos) (McCauley, Feuillan, Kushner & Ross, 2001), generación y comprensión de conceptos abstractos, planificación de tareas complejas, 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) (Collaer, Geffner, Kaufman, Buckingham & Hines, 2002; Mazzoco, 2006; Mazzocco, Bhatia & Lesniak-Karpiak, 2006; Swillen, et al., 1993).

Si bien, lo expuesto no les impide a las mujeres con diagnóstico de ST tener una vida independiente, todas estas particularidades, especialmente los problemas físicos, impactan en el desarrollo psicológico y social de esta población y pueden afectar la capacidad y calidad de sus relaciones sociales (El Abd, Turk & Hill, 1995; Kleczkowska, Kubien, Dmoch, Fryns & Van den Berghe, 1990; McCauley y Sybert, 2006; Suzigan, Paiva e Silva, Guerra-Júnior, Mariani & Maciel-Guerra, 2011). Si bien en la infancia las

dificultades en el aprendizaje solapan esta disfunción social, en la adolescencia se vuelve más pronunciada teniendo repercusiones en la edad adulta (Aguilar, et. al., 2010; Sartori, López & Aguilar, 2013). Autores como Elsheikh, Dunger, Conway y Wass (2002) expresan que las mujeres adultas con diagnostico de ST presentan mayores dificultades para poder generar relaciones de amistad y de pareja en parte debido al déficit que presentan en la comprensión de la comunicación no verbal y al sostenimiento de una imagen de sí mismas negativa, producto de las características físicas propias del síndrome. De esta forma diversos autores sostienen que 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 (López & Aguilar, 2009; McCauley & Sybert, 2006; Sartori, Zabaletta, Aguilar & López, 2013). Está ampliamente reportado en la literatura científica que una de las principales dificultades de las niñas y las adolescentes con diagnostico de ST es la interacción social en general, y más específicamente, con sus pares. Autores como Del-Alamo (2006) y Labarta-Aizpún, et. al. (2004) sostienen 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) sostiene también 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. Señalando 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. Este autor también expresa que durante la adolescencia la principal dificultad se

relaciona con la conducta social y con las relaciones con sus compañeros y pares. Ramos (2004) por su parte sostiene que estas dificultades suelen aparecer debido a un retraso en la maduración social que podría relacionarse con su menor estatura y la disfunción ovárica. En tal sentido la terapia estrogénica puede contribuir en la madurez psicosocial de estas niñas, ya que el estrógeno tiene beneficios biológicos, psicológicos y sociales, desempeñando un papel importante en el desarrollo y madurez emocional (Sartori, López, et. al., 2013). Los estudios de Boman, Hanson, Hjelmquist y Moller (2000), McCauley y Sybert (2006), Ross y Roeltgen (1996) y Ross, Roeltgen, Feuillan, Kushner y Cutler (1998) demostraron que los efectos del tratamiento estrogénico sobre el funcionamiento psicológico (tanto socioemocional como cognitivo) son positivos y promueven la autopercepción y el autoconcepto.

Síndrome de Turner y Habilidades sociales

Durante el desarrollo de las mujeres con diagnóstico de ST la conformación y sostenimiento de vínculos y relaciones interpersonales aparece siempre como una dificultad. Es posible pensar que la misma se encuentre relacionada con un pobre desarrollo de habilidades sociales que no les permite desenvolverse en los distintos ambientes, ni mantener relaciones interpersonales optimas, en especial con sus pares, lo cual redunda negativamente en la confianza que mantiene en sí misma y en su autoconcepto. Al respecto tal como sostienen Sartori, Zabaletta, et. al. (2013), 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. 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. Así diversas investigaciones constatan la existencia de fuertes relaciones entre el desarrollo de habilidades sociales en la infancia y adolescencia y el ajuste social, psicológico y académico en la vida adulta (Hops & Greenwood, 1988; Laad & Asher, 1985; Monjas-Casares, 2000). El desarrollo de habilidades sociales positivas en la infancia y adolescencia contribuye al logro de una personalidad saludable en la adultez; y como contrapartida, la competencia interpersonal pobre, se asocia con baja aceptación, rechazo o aislamiento de los pares, con problemáticas escolares y con problemáticas personales, tales como la baja autoestima, la indefensión, inadaptación en la adolescencia (Contini, 2008; Monjas-Casares, 2000). Asimismo León-Rubio y Medina-Anzano (2002) afirman que la carencia de habilidades sociales promueve en la persona el empleo de estrategias inadecuadas para la resolución de temas y problemas de la vida cotidiana, generalmente de carácter social. De esta forma es posible pensar que las habilidades sociales adecuadas son un prerrequisito para un buen ajuste psicológico, aunque como sostienen varios autores (Gilbert & Connoly, 1995; Kelly, 1987) no es correcto considerar a dichas habilidades como secundarias a un trastorno psicopatológico.

Como ya se ha mencionado previamente las habilidades sociales son conductas aprendidas a través de la socialización que se desarrolla en principio en la familia y

posteriormente en la escuela y en la comunidad en general. Una de las características más difundidas en la literatura respecto al ST es la estrecha relación que las niñas y adolescentes mantienen con su familia, en especial con sus padres, quienes tienden a sobreprotegerlas dificultando posteriormente sus vínculos con personas extra-familiares. En esta línea de trabajo López, et. al. (2009) en una investigación realizada en la Argentina encontraron 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 a sí 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 extra-familiares. Esto tiene relación con lo expuesto por Suzigan, et. al. (2004) cuando expresan 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. Es debido a esto que el vinculo con personas externas a la familia se vuelve una condición imprescindible para poder desarrollarse satisfactoriamente. Y será el vínculo con los iguales el que adquiera mayor importancia, sobre todo durante la adolescencia. Diversas investigaciones sostienen la importancia decisiva que tienen las relaciones entre pares en la infancia y adolescencia afirmando que el vínculo entre iguales promueve el desarrollo de habilidades de interacción social y ello impacta positivamente en la salud psíquica de la persona al permitir que se produzca el conocimiento de sí mismo y de los demás; el desarrollo de conductas de reciprocidad; el intercambio en el control de la relación; la colaboración con otros; negociaciones y acuerdos y el control de la propia conducta por medio del feedback que se recibe de los otros. Al mismo tiempo las relaciones con otros

son fuente de apoyo emocional y de disfrute y permiten aprender el rol sexual y el aprendizaje de valores (Monjas-Casares, 2000). De esta forma la adquisición de pautas de interacción social y el desarrollo de la autonomía con respecto a la familia son características que permiten a los adolescentes la adaptación social y el logro de conductas más eficaces en respuesta a las exigencias y demandas de la vida adulta (Aguilar, et. al., 2010). Esto en general suele resultar muy difícil y penoso para la mayoría de las niñas y adolescentes con diagnostico de ST debido a la dificultad que presentan en el desarrollo de habilidades sociales.

Al mismo tiempo todo lo expresado hasta el momento tiene vienculación con el desarrollo de la moralidad donde es posible pensar que las mujeres con diagnóstico de ST alcanzarían más tardíamente que sus pares el nivel convencional del desarrollo moral. Esto podría asociarse en parte a la sobreprotección familiar y escolar, ya mencionada previamente, que retrasa la maduración psíquica y social al basarse en una relación unidireccional donde los padres, y muchas veces los educadores y hasta sus propios compañeros, siguen sosteniendo una visión asociada a la estatura de las mujeres con diagnóstico de ST y donde muchas veces no se crea el ambiente adecuado y las condiciones necesarias que le permitan el pasaje de un nivel a otro.

De esta forma si se considera que el desarrollo de todo niño y el desarrollo de los adultos significativos se encuentran en una posición de completa interdependencia, o dicho de otra manera, el desarrollo humano y el desarrollo social constituyen las dos caras de una misma moneda (Peñaranda- Correa, 2003), resulta relevante la necesidad de profundizar el estudio y las investigaciones de la relación existente entre el ST y las habilidades sociales con el fin de identificar aquellas fortalezas que brinden la posibilidad de diseñar programas de prevención e intervención psicológica tanto en el ámbito individual como familiar. Los mismos deberán estar orientados al 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 óptimas, así como brindar herramientas a los adultos significativos para que puedan comprender el desarrollo de las mujeres con diagnóstico de ST y puedan brindarle estimulos adecuados que les permitan adquirir conocimientos siempre tendientes al desarrollo de una moral autónoma. Para tal fin resulta imprescindible, como sostiene Contini (2008), la realización de un diagnóstico temprano de los recursos con los que cuentan las niñas y adolescente con diagnostico de ST, o bien de sus disfunciones, así como un abordaje interdisciplinario que considere las necesidades particulares de cada niña y adolescente y las de su familia, contribuyendo a una visión global y fructífera de su desarrollo. Tal como sostiene la Psicología Positiva es necesario tener una visión integral de la persona y considerar el *capital psíquico* con el que cuenta, siendo las habilidades sociales una parte constituyente del mismo. Así sin desconocer que la psicología debe atender las diversas problemáticas psicopatológicas, es necesario también, como sostiene Casullo (2007) preocuparse por tener una mirada integradora que procure el desarrollo de un proyecto saludable, tenga en cuenta las fortalezas de la persona y no solo el malestar, propio del antiguo modelo médico.

De esta forma tener en cuenta el desarrollo de la moralidad y de las habilidades sociales en la niñez y en el tránsito a la adolescencia, especialmente en una población vulnerable como las mujeres con diagnóstico de ST, 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 el pasaje de la heteronomía a la autonomía y que genere más y mejores relaciones sociales, todo lo cual redundarán en un desarrollo más saludable y en una mejor adaptación.

Referencias bibliográficas.

Aguilar, M. J., López, M. C. & Sartori, S. (2010). Autoconcepto y Síndrome de Turner: influencia de parámetros biológicos en el desarrollo psicosocial. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, *56*(4), 274-283.

Aguirre-Dávila, E. (2009). Aproximación pragmática a la teoría del juicio moral, desde la crítica a Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *7*(2), 1273-1299. Recuperado de http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/157/62

Ballester, R. & Gil-Llario, M. (2002). *Habilidades sociales*. Madrid: Síntesis.

Barra-Almagiá, E. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *19*(1), 7-18. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80519101

Boman, U., Hanson, C., Hjelmquist, E. & Moller, A. (2006). Personality Traits in women with Turner Syndrome. *Scandinavia. Journal of Psychology*, *47*, 219- 223. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00510.x.

Bondy, C. (2007). Care of girls and women with Turner Syndrome: A guideline of the Turner Syndrome study group. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *92*(1), 10-25. doi: 10.1210/jc.2006-1374.

Brinch, M. & Manthorpe, T. (1987). Short stature as a possible etiological factor in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*, 328-332. doi: 10.1111/j.1600-0447.1987.tb02903.x

Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5ta. ed.). Madrid: Siglo XXI.

Cañete-Estrada, R. (2004). Inducción puberal en el Síndrome de Turner. Tipos de indicación: acciones e inconvenientes. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º curso de formación de posgrado*. (pp.117-131). Recuperado de http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf.

Castelo-Branco, C. (2011). El Síndrome de Turner en la edad adulta. *Toko- Ginecología Práctica*, *70*(1), 1-6.

Casullo, M. M. (Comp.). (2007). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar.

Collaer, M. L., Geffner, M. E., Kaufman, F. R., Buckingham, B. & Hines, M. (2002). Cognitive and behavioral characteristics or turner syndrome: exploring a role for ovarian

hormones in female sexual differentiation. *Hormones and Behavior, 41*(2), 139-155. doi: 10.1006/hbeh.2001.1751.

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, E. N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad, 9*, 45-64. Recuperado de http://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/571

Contini, E. N., Mejail, S., Coronel, C. P. & Cohen-Imach, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes de 11 y 13 años de nivel socioeconómico alto. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 57*(1), 17-28.

Cuadra, H. & Florenzano, U. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 7*(1), 83-96. doi: 10.5354/0719-0581.2003.17380

Del- Alamo, A. (2006). *Problemas psicológicos y neuropsicológicos del Síndrome de Turner*. Recuperado de www.psicología-online.com/articulos/2006/Sindrome_turner

El Abd, S., Turk, J. & Hill, P. (1995). Annotation: Psychological characteristics of Turner Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(7), 1109-1125. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01360.x.

Elorrieta-Grimalt, M. P. (2012). Análisis crítico de la educación moral según Lawrence Kohlberg. *Educación y Educadores, 15*(3), 497-512.

Elsheikh, M., Dunger, D. B., Conway, G. S. & Wass, J. A. (2002). Turner´s Syndrome in adulthood. *Endocrine Reviews, 23*(1), 120-140. doi: 10.1210/er.23.1.120.

Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Gilbert, D. & Connoly, J. (1995). *Personalidad, habilidades sociales y psicopatología: Un enfoque diferencial*. Barcelona: Omega.

Hops, H. & Greenwood, C. R. (1988). Social skills deficits. En E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.) *Behavioural assessment of childhood disorders* (pp. 263-314). New York: Guildford Press.

Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kleczkowska, A., Kubien, E., Dmoch, E., Fryns, J.P. & Van den Berghe, H. (1990). Turner syndrome: II. Associated anomalies, mental performance and psychological problems in 218 patients diagnosed in Leuven in the period 1965-1989. *Genetic Counseling, 1*(3-4), 241-249.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Descleé de Brower.

Labarta- Aizpún, J., SanJuan- Casamayor, P., Gracia- Cervero, E., Fernandez- Lorente, A., Romero- Calvo- Díaz, M., Mayayo- Dehesa, E. & Fernandez- Longás, A. (2004). Síndrome de Turner: Crecimiento espontáneo y talla final. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º curso de formación de posgrado*. (pp.51-70). Recuperado de http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf.

Lacunza, A. B. (2011). Habilidades sociales y comportamientos problemáticos en niños de nivel escolar inicial. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 57*(3), 190-197.

Laad, G. & Asher, S. (1985). Social skill training and children's peer relations. En L. L'Abate & M. A. Milan (Eds.). *Handbook of Social Skills Training and Research* (pp. 219-244). New York: Wiley,

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

León-Rubio, J. M. & Medina-Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil-Rodríguez y J. M. León-Rubio (Comp.) *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención* (pp. 13-24). Madrid: Síntesis.

León-Rubio, J. M. & Medina-Anzano, S. (2002). *Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos.* Sevilla: Comunicación social Ediciones y publicaciones.

Linde-Navas, A. (2009a). La educación moral según Lawrence Kohlberg: una utopía realizable. *Praxis Filosofica*, (28), 7-22. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n28/n28a01.pdf

Linde-Navas, A. (2009b). ¿Tienen vigencia los dilemas clásicos de Kohlberg en educación moral? Un estudio de campo. *Campo Abierto*, *28*(2), 137-149.

López, M. C. & Aguilar, M. J. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: interacción genes- ambiente. *Psicología: ciencia y Profesión*, *29*(2), 318-329.

López, M. C., Aguilar, M. J. & Gillet, S. R. (2009). *Relación materno- filial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner.* Trabajo presentado en 2° Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. La Plata, Buenos

Aires, Argentina. Recuperado de www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/psic/085.pdf.

Martinez-Rojas, J. G. (2008). *Desarrollo moral: su medición y sus factores determinantes en un grupo de estudiantes de grado décimo* [Tesis de Maestría]. Recuperada de http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/invedusa/desarrollo-etico-estudiantes.pdf

Martorell, M. (1982). *Estudio de las conductas de socialización en niños en edad escolar a través de una batería de escalas de estimación* [Tesis de grado]. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

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.

Mazzocco, M., Bhatia, N. S. & Lesniak- Karpiak, K. (2006). Visuospatial skills and their association with math performance in girls with fragile X or Turner syndrome. *Child Neuropsychology*, *12*(2), 87–110. doi: 10.1080/09297040500266951.

McCauley, E., Feuillan, P., Kushner, H. & Ross, J. L. (2001). Psychosocial development in adolescents with Turner syndrome. *Journal of developmental and behavioral pediatrics, 22*(6), 360-365. doi: 10.1097/00004703-200112000-00003.

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.

Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.

Monjas-Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.

Morin A., Guimarey L., Santucci Z. & 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. & 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.

Park, N. & Perterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective on Psychological Science*, *4*, 422-428. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01149.x

Park, N., Peterson, C. & Sun, J. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, *31*(1), 11-19. doi: 10.4067/S0718-48082013000100002

Peñaranda-Correa, F. (2003). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez*

y Juventud, *1*(1), 207-230. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2003000100008&script=sci_arttext

Piaget, J. (1982). *El nacimiento de la inteligencia*. Madrid: Aguilar.

Piaget, J. (1987). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Martínez Roca S. A.

Plomin, R., De Fries, J., McClearn, G. & Guffin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.

Poseck, B. V. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, *27*(1), 3-8. Recuperado de http://www.cop.es/papeles

Ramos, F. (2004). Síndrome de Turner: Manifestaciones clínicas. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º curso de formación de posgrado*. (pp.1-12). Recuperado de http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf.

Román R., Vallejos M. E., Muñoz M., Schneider R., Youlton, R., Henriquez C. & Cassorla, F. (2002). Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Revista Médica de Chile*, *130*(9), 977-984.

Ross, J. & Roeltgen, D. (1996). Self-concept and behavior in adolescent girl with Turner syndrome: potencial estrogen effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *81*, 926-31. doi: 10.1210/jcem.81.3.8772552

Ross, J., Roeltgen, D., Feuillan, P., Kushner, H. & Cutler, J. (1998). Effects of estrogens on nonverbal processing speed and motor functions in girls with Turner´s syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *83*, 3198-204. doi: 10.1210/jc.83.9.3198

Sartori, M. S., Giugno, C. M., Burkhard, N. J., Aguilar, M. J. & López, M. C. (2011). Influencia de factores biopsicosociales en el desarrollo del autoconcepto en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Nexos*, *28*, 27-31.

Sartori, M. S., López, M. C. & Aguilar, M. J. (2013). Tratamientos hormonales y desarrollo psicosocial en mujeres adultas con diagnóstico de síndrome de Turner. Word mental Health Congreso of the Wordld Federation for Mental Health. En: *Salud mental: interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención.* Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), *2, 943-944.*

Sartori, M. S., Zabaletta, V., Aguilar, M. J. & López, M. (2013). Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: estudio diferencial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Chilena de Neuropsicología.*, *8*(2), 31-34. doi: 10.5839/rcnp.2013.0802.02.

Schmidt, P., Rubinow, D. & Bondy, C. (2006) Adult women with Turner Syndrome: A systematic evaluation of current and past psychiatric illness, social functioning, and self-esteem. *International Congress Series.* 1298, 100-07. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.020

Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5

Silva-Moreno, F. & Martorell-Pallás, M. C. (2001). BAS-3, Batería de socialización (autoevaluación). Manual. 3° Ed. Madrid: TEA Ediciones.

Suzigan, L. Z., Paiva e Silva, R. B., Guerra-Júnior, G., Mariani, S. H. & Maciel-Guerra, A. T. (2011). Social skills in women with Turner Syndrome. *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*(5), 440-447. 10.1111/j.1467-9450.2011.00887.x.

Suzigan, L., Paiva e 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 Pediatria*, *80*(4), 309-314.

Swillen, A., Fryns, J. P., Kleczkowska, A., Massa, G., Vanderschueren-Lodeweyckx, M. & Van den Berghe, H. (1993). Intelligence, behaviour and psychosocial development in Turner syndrome. A cross-sectional study of 50 pre-adolescent and adolescent girls (4-20 years). *Genetic Counseling*, *4*(1), 7-18.

Vargas-Cordero, Z. R. (2004). Desarrollo moral, valores y ética; una investigación dentro del aula. *Revista Educación*, *28*(2), 91-104.

Villegas i Besora, M. (2008). Psicopatología y Psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, *26*(2), 199-228. Recuperado de http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/135/137

Zerpa, C. E. (2007). Tres teorías del desarrollo del juicio moral: Kohlberg, Rest, Lind. Implicaciones para la formación moral. *Laurus*, *13*(23), 137-157.