

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CON
CLAVE DE REGISTRO NO. 8344-25

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD
EN DOS MUJERES ADULTAS
CON SÍNDROME DE TURNER

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

ROCÍO GARCÍA ROJAS

ASESORA DE TESIS:
MTRA. MARTHA LAURA RAMÍREZ JAIME

CUERNAVACA, MORELOS.

ABRIL,2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que han estado desde el principio hasta el final de este camino de mi educación, a mis padres por ser los principales motores junto con mis hermanos, también a mis profesores de todos los niveles académicos por brindarme sus conocimientos y así poder seguir con mis estudios, a mis compañeros de las diferentes escuelas por tantas experiencias vividas dentro y fuera del aula que poco a poco nos fuimos volviendo más que compañeros, así como a todas esas amistades que siempre estuvieron presentes cuando pensaba decaer en este arduo y largo proceso, a las personas que pusieron una parte de ayuda en este proyecto de mi tesis, pero especialmente gracias a la Mtra. Martha Laura Ramírez Jaime por aceptar ser la principal guía de este proyecto, por último una mención especial a las mujeres que a diario luchan para sobrellevar el síndrome de Turner.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	III
Capítulo I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	1
Introducción.....	1
Justificación.....	5
1.1 Antecedentes del problema.....	6
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Limitaciones del estudio.....	7
1.5 Definición de variables.....	7
Capítulo II. SÍNDROME DE TURNER	9
2.1 Antecedentes históricos.....	9
2.2 Definición de síndrome de Turner.....	10
2.3 Etiología del síndrome de Turner.....	10
2.3.1 Desarrollo embrionario.....	12
2.3.2 Alteraciones cromosómicas.....	13
2.4 Características del síndrome de Turner.....	14
2.4.1 Características clínicas.....	16
2.4.2 Aspectos psicológicos de síndrome de Turner.....	18
Capítulo III. PERSONALIDAD	27
3.1 Antecedentes del estudio de la personalidad.....	27
3.1.1 Teorías analítico-factoriales de los rasgos.....	27
3.1.2 Personalidad: predicción de la conducta.....	29
3.2 Definición de personalidad.....	31
3.3 Desarrollo de la personalidad.....	32

3.3.1 Teoría de los rasgos según R. Cattell.....	32
3.3.2 Factores Primarios.....	33
3.3.3 Teoría desarrollo de Abraham Maslow.....	37
3.4. La teoría de la personalidad de Maslow.....	39
3.4.1 La personalidad autorrealizada.....	40
3.5 La personalidad en el síndrome de Turner.....	41
Capítulo IV. DESARROLLO DEL ADULTO NORMAL.....	44
4.1 Socialización.....	45
Capítulo V. METODOLOGÍA.....	48
5.1 Muestra.....	48
5.2 Criterios de inclusión.....	48
5.3 Criterios de exclusión.....	48
5.4 Tipo de investigación.....	49
5.5 Diseño de investigación.....	49
5.6 Instrumentos de evaluación.....	49
Capítulo VI. BIOGRAFÍAS.....	52
6.1 Biografía de A.D.G.	52
6.2. Biografía de E.A.C.	55
Capitulo VII. RESULTADOS.....	57
7.1 Análisis de individual del caso ADG.....	58
7.2 Análisis de individual del caso EAC.....	62
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	67
SUGERENCIAS Y CONSIDERACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	75
GLOSARIO.....	76

Resumen

La psicología se caracteriza por investigar y estudiar la conducta, la cual se explica a través de los diferentes aspectos que el individuo manifiesta como lo social, educativo, laboral, biológico etc.

El síndrome de Turner se caracteriza por la presencia de un número variable de cambios en el fenotipo y en los órganos internos, siendo la disgenesia gonadal y la talla baja hallazgos más típicos. Este síndrome es causado por la ausencia parcial o completa de un cromosoma X.

En este trabajo se investigó el síndrome de Turner y la personalidad, explicando qué rasgos presentan las mujeres que son diagnosticadas con el síndrome de Turner.

La personalidad es el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones

Para el estudio, se aplicó la prueba de 16 Factores de Personalidad de Cattell a dos mujeres de 31 y 34 años, se pudo encontrar que los rasgos de personalidad de las participantes transcurren con regularidad.

En las puntuaciones de la prueba realizada se puede observar que las participantes no se encuentran distantes de las puntuaciones medias y extremas como cualquier ser humano sin ningún problema cromosómico al que se le pueda aplicar esta prueba.

De acuerdo a las características clínicas que acompañan al síndrome de Turner se puede concluir que la calidad de vida al momento del diagnóstico puede ser difícil porque de manera permanente las pacientes deben estar en constantes chequeos médicos y tratamientos de salud para que tengan una vida más tolerable, siendo esto también un posible parámetro que indique que mientras estas pacientes tengan un tratamiento multidisciplinar su vida tiene un mejor pronóstico.

Palabras claves: Síndrome de Turner, personalidad, rasgos, cromosoma.

CAPÍTULO I. Antecedentes de la investigación

Introducción

La personalidad de manera extrínseca e intrínseca es un conjunto de rasgos y características que hacen únicos a los seres humanos, es lo que los define como persona y están vigentes en la vida cotidiana ya sean que presenten o no alguna alteración cromosómica que pudiera afectar estos rasgos, como es el caso del tercer factor que es el síndrome de Turner. se pudiera pensar que la personalidad estaría comprometida o afectada ya que la personalidad a pesar de cualquier modificación fenotípica o genotípica siempre está presente para distinguirlo de cualquier otro ser humano incluso si comparten algún parentesco ya que esta está inmiscuida desde nuestra forma de ser hasta en una pequeña toma de decisión por lo cual también puede o no ser afectada por alguna modificación cromosómica como lo son los resultados de nuestras participantes lo cuales de alguna manera se refrenda con parte de la investigación.

El síndrome de Turner, como se menciona en la investigación, solo afecta a mujeres en un par de cromosomas, de acuerdo al par afectado o tipo de cariotipo que se obtenga, es la manera en que se elabora un programa de tratamiento, ya que a través del cariotipo el especialista puede prevenir o curar las posibles afectaciones que la paciente tenga como pueden ser: problemas de riñón, oído, artritis, diabetes etc.

En esta investigación, se estudiaron a dos mujeres participantes, a través de la prueba de 16 factores de personalidad de Cattell para determinar sus características y rasgos de personalidad.

Se hace una exhaustiva indagación sobre los conceptos y características que conllevan al síndrome de Turner.

Esto se da primeramente contactando a la asociación de síndrome de Turner la cual dos participantes voluntarias con este diagnóstico apoyaron a este proyecto, la cual durante varias citas se hizo rapport, evaluación y entrega de resultados.

En este trabajo se encontrarán distintos capítulos de los cuales tratan temas como a continuación se menciona:

Capítulo I. Antecedentes de la investigación: En este capítulo se aborda la introducción que nos habla de los temas principales que son síndrome de Turner y personalidad; la justificación da a conocer una parte del motivo por la cual se aborda el tema en este trabajo, en los antecedentes del problema se da una breve información del síndrome de Turner, en el planteamiento del problema se menciona algunas complicaciones de este síndrome en caso de no ser diagnosticado o tratado lo cual nos lleva a hacernos dos preguntas que plantean posibles problemáticas que pudieran suceder en las personas que padecen este síndrome, en los objetivos general y específicos se enlistan propósitos para la investigación, en las limitaciones del estudio se enlistan las distintas situaciones que pudieron limitar la investigación, por ultimo en la definición de variables se definen las distintas variables de esta investigación como son síndrome de Turner, personalidad etc.

Capítulo II. Síndrome de turner: En este capítulo se abordan primeramente los antecedentes históricos que nos mencionan los distintos autores y momentos que dieron parte al descubrimiento de este síndrome, en la definición de síndrome de Turner, se dan a conocer los distintos conceptos de este a través de distintos autores y bibliografía, en la etiología del síndrome de Turner se abordan las causas de este síndrome, en el desarrollo embrionario nos habla sobre el proceso de fetos con síndrome de Turner y las anomalías que se presentan durante el proceso de gestación, en las alteraciones cromosómicas habla sobre la modificación de los cromosomas que viene desde el momento de la gestación , en características del síndrome de Turner se mencionan diversas características medicas y físicas, en las características clínicas se menciona los distintos órganos afectados y el porcentaje en que este puede estar afectado a causa de este síndrome, por ultimo en los aspectos psicológicos de síndrome de Turner se aborda las distintas problemáticas en el área psicologica con mujeres que son diagnosticadas con síndrome de Turner

Capítulo III. Personalidad: En este capítulo se aborda los antecedentes del estudio de la personalidad a través de las teorías de personalidad de Catell y Maslow, a través de distintos autores se enlistan los distintos conceptos de personalidad, de igual manera el subtema de desarrollo de personalidad se aborda a través de los autores ya mencionados por último el tema la personalidad en el síndrome de Turner se aborda a través de un trabajo referente a personalidad realizado con mujeres con síndrome de Turner

Capítulo IV. Desarrollo del adulto normal: En este capítulo se aborda distintas etapas del desarrollo del adulto de manera normal de la cual las principales son social, psicológica y físicamente

Capítulo V. Metodología: En este capítulo se da a conocer nuestra muestra que fueron dos mujeres con diagnóstico de síndrome de Turner de edades de entre 30- 35 años nacidas en la ciudad de México donde también se encuentra la asociación con la que se hizo contacto para que estas chicas participaran en esta investigación

Capítulo VI. Biografías: En este capítulo se encuentran las historias de vida de nuestras 2 participantes las cuales se puede observar que de alguna manera llevan una vida normal a pesar de tener síndrome de Turner

Capítulo VII. Resultados: En este capítulo se hacen las gráficas de los resultados de la prueba que se aplicó a las participantes, de la misma manera se hace un reporte de los resultados a través del manual de la prueba que se aplicó.

Finalmente, se presenta la conclusión y discusión: En este capítulo se hace un cierre de este trabajo en la cual se aborda resultados, comparaciones de estos y del trabajo que se realizó con otros ya plasmados, el aprendizaje obtenido de esta investigación etc., así también se hacen sugerencias y recomendaciones para las siguientes investigaciones, se incluye la bibliografía y por último el anexo

Justificación

En el cuerpo humano existen macro y micro componentes en el cual podemos destacar los cromosomas que nos distinguen como hombres y mujeres, XX para mujer y XY para hombre.

El síndrome de Turner es causado por la pérdida parcial o completa de uno de los cromosomas X en las células de las mujeres. Las mujeres sin síndrome de Turner tienen 2 cromosomas X completos en todas sus células. El material genético que está faltando afecta el desarrollo antes y después del nacimiento.

50% de los casos) con síndrome de Turner le falta un cromosoma X completo en todas sus células (monosomía X o 45, X).

Analizando la información anterior es como se da inicio a la investigación que proporcionara información principalmente a psicólogos sobre como la personalidad puede estar inmersa en cambios en la existencia de la mujer que sea diagnosticada con síndrome de Turner, se tomara en cuenta los conocimientos enfocados en la personalidad ya que se utilizara la prueba 16 fp para distinguir los cambios que existen en estas personas, también se destacara la importancia de seguir obteniendo más estudios para poder obtener mayor y mejores herramientas para el ejercicio como profesionales.

La aportación que este trabajo hará a la sociedad es un apoyo que logre principalmente una mayor difusión de esta información así como una aportación a la psicología en el área de personalidad en pacientes con síndrome de Turner, así como brindar información multidisciplinaria ya que no solo se habla de personalidad si no del síndrome de Turner que conlleva términos médicos.

1.1 Antecedentes del problema

En el contexto médico, las estadísticas indican que de cada 2,500 niñas que nacen en el mundo, una nace con Síndrome de Turner.

La principal característica del Síndrome de Turner es que afecta solo a mujeres, en un par de cromosomas. Los síntomas que presentan las recién nacidas son manos y pies hinchados, sin embargo, es en la adolescencia cuando se les detecta a la mayoría de las mujeres que lo padecen, ya que se presentan síntomas más visibles como retraso en el desarrollo o incompleto en la pubertad.

1.2 Planteamiento del problema

Para diagnosticar el síndrome, se tiene que realizar un cariotipo para descartar o confirmar la existencia de este síndrome; una vez confirmada la existencia del síndrome, se tendrá que llevar un tratamiento de hormonas de crecimiento y estrógenos teniendo la revisión constante del doctor a la paciente para poder llevar una vida normal y no presentar posibles complicaciones como: artritis, cataratas, diabetes, problemas renales e infecciones del oído.

Desde este contexto médico junto con la psicología se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿el síndrome de Turner repercute en la personalidad del sujeto que lo padece?, ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de una mujer con diagnóstico de síndrome de Turner?.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar las características de personalidad que presentan las mujeres que tienen el síndrome de Turner.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el síndrome de Turner y sus características.
- Investigar las alteraciones psicológicas que presenta las adultas con síndrome de Turner.
- Describir el desarrollo de personalidad en adultas con síndrome de Turner.

1.4 Limitaciones del estudio

1. Encontrar la población que se necesita para la investigación.
2. Encontrar el lugar más cercano donde se encuentre la mayor población de pacientes con síndrome de Turner.
3. La participación, cooperación y disposición del sujeto.

1.5 Definición de variables

Síndrome de Turner: De acuerdo con Galán (2010) El síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico que se caracteriza por talla corta, disgenesia gonadal con infantilismo sexual, pterigiumcolli, disminución del ángulo cubital, implantación baja del cabello y monosomía parcial o total del cromosoma X.

Personalidad: De personal.) f. psi. Conjunto organizado de rasgos físicos, psicológicos y sociales, congénitos y adquiridos, que individualiza y hace único a cada ser humano, y es observable en su conducta y relaciones con el ambiente físico y social (Campillo, H. 2002).

Adultez: La adultez está caracterizada sobre todo por factores sociales, y en consecuencia se considera maduro/adulto al sujeto que es capaz de vivir independientemente, sin la necesidad de ser tutelado emocional, social, afectiva y económicamente (Uriarte, A. 2005).

Rasgo: Una categoría de la descripción de la personalidad utilizada con frecuencia, en la que términos sencillos como la generosidad, la limpieza, la tacañería o el radicalismo son usados para describir características o atributos de la personalidad y de la conducta (Dicaprio, N.S. 1989).

Cromosoma: Los cromosomas son los cuerpos nucleares que contienen la mayoría de los genes responsables en gran parte de la diferenciación y actividad celular. (Jáuregui. J &Chávez N.A. 2006).

CAPÍTULO II. SÍNDROME DE TURNER (ST)

2.1 Antecedentes históricos

Historia y terminología

En 1938 Henry H. Turner describió en 7 mujeres un cuadro caracterizado principalmente por estura baja, ausencia de los caracteres sexuales femeninos, pterigiumcolli y cubitusvalgus. Él consideró que una alteración hipofisaria era la causa responsable de la falta de función ovárica en estas pacientes. Previamente, Otto Ullrich había descrito el mismo cuadro clínico en 1930, y algunas características se habían comunicado antes.

Morgagni, en 1768, ya había observado un inadecuado desarrollo de los ovarios con ausencia de oocitos (disgenesia gonadal) en una paciente. En 1942, Albrihg et al. Insistieron en la presencia de la talla baja como un hallazgo constante en la infancia. En 1944, Wilkins y Fleischman establecieron la existencia de un inadecuado desarrollo ovárico, siendo Grumbach et al., en 1955, quienes lo definieron como una disgenesia gonadal.

Fue en 1959 cuando Ford et al, comunicaron la pérdida de uno de los cromosomas x en las pacientes con síndrome de Turner. En la actualidad, se ha observado que algunas pacientes con síndrome de Turner solo tienen pérdida de un cromosoma x en alguna de sus células, o pérdida solamente de una parte de un cromosoma x, sin que todavía haya podido explicarse por qué desarrollan el síndrome.

Existe cierta arbitrariedad a la hora de dar nombre al síndrome. La literatura anglosajona utiliza el termino síndrome de Turner, mientras que la germánica utiliza el de síndrome de Ulrich-Turner. (Moreno &Tresguerres, 1996).

El Síndrome de Turner, descrito por Otto Ullrich en 1930 y Henry Turner en 1938 es la alteración más frecuente que compromete los cromosomas sexuales, causada por ausencia completa o parcial del cromosoma X y en ocasiones por mosaicismos. (Peña, y cols, 2007).

2.2 Definición de síndrome de Turner

Existen diferentes concepciones del síndrome, considerando las más importantes.

El síndrome de Turner se caracteriza por la presencia de un número variable de cambios en el fenotipo y en los órganos internos la disgenesia gonadal y la talla baja los hallazgos más típicos. El síndrome de Turner es causado por la ausencia parcial o completa de un cromosoma X (Moreno & Tresguerres, 1996).

De acuerdo con Galán (2010) El síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico que se caracteriza por talla corta, disgenesia gonadal con infantilismo sexual, pterigium colli, disminución del ángulo cubital, implantación baja del cabello y monosomía parcial o total del cromosoma X.

El síndrome de Turner (ST) se define como la combinación de una serie de hallazgos físicos característicos y la ausencia total o parcial de un cromosoma X. (Alpera, R y cols. 2013).

El Síndrome de Turner es una alteración cromosómica producida por una pérdida parcial o total de un cromosoma X durante el desarrollo sexual. (Peña, N y cols. 2007)

Como se puede observar todas las definiciones coinciden en que es una alteración cromosómica del desarrollo sexual.

2.3 Etiología del síndrome de Turner

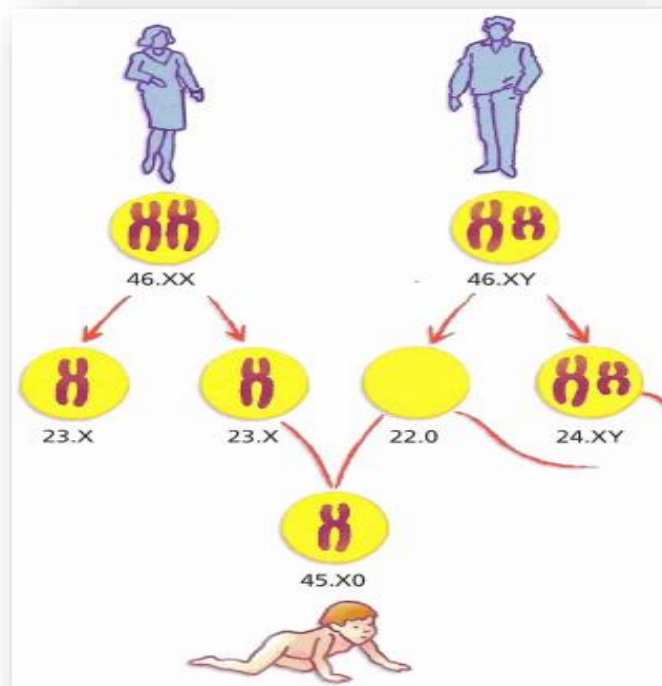
Desde 1959 se sabe que las mujeres con Turner tienen una falta total o parcial de un cromosoma X, solo afecta al sexo femenino.

Todos los seres humanos poseen en casi todas las células 46 cromosomas, que son pequeños bastoncillos donde se almacena toda la información genética, es decir, contienen la información del aspecto que tenemos (talla, color del peso, forma de la cara, etc.) e incluso de la tendencia a ciertas enfermedades.

De estos cromosomas, dos de ellos, se denominan sexuales: X y Y. Las mujeres tienen dos cromosomas X (uno proviene del padre y el otro de la madre). Los hombres tienen un cromosoma X (el de la madre) y otro Y (el del padre). Como se puede observar en la fig. 1, en las primeras fases de la división celular que dará lugar a un embrión, una división errónea hace que se pierda parte o todo el cromosoma X. Si el embarazo sigue adelante, la niña tendrá Turner.

Es importante recalcar que esto no suele ocurrir en niños, ya que éstos solo poseen un cromosoma X y si falta, no se podría vivir. Hasta la fecha se desconoce qué circunstancias influyen para que ocurra esta división anormal. López Sigüero(2010) cuestiona así es posible saber si el Turner es debido al padre o a la madre. Se sabe que con mayor frecuencia el cromosoma perdido corresponde al padre, aunque esto no quiere decir que él tenga la culpa. Realmente no se conoce la causa y no se puede imputar a ninguna circunstancia que haya ocurrido a la madre antes o después del embarazo.

Figura 1. Pares de cromosomas con Síndrome de Turner (Morales, A. y cols. (2009))

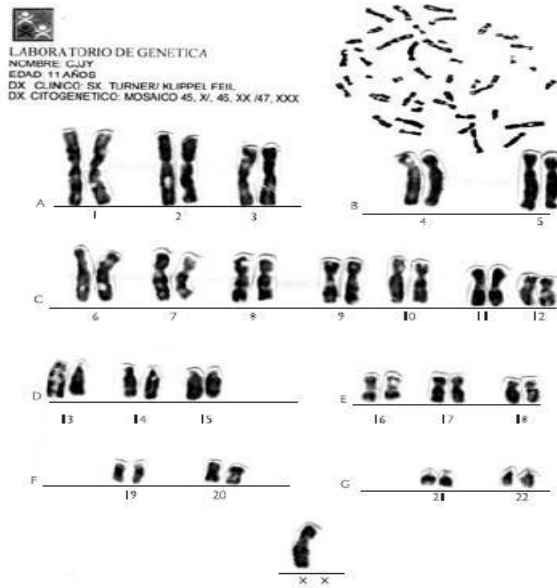


2.3.1 Desarrollo embrionario

Como se ha mencionado, el síndrome de Turner es la cromosomopatía asociada al sexo más común entre las mujeres. Se caracteriza por la ausencia total o parcial de un cromosoma X en todas o en parte de sus células. En el tipo más común, presente hasta en el 60% de las pacientes, existe una monosomía completa del cromosoma X en línea única. Con elevada frecuencia, el cariotipo es un mosaicismo, fundamentalmente 45X/46XX. La tasa de mosaicismos depende de la cantidad de tejidos estudiados; cuando se analiza uno solo se observan mosaicos en el 25-30% de las pacientes, pero cuando se estudian 2 esta tasa asciende al 65%. Las modernas técnicas citogenéticas, como la *fluorescence in-situ hybridization* (FISH) o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permiten también detectar más eficazmente los mosaicos frente a las técnicas convencionales. En el resto de los pacientes el síndrome es debido a anomalías estructurales del cromosoma X en línea única (isocromosoma de los brazos largos, deleciones, cromosomas en anillos) o aberraciones del cromosoma Y (*ver figura 2*).

En vida fetal, la expresividad de este síndrome es muy diferente. Los hallazgos ecográficos más típicos son la translucencianucal muy aumentada y el higroma quístico, acompañados con frecuencia de edema subcutáneo, derrame en alguna cavidad serosa fetal o incluso de una hidropesía fetal, detectables todos ellos en la primera mitad de la gestación. Esta presentación fetal del síndrome se acompaña de un pronóstico mucho peor que la forma posnatal, y su mortalidad intrauterina desde el primer trimestre hasta el término de la gestación se encuentra próxima al 80-90%¹¹. Esto explica que la incidencia de la monosomía X al nacimiento sea mucho menor (1/1.500-2.500 niñas nacidas vivas) que su incidencia en vida fetal (se estima que afecta al 3% de los embriones femeninos concebidos). (Galindo, A. y cols. 2005).

Figura 2. División cromosómica del síndrome de Turner (Dr. López, J. P. 2010))



2.3.2 Alteraciones cromosómicas

La **teoría meiótica** hace referencia a que durante la formación del óvulo o los espermatozoides (gametogénesis), alguno de ellos pudo haber sufrido un error y llevar un cromosoma sexual menos. Si el óvulo o bien el espermatozoide ha sufrido esta pérdida cromosómica, el individuo que se forme a partir de la fertilización portará este error cromosómico. (Peña, N. y cols. 2007)

La alteración cromosómica responsable de la existencia de este síndrome ya condiciona el que haya una talla baja desde el nacimiento que se irá acentuando con la progresión de la edad.

El retraso de crecimiento tiene su inicio en la vida intrauterina, a partir del tercer trimestre de la gestación, aunque sin afectar por igual a todas las pacientes.

Durante la vida posnatal, la progresión de la talla, tal como indican los numerosos estudios realizados con pacientes que no han recibido tratamiento alguno pone de manifiesto un paulatino alejamiento de las curvas de crecimiento normales para alcanzar una talla final por debajo del promedio normal (Herrera, E. y cols. 1995)

2.4 Características del síndrome de Turner

Los rasgos más comunes son: malformaciones cardíacas, anomalías en el riñón, entre otras características. Se sabe que la pérdida de parte o todo el cromosoma X se produce en las primeras fases de la división celular que dará lugar a un embrión, pero se desconoce por qué se produce esa división anormal.

Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico se hace un estudio genético denominado cariotipo que también permite conocer los diferentes grados. "Cuanto más material genético se pierde, más afección hay", precisa el Dr. López Sigüero, uno de los principales especialistas en Turner de España.

En general, el 90 por ciento de las Turner se diagnostican antes de la pubertad. En el 10 por ciento restante la falta de diagnóstico, según López Sigüero, se puede deber a que pasan desapercibidas porque presentan pocas características clínicas. Se suele detectar a partir de los dos o tres años, pero a veces no es tan baja y pasa desapercibida hasta la pubertad, obsérvese las figuras 4 y 5.



Figura 1. Baja implantación de pabellones auriculares, mandíbula pequeña y cuello corto (Morales, A. y cols. 2009)



Figura 2. Aplanamiento medio facial (Morales, A. y cols. 2009)

De acuerdo con López Sigüero, la talla baja suele ser es el primer motivo de consulta y una de las principales inquietudes de las niñas y sus padres. "Se suele detectar a partir de los dos o tres años, pero a veces no es tan baja y pasa desapercibida hasta la pubertad, cuando la diferencia de estatura con otras niñas es más evidente", señala. Aunque la talla media que se alcanza en la edad adulta si no se interviene no llega a los 143 centímetros, se pueden ganar entre 7 y 8 centímetros si se trata con la hormona del crecimiento.

Otro de los signos significativos son las cardiopatías, que afectan a casi la mitad de las niñas, y que se detectan muy pronto, en el nacimiento o incluso antes de nacer si son graves. (La vanguardia 2016)

Signos médicos que indican ST

Las siguientes características son las razones más comunes que son causa de estudio médico en cada etapa de la mujer con síndrome de Turner

Etapa infantil:

Talla baja, manos y pies “hinchados”, piel redundante o extra en cuello, cuello ancho y corto y puede haber alteraciones en el corazón.

Etapa escolar:

Talla baja en relación a sus compañeros, infecciones recurrentes de oídos o bien de vías urinarias.

Adolescencia:

Talla baja, sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios ni menstruación a la edad esperada.

Edad adulta:

Talla baja, falta de menstruación, infertilidad, problemas óseos y ganancia de peso. (Asociación de síndrome de Turner México AC, (2002)

2.4.1 Características clínicas

El síndrome de Turner es una entidad clínica bien definida que en los últimos años ha experimentado un avance muy importante en cuanto al conocimiento de su fisiopatología y al tratamiento de toda la morbilidad que conlleva.

Se trata de un cuadro en donde el progreso de los conocimientos científicos ha permitido cambiar por completo el pronóstico en todos sus aspectos: diagnóstico precoz, tratamiento de la baja talla, tratamiento de hipogonadismo, posibilidad de embarazos a través de programas de reproducción asistida, soporte psicológico, ayuda sociolaboral a través de los grupos de apoyo, mejor conocimiento y tratamiento de la patología asociada, mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida e incorporación satisfactoria al mundo sociolaboral.

Sin duda un aspecto fundamental es el diagnóstico precoz que se fundamenta en la sospecha clínica; en función de la edad existen una serie de signos guía que deben hacer pensar en dicho diagnóstico.

El síndrome de Turner no es solamente un problema de crecimiento e hipogonadismo sino que asocia una serie de trastornos en diversos órganos como se muestra en la tabla uno y sistemas que requieren un seguimiento médico a lo largo de la infancia, adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

La mortalidad asociada al síndrome de Turner es tres veces mayor que en la población normal y la expectativa de vida esta reducida en trece años, especialmente en las mujeres con monosomía 45.X siendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de muerte.

Es preciso un equipo multidisciplinar que incluya, además del pediatra endocrinólogo, que debe ser el coordinador del grupo, genetistas, cardiólogos, nefrólogos, otorrinos, cirujanos oftalmólogos, ginecólogos, psicólogos, y ortopedas capaces de asumir el diagnóstico y tratamiento de toda la patología asociada.

Es importante garantizar una adecuada transición al endocrinólogo de adultos; debe realizarse cuando se haya completado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y se haya alcanzado la talla adulta, por lo que se debería realizar no antes de los 18-20 años.

Se recomienda un periodo de transición gradual de atención conjunta que permita establecer un lazo de continuidad en el seguimiento de la paciente. (Alpera, R. y cols. 2013).

Tabla 1. Características clínicas del ST y su frecuencia (Ranke M, 1997)

	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA
Ojos:	-Ptosis -Epicantus -Miopía -Estrabismo	(20-39%)
Pabellones auriculares:	-Deformidad -Otitis media -Hipoacusia	(40-59%)
Boca-mandíbula:	-Paladar ojival -Micrognatia -Anomalías dentales	(60-79%)
Piel:	-Linfedema de manos y pies -Nevus pigmentados -Hipertriosis	(60-79%)

	-Displasia ungueal -Dermatoglifos -Alopecia -Vitíligo	
Cuello:	-Corto y ancho -Baja implantación pelo -Cuello alado	(60-79%)
Tórax:	-Tórax en escudo -Pezones umbilicados -Aumento distancia intermamilar (más aparente que real)	(60-79%)
Esqueleto:	-Cubitusvalgus -Acortamiento 4° metacarpiano -Escoliosis	(40-59%)
Cardiovascular:	-Valva aortica bicúspide -Estenosis istmo aórtico -Dilatación/ aneurisma aórtico	(40-50%)
Riñón:	-Malformación renal -Aplasia renal -Anomalías ureteropelvicas -Anomalías vasculatura renal	(40-59%)
Ovarios:	-Fallo gonadal	(80-100%)
Crecimiento:	-Baja talla intrauterina -Retraso crecimiento postnatal -Segmento inferior corto	(80-100%)

2.4.2 Aspectos psicológicos del Síndrome de Turner

Según la psicóloga Beatriz Puga psicóloga del Centro de Crecimiento Andrea Prader, en España se encuentra afectado el desarrollo intelectual y psicológico. El Turner "marca, de alguna manera, la personalidad".

El déficit asociado a este síndrome afecta al área espacial, la atención, la memoria, el control de impulsos, la capacidad de planificación o la búsqueda de alternativas.

El rendimiento escolar se puede ver afectado y es frecuente que aparezca déficit de atención con hiperactividad, aunque no en todas las niñas va a ser algo limitante.

En la infancia, lo más llamativo es que son más infantiles, les cuesta mantener la atención, son impulsivas, aunque muy adaptables, por lo que son bien aceptadas.

La etapa "más dura" es la pubertad, cuando empiezan las dificultades en las relaciones sociales porque la inmadurez consustancial a ellas se hace más evidente y la diferencia con las chicas de su edad se nota más. Puede haber rechazo por parte del grupo, que les provoca inseguridad, síntomas depresivos, cambios de carácter, ansiedad, baja autoestima y, a veces, fracaso escolar.

La sobreprotección familiar puede ser conflictiva en la edad adulta, cuando pretenden ser independientes y se enfrentan a unos padres que las ven como niñas. En esta etapa siguen siendo impulsivas y tienen poco control emocional, una deficiente autocrítica y poca tolerancia a la frustración, un signo característico de inmadurez (La Vanguardia 2016).

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y no es posible modificarla, pero los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas.

Por tanto, los padres y la atención temprana, pueden hacer mucho por la paciente con síndrome de Turner. La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida del momento de inicio de la Atención Temprana. Se define la atención temprana (AT) como el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, con la finalidad de prevenir y detectar de forma precoz la aparición de cualquier alteración en el desarrollo, o el riesgo de padecerla, realizando, en aquellos casos que lo precisen, una intervención integral dirigida a potenciar capacidades, para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad, que lo dota de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

En cuanto a la **inteligencia** podría decirse que es normal, es lógico que el primer pensamiento, la primera duda que surja al oír la palabra “síndrome” sea si el funcionamiento intelectual será o no adecuado. La inteligencia medida con test estándares se encuentra dentro del rango de la normalidad, si bien es cierto que hay ciertas dificultades específicas que pueden surgir a lo largo del desarrollo de las pacientes.

Las niñas con síndrome de Turner pueden presentar retrasos en algunas áreas como: la motora, cognitiva, de la comunicación y lenguaje, social y de autoayuda.

A partir de esta edad se valora el rendimiento de una persona en determinada prueba o test, siendo el resultado de esta prueba lo que se conoce como CI. Por tanto, el CI indica el rendimiento de una persona en una prueba concreta, en comparación con otros sujetos de la misma edad.

El CI de un grupo de niñas con síndrome de Turner, se encuentra dentro del rango de la normalidad, aunque en los límites inferiores de este rango.

Es más importante saber cómo realiza los ejercicios y en qué elementos tiene dificultades, para mejorar los procesos, que conocer cuáles son los conocimientos del sujeto en este momento, como si la inteligencia fuese una capacidad inmutable.

Con lo que respecta al **desarrollo y adquisición del lenguaje**, en algunas niñas la adquisición del lenguaje puede retrasarse en relación con un posible deterioro auditivo relacionado con alteraciones del oído medio.

La repercusión sobre el lenguaje dependerá del momento de desarrollo en que se encuentre: si la niña aún no ha empezado a hablar, esta adquisición podrá retrasarse (retraso simple del lenguaje); si el lenguaje ya se ha iniciado, notaremos que confunde fonemas parecidos, tanto en la comprensión como en la expresión de las palabras; por ello es importante acudir a las revisiones del otorrinolaringólogo.

También repercute en el habla la estructura craneofacial característica de algunas niñas, por lo que además de trabajar el lenguaje, se debe prestar atención al habla, realizando una exploración orofacial y un programa adecuado de intervención.

Las **funciones visuoespaciales**, son una de las dificultades más ampliamente descritas y consiste en la dificultad para la percepción y organización de la información visual, así como para la orientación espacial, que incluye problemas de orientación derecha-izquierda y los recuerdos visuales.

Las dificultades en las habilidades espaciales se reflejan también en otras tareas no verbales, como la realización de rompecabezas y dibujos. Esta dificultad explica la puntuación que suelen obtener en los test, siendo más alta en las pruebas verbales que en las manipulativas.

En el área social se han descrito dificultades sociales en algunas niñas. Las explicaciones son varias:

- Un déficit de lectura de la información socialmente relevante.
- Se propone que los problemas en el funcionamiento social pueden ser secundarios a disfunciones en el procesamiento afectivo/facial, dificultades en la expresión del lenguaje o a un repertorio limitado de comportamientos sociales.
- Retraso en su madurez emocional, esta inmadurez está relacionada con la sobreprotección que reciben de sus padres.
- Se hacen adultas algo más tarde que sus hermanas y amigas.
- Es habitual que los padres y familiares que rodean a estas niñas, que presentan talla baja, tiendan a tratarlas más de acuerdo con su talla que con su edad real. Es importante tener claro que esta actitud no es beneficiosa para las niñas pues las mantiene en su inmadurez y dependencia.
- En la vida adulta se ha observado también una mayor dependencia de la familia y muchas de ellas no forman parejas estables.

- Es frecuente que presenten una baja autoestima, debido en parte a la propia imagen corporal que poseen como consecuencia de la talla baja y otros posibles rasgos del síndrome de Turner.

Por tanto, es importante desarrollar su autoestima y proporcionarles confianza en sí mismas, siendo útil para mejorar la propia imagen corporal la práctica de deportes donde no influya de manera decisiva la estatura.

Es necesario recordar la importancia que tiene para el desarrollo de la propia imagen corporal el inicio en el momento adecuado del tratamiento hormonal para el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Los principales **problemas conductuales** que pueden presentar las niñas con síndrome de Turner son la hiperactividad y déficits de atención. Se han descrito dificultades en diversos procesos de aprendizaje debido a problemas en el funcionamiento ejecutivo, especialmente en memoria de trabajo y tareas que requieren control de la impulsividad.

La hiperactividad aparece más frecuentemente entre niñas y adolescentes, mientras que en la edad adulta no se presenta. Cuando este problema aparece de forma acentuada tendrá una influencia negativa en el rendimiento escolar y por lo tanto es necesario ofrecer un tratamiento adecuado.

Académicamente, se observan dificultades en estas áreas: Grafismo, las dificultades en la escritura (grafismo) son más evidentes en los primeros años de escolarización y pueden ir mejorando con la práctica. Comprensión lectora A pesar de observarse un desarrollo normal de la conciencia y de la memoria fonológica, en ocasiones se observan dificultades en la lectura debido al papel de la percepción visual en la adquisición inicial de dicho aprendizaje.

La dificultad en la comprensión lectora probablemente se debe a la interpretación literal de lo que leen, sin saber realizar inferencias o abstracciones, ni relacionar conceptos.

Con lo que respecta a las matemáticas, las dificultades aritméticas que presentan se encuentran más vinculadas a problemas de tipo espacial que a problemas de naturaleza verbal. Para aprender a contar y comprender el sistema numérico deben haber adquirido a través de las experiencias tempranas, de la manipulación de objetos y de la información visual y espacial, una serie de conceptos básicos de cantidad (p. ej., mucho, poco, más, menos, etc.), que les permitirán progresar en las habilidades académicas.

Al parecer, las niñas y niños con trastorno de aprendizaje no verbal manifiestan dificultades en este proceso. Aprenden a través de la memoria mecánica y fonológica el nombre de números, sin poder relacionarlos con la magnitud numérica que representan y así muestran una fuerte disociación entre el cálculo mental (debido a una memorización de hechos numéricos básicos) y el cálculo escrito

Numerosos estudios demuestran que existe una gran variabilidad en el fenotipo conductual de las niñas Turner (cuando se habla del fenotipo conductual (FC) se refiere al patrón característico de las disfunciones motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales que se asocian de forma compatible con un trastorno biológico, sin desestimar la importancia de lo ambiental en su desarrollo).

Hay evidencia de que la heterogeneidad en los déficits cognitivos observados en el síndrome de Turner se relaciona con los cariotipos específicos y en ese sentido nos encontramos con un abanico muy amplio de posibilidades. Dicho FC no es homogéneo, es decir, habrá grandes oscilaciones dependiendo de la afectación de la niña Turner y de la estimulación que reciba.

Tanto factores hormonales como genéticos pueden influir en el desarrollo cognitivo de las mujeres Turner. Los efectos de los estrógenos parecen afectar a la función motora y la velocidad de procesamiento y los efectos de los andrógenos a la memoria de trabajo, y algunos déficits parecen mejorar con el tratamiento de estrógenos.

Optimizar el desarrollo psicosocial de las niñas Turner, no todas las niñas van a presentar dificultades en sus habilidades sociales, aunque sí parece ser uno de los aspectos que más preocupan a sus padres y quizás sea el factor que pueda condicionar de forma más relevante el buen desarrollo psicosocial de las niñas.

Se debe entender que los niños en general manifiestan su vulnerabilidad emocional a través de cambios en su conducta: retraimiento, silencio, conductas regresivas, etc. Siempre y cuando sean transitorias y motivadas por una situación crítica no van a requerir de la intervención de un especialista.

Si se llegase a detectar serios desajustes en su integración social o escolar provocados por la ausencia de competencia social sería necesario intervenir desde el área cognitiva, conductual y emocional de nuestras hijas, para poder conseguir unos buenos resultados. Es decir, se tendría que trabajar en relación a sus creencias, su conducta y sus emociones.

Aunque existen ciertos casos que sí precisarán de orientación psicosocial, en la mayoría de las ocasiones las relaciones con los iguales y la propia familia irán compensando estos posibles desajustes sociales.

Es muy recomendable que realicen diversas actividades extraescolares ya que esto les facilitará la labor de adaptarse a nuevas situaciones, desarrollando así estrategias prosociales. Es prioritario llevar a cabo una orientación motivacional para conocer las preferencias de las pacientes. (López, J.P. 2010)

Apoyo psicológico

A partir de la experiencia clínica se puede afirmar que las mujeres con síndrome de Turner están socialmente bien integradas a todos los niveles si bien pueden presentar algunos problemas específicos.

Existen algunos rasgos de personalidad común a todas ellas como un menor umbral emocional, mayor tolerancia a la adversidad, una relativa falta de energía y un mayor conformismo.

En general tienen una inmadurez emocional, con dificultades para establecer nuevas relaciones sociales, timidez e imagen corporal negativa siendo todo ello es más acusado durante la adolescencia.

Los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa son más frecuentes que en la población general mientras que el grado de éxito profesional es menor.

La inteligencia no está afectada excepto en aquellas que tienen un cromosoma X en anillo. Sin embargo, algunas pacientes tienen trastornos en el procesamiento de la información no verbal (dificultades en las matemáticas) y visual- espacial (dificultades para conducir) así como en la coordinación de las habilidades perceptivas visuales y motrices con algún grado de hiperactividad y torpeza motora.

Estos rasgos pueden tener un origen multifactorial; se han involucrado factores neuroanatómicos, con alteraciones de los lóbulos parietal y occipital del hemisferio derecho, genéticos, ya que parece existir unos rasgos de psicopersonalidad diferentes en función de si el cromosoma x es de origen paterno o materno, educacionales, ambientales y hormonales por la interrelación entre baja talla y retraso puberal.

Es posible que algunos de estos rasgos puedan ser estrógeno-dependientes con

Se deberían organizar planes tanto para la atención médica como psicológica con objeto de reforzar la autoestima de estas pacientes y asegurar el mantenimiento de las actividades sociales, educacionales y de empleo; la atención psicológica está encaminada a prevenir la aparición de dificultades y garantizar un desarrollo completo de su personalidad.

Es importante la actuación en la escuela y posteriormente en el mundo laboral, ya que las dificultades de aprendizaje no desaparecen con la edad. En la mujer adulta estos problemas, así como la inmadurez emocional, pueden constituir un impedimento para el logro de la emancipación familiar. (Alpera, R. y cols. 2013).

Capítulo III Personalidad

3.1 Antecedentes del estudio de la personalidad

3.1.1 Teorías analítico-factoriales de los rasgos

Las teorías analítico-factoriales de los rasgos han adquirido gran popularidad en el campo de la personalidad a medida que se dispone de tecnología de computadoras y de métodos de análisis de datos. En esencia, esos enfoques utilizan el poder de las computadoras para examinar y organizar sistemáticamente los datos en una forma más simple. Como líder en el desarrollo de las teorías factoriales, Raymond Cattell (1979) afirmaba que el estudio de la personalidad pasó por dos fases anteriores antes de alcanzar su estatus científico actual. “Desde los tiempos bíblicos hasta el inicio del siglo XIX”, escribió, “fue cuestión de introspecciones intuitivas expresadas en el campo de la literatura” (p. 6), marcadas por gigantes como Plutarco, Bacon y Goethe. Luego vino un siglo de teóricos orientados a la clínica (Freud, Adler y Jung), con algún trabajo experimental (Jung y McDougall). Desde la Primera Guerra Mundial, el estudio de la personalidad ha estado en la tercera fase “experimental y cuantitativa”. Cattell consideró que su trabajo construía sobre las valiosas introspecciones de las primeras teorías, “pero sometiéndolas a un juicio independiente sobre la base de los métodos modernos”.

El énfasis de Cattell en los métodos de investigación en realidad aumentó considerablemente las bases teóricas construidas por los primeros teóricos. Otros modelos analítico-factoriales posteriores, específicamente la teoría de los Cinco Grandes factores, se edifican sobre su intento por medir las dimensiones básicas de la personalidad, y algunos especificaron además las dimensiones biológicas subyacentes de algunos aspectos de la personalidad (por ejemplo, Hans Eysenck y C. Robert Cloninger). Sin embargo, ninguno ofreció una teoría con el amplio alcance del modelo de Cattell.

El análisis factorial, la herramienta esencial de las teorías analítico-factoriales de los rasgos, es un procedimiento estadístico que se basa en el concepto de correlación. Un coeficiente de correlación mide la relación entre dos conjuntos de

números. Existe una correlación positiva si los números elevados en un conjunto se asocian con números altos en el otro conjunto y si números bajos en cada conjunto se asocian entre sí. Si números bajos de un conjunto van con números altos de otro, existe una correlación negativa. Un coeficiente de correlación puede fluctuar entre -1 y $+1$, lo que indica la dirección y la fuerza de la asociación entre dos variables. En el curso de un análisis factorial se calculan varios coeficientes de correlación. Las correlaciones entre todos los pares de variables se calculan para formar una matriz de correlación.

El análisis factorial proporciona entonces, una forma de describir de manera más simple grandes números de variables al identificar un número menor de dimensiones (factores). El procedimiento implica matemáticas complicadas, pero la idea es sencilla. Se realiza un tipo similar de pensamiento, aunque de manera menos sistemática, siempre que se combine intuitivamente una gran cantidad de información detallada acerca de la gente en declaraciones de rasgos más generales.

Por ejemplo, en lugar de decir “David es muy bueno en el fútbol, estupendo en el tenis y un gran corredor, pero es promedio en matemáticas, promedio en inglés y mediocre en historia”, se podría decir, “David es un gran atleta y en lo académico es un estudiante promedio”. Se combinan seis muestras de información (variables) en dos dimensiones más generales (factores). Antes de que este método fuera aplicado a los rasgos de personalidad, el análisis factorial se usaba para estudiar la inteligencia. Si se prueban varias habilidades de la gente, algunas puntuaciones tienen una relación elevada. Existe una correlación positiva entre los tests de habilidades matemáticas como la geometría, el álgebra, las relaciones espaciales, etc. Los tests de habilidades verbales se correlacionan altamente entre sí (por ejemplo, vocabulario, gramática y ortografía), pero su correlación con las pruebas de habilidades matemáticas es menor. El análisis factorial de esas variables revela dos factores, habilidad matemática y habilidad verbal. El análisis factorial combina variables en una ecuación lineal, sólo agregando o restando el efecto de cada variable. En principio, sería posible usar otras relaciones matemáticas, como las

variables multiplicativas. Esas opciones matemáticas pueden afectar profundamente a los resultados. El análisis factorial no es un procedimiento mágico e incluso los expertos debaten sus usos apropiados. Aun así, el análisis factorial es una herramienta matemática sofisticada para identificar patrones de observaciones relacionadas, Cattell y los investigadores que siguieron su liderazgo han usado esta herramienta de manera brillante para buscar los rasgos fundamentales de la personalidad. Cattell (1957) consideraba al análisis factorial como “una herramienta de investigación tan importante para la psicología como lo fue el microscopio para la biología”.

3.1.2 Personalidad: predicción de la conducta

Los rasgos son las unidades de personalidad que tienen valor predictivo. Cattell (1979, p. 14) definió un rasgo como “lo que define lo que hará una persona cuando se enfrente con una situación determinada”. A diferencia de Allport, no sentía que fuera necesario definir los rasgos en términos psicofísicos. Para Cattell, los rasgos eran conceptos abstractos, herramientas conceptuales útiles para propósitos predictivos, pero que no necesariamente correspondían a una realidad física específica. No obstante, creía que los rasgos de personalidad no eran fenómenos puramente estadísticos. Aunque su método era correlacional más que experimental, la sofisticación de los estudios y los patrones que surgieron de tantos de ellos lo llevaron a creer que “los rasgos existen como determinantes de la conducta” (Cloninger, S (2003).

Teoría de la autoactualización de Abraham H. Maslow (1908-1970)

La mayor contribución de este psicólogo, quien llamó a la psicología humanista la “tercera fuerza”, fue su preocupación por las personas más que por las enfermas. Estudiando la alegría, el entusiasmo, el amor y el bienestar en lugar del conflicto, la hostilidad y la tristeza. Maslow se dedicó a investigar aquellas personas

creativas que se desarrollaban adecuadamente en la sociedad. De estos estudios extrajo conclusiones sobre el desarrollo de la personalidad sana.

La teoría de Maslow de la motivación humana descansa en la existencia de una jerarquía de necesidades. Estas necesidades son de dos tipos básicos: necesidades D (que corrigen deficiencias) y necesidades B (que consiguen un nivel más alto de la existencia). Maslow decía que los seres humanos hemos de resolver nuestras necesidades básicas de supervivencia antes de preocuparnos de las necesidades de otro nivel superior. Hasta que no hayamos resuelto nuestras necesidades básicas, no podremos luchar para satisfacer las de un orden superior, como son las gratificaciones psíquicas y espirituales.

Así, una persona que lucha por respirar o tiene hambre, tiene una motivación primordial, la supervivencia básica. Cuando está esta asegurada podrá cambiar su atención para pasar a preocuparse de la seguridad o de la libertad. Sintiendo relativamente seguro, buscará entonces la intimidad en sus relaciones con la familia, los amigos y su pareja. Una vez que está confortablemente unido por lazos afectivos con otra gente, podrá dirigir su atención a la preocupación de satisfacer su necesidad básica de auto-respeto. Hasta que un individuo no se siente sano, seguro, amado y competente, no puede buscar la auto-actualización, que consiste en la búsqueda del conocimiento. La apreciación de la belleza, la jovialidad, la autoeficiencia, la penetración, en la verdad, algún otro de los quince principales valores B.

¿Qué clase de persona logra este tipo de autorrealización o autoactualización? Maslow (1950) identificó 38 personas que él creía que habían realizado plenamente su potencial. Este selecto grupo incluía celebridades históricas, como Albert Einstein, Ludwig von Beethoven, Abraham Lincoln y Eleanor Roosevelt, así como otros no tan conocidos. Después de estudiar de cerca la vida de estas personas, Maslow identificó 16 características que distinguen a estas personas de la gente común: un punto de vista realista ante la vida; la aceptación de ellos mismos, de los demás y del mundo que les rodea; espontaneidad; preocupación por resolver los problemas más que pensar en ellos; necesidad de intimidad y un

cierto grado de distanciamiento; independencia y capacidad para funcionar por su cuenta; una visión no estereotipada de la gente, de las cosas y de las ideas; una historia de experiencias cumbre profundamente espirituales y que pueden ser de naturaleza mística o religiosa y que a menudo tiene lugar cuando se actualiza un valor B, como los momentos en que la persona logra el conocimiento de alguna verdad; identificación con la raza humana; relaciones profundamente amorosas e íntimas con unas pocas personas; valores democráticos; la habilidad de separar los medios de los fines; sentido del humor vivo y no cruel; creatividad; inconformismo y la habilidad demostrada para alzarse por encima del ambiente más que ajustarse a él.

Aunque la teoría de Maslow ha servido de inspiración para muchas personas y ha introducido un grato enfoque de la personalidad sana que es capaz de escalar la cima de la auto-actualización. (Papalia, E & Wendkos, S. 1998).

3.2 Definición de personalidad

La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Seelbach, G.A. 2012).

Personalidad. (De personal.) f. psi. Conjunto organizado de rasgos físicos, psicológicos y sociales, congénitos y adquiridos, que individualiza y hace único a cada ser humano, y es observable en su conducta y relaciones con el ambiente físico y social (Campillo, H. 2002).

El termino personalidad procede del vocablo latino persona, que deriva del griego *prosopon*, cuyo significado es “máscara”, aquella que utilizaban los actores de teatro clásico. Como la máscara asumida por el actor, el termino persona sugería una pretensión de apariencia, es decir, la aspiración de poseer unos rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara (Alonso, J.A. y cols. 2007).

Los psicólogos definen la personalidad como el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones (Morris, CH. Maisto, A.2001).

Personalidad: organización integrada por todas las características cognoscitivas, afectivas, volitivas y físicas de un individuo (Vidales, I.2010).

3.3 Desarrollo de personalidad

3.3.1 Teoría de los Rasgos según R. Cattell

Su teoría está fundamentada en la técnica estadística del análisis factorial, el cual es un procedimiento que permite reducir la información realizando agrupaciones de variables. Cattell usaba para explorar las dimensiones básicas de: la personalidad, motivación y capacidades cognoscitivas. Y su resultado más importante fue el descubrimiento de 16 factores que permitendescribirla personalidad.

A estos factores lo llamo "rasgo de la fuente" ya que creía que proporcionaba la fuente del comportamiento que pensamos que es personalidad.

Cattell define la personalidad como la integración de rasgos y viene hacer lo que determina el comportamiento de los sujetos ante una situación y estados de ánimo definido.

El rasgo representa una tendencia general que nos indica características de conductas del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y una regularidad de conducta a lo largo de tiempo y ante una situación. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia y por el ambiente.

Cattell sostenía que todos los individuos poseen rasgos idénticos pero en distinto nivel o grado, y por lo tanto no hay 2 individuos exactamente iguales.

La conducta de los individuos ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de las variables que pueden intervenir antes dicha situación.

Gracias a los aportes de Raymond Cattell, hoyen día se cuenta con un test psicométrico como lo es el 16PF, que permite determinar y conocer los 16 factores o rasgos de la personalidad de un sujeto de manera clara y precisa.

Esos 16 rasgos o factores son: Sociabilidad, Solución de Problemas, Estabilidad Emocional, Dominancia, Impetuosidad, Responsabilidad, Empuje, Sensibilidad, Susplicacia, Imaginación, Diplomacia, Seguridad, Cumplimiento, Tensión.
(Asdrúbal, marzo 05, 2012)

3.3.2 FACTORES PRIMARIOS

Cada uno de los factores primarios evaluados en el 16 FP tiene una denominación alfabética (desde A a Q4).

- **FACTOR A.**

RESERVADA, ALEJADA, CRITICA, FRÍA: La persona que puntúa bajo tiende a ser fría, dura, escéptica y a mantenerse alejada.

ABIERTA, AFECTUOSA, PARTICIPATIVA: La persona que puntúa alto tiende a ser afable, emocionalmente expresiva, dispuesta a cooperar.

- **FACTOR B**

INTELIGENCIA BAJA, PENSAMIENTO CONCRETO: La persona que puntúa bajo tiende a ser lenta para aprender y captar las cosas.

INTELIGENCIA ALTA, PENSAMIENTO ABSTRACTO, BRILLANTE: La persona que puntúa alto tiende a dar rápido en su comprensión y aprendizaje de las ideas.

- **FACTOR C**

AFECTADA POR LOS SENTIMIENTOS. POCO ESTABLE EMOCIONALMENTE:

La persona que puntúa bajo tiende a presentar poca tolerancia a la frustración presenta síntomas neuróticos(Fobias, alteraciones del sueño.)

EMOCIONALMENTE ESTABLE, TRANQUILA, AFRONTA LA REALIDAD: La persona que puntúa alto tiende a ser emocionalmente realista acerca de la vida

- **FACTOR E**

SUMISA, DÉBIL, CONFORMISTA: La persona que puntúa bajo tiende a ceder ante los demás, ser dócil y conformarse.

DOMINANTE, INDEPENDIENTE, AGRESIVA, COMPETITIVA: La persona que puntúa alto es segura de sí mismo, de mentalidad independiente.

- **FACTOR F**

SOBRIA, PRUDENTE, SERIA: La persona que puntúa bajo tiende a ser reprimida. A veces es terca, pesimista, suele ser una persona sobria y digna de confianza.

DESCUIDADA, ANIMADA E IMPULSIVA, ENTUSIASTA: La persona que puntúa alto tiende a ser jovial, activa charlatana, franca, expresiva.

- **FACTOR G**

DESPREOCUPADA, EVITA LAS NORMAS, ACEPTA POCAS OBLIGACIONES: La persona que puntúa bajo suele ser inestable en sus propósitos.

ESCRUPULOSA, PERSEVERANTE, SENSATA, SUJETA A NORMAS: La persona que puntúa alto tiende a ser de carácter exigente, dominado por el sentido del deber, responsable, organizado.

- **FACTOR H**

COHIBIDA, REPRIMIDA, TÍMIDA, FALTA DE CONFIANZA EN SI MISMA: La persona que puntúa bajo suele ser tímida, cautelosa, retraída que permanece al margen de la actividad social.

EMPRENDEDORA, SOCIALMENTE ATREVIDA, ESPONTANEA: La persona que puntúa alto tiende a ser sociable, atrevida dispuesta a intentar nuevas cosas.

- **FACTOR I**

SENSIBILIDAD DURA, CONFIADA EN SI MISMO, REALISTA: La persona que puntúa bajo tiende a ser práctica, realista, varonil, independiente.

SENSIBILIDAD BLANDA DEPENDIENTE, SÚPER PROTEGIDO: La persona que puntúa alto suele dejarse afectar por los sentimientos, idealista, soñadora, artista, femenina.

- **FACTOR L**

CONFIABLE, ADAPTABLE, NO AFECTADA POR LOS CELOS O ENVIDIA: La persona que puntúan bajo suelen no presentar tendencia a los celos, envidia, animosa, interesada por los demás, colaboradora.

SUSPICAZ, ENGREÍDA, DIFÍCIL DE ENGAÑAR: La persona que puntúa alto suele ser desconfiada, a menudo se encuentra complicada con su propio yo.

- **FACTOR M**

PRACTICA, CUIDADOSA: La persona que puntúa bajo suele mostrarse ansiosa por hacer las cosas correctamente.

IMAGINATIVA, CENTRADA EN SUS NECESIDADES INTIMAS: La persona que puntúa alto tiende a ser poco convencional, despreocupada de lo cotidiano, motivada por sí misma, creadora.

- **FACTOR N**

FRANCA, SENCILLA, SENTIMENTAL: La persona que puntúa bajo suele ser sentimental, poco sofisticada.

ASTUTA, CALCULADORA: La persona que puntúa alto suele ser refinada, experimentada, analítica.

- **FACTOR O**

APACIBLE, SEGURA DE SI, FLEXIBLE, SERENA: La persona que puntúa bajo tiende a ser placida, de ánimo invariable, poco ansiosa.

PREOCUPADA, DEPRESIVA: La persona que puntúa alto ante las dificultades presenta tendencia infantil a la ansiedad.

- **FACTOR Q1**

CONSERVADORA, RESPETUOSA DE LAS IDEAS ESTABLECIDAS: La persona que puntúa bajo confía en lo que le han enseñado a creer y acepta lo conocido.

ANALÍTICO-CRITICO, LIBERAL EXPERIMENTAL: La persona que puntúa alto suele interesarse por cuestiones intelectuales y dudar de los principios fundamentales.

- **FACTOR Q2**

DEPENDIENTE, BUENA COMPAÑERA Y DE FÁCIL UNIÓN AL GRUPO: La persona que puntúa bajo prefiere trabajar y tomar decisiones con los demás, le gusta y depende de la aprobación social.

AUTOSUFICIENTE, PREFIERE SUS PROPIAS DECISIONES: La persona que puntúa alto es temperamentamente independiente, acostumbrada a seguir su propio camino.

- **FACTOR Q3**

AUTOCONFLICTIVA, DESPREOCUPADA DE PROTOCOLOS: La persona que puntúa bajo no está preocupada por aceptar y ceñirse a las exigencias sociales.

CONTROLADA, SOCIALMENTE ACEPTADA, LLEVADA POR SU PROPIA IMAGEN: La persona que puntúa alto suele tener mucho control de sus emociones y conducta en general.

- **FACTOR Q4**

RELAJADA, TRANQUILA: La persona que puntúa bajo en algunas situaciones, su estado de mucha satisfacción le puede llevar a la pereza y el bajo rendimiento.

TENSA, FRUSTRADA, PRESIONADA: La persona que puntúa alto suele ser intranquila, irritable, impaciente.

3.3.3 Teoría de desarrollo de Abraham Maslow

La teoría de Abraham Maslow fue desarrollada con base en experimentos realizados a primates, Maslow observó que las necesidades son inherentes en los seres vivos. A partir de este principio, Maslow descubrió que existen necesidades que ocupan un lugar prioritario en los seres vivos. Este descubrimiento generó el desarrollo de la famosa pirámide de necesidades (Seelbach, G.A 2012). La estructura de esta pirámide comienza desde las necesidades básicas o vitales **YO IDEAL YO REAL YO FALSO** hasta las necesidades de trascendencia. La jerarquía de estas necesidades es la siguiente:

Necesidades fisiológicas: Estas necesidades mantienen al organismo con vida, incluyen la comida, el descanso, la eliminación de desperdicios, el equilibrio térmico y la homeostasis general del organismo. La satisfacción de estas

necesidades no es opcional, debido a que si no son cubiertas, el organismo tiene el riesgo de morir.

Necesidades de seguridad: Cuando las necesidades fisiológicas se encuentran cubiertas o en su mayoría están satisfechas siguen las necesidades de seguridad, que se refieren a la protección, la estabilidad, y el abrigo o refugio. Por ejemplo, el ser humano busca el refugio de un hogar; requiere de calor cuando la temperatura disminuye; incluso ahorrar forma parte de las necesidades de seguridad.

Necesidades de pertenencia: La característica de este tipo de necesidades es el requerimiento social; los amigos, la pareja o la familia forman parte esencial de estas necesidades. Según Maslow, este nivel se logra cuando las necesidades anteriores se encuentran cubiertas. El miedo al no cubrir esta necesidad es quedarse solo. A partir de este nivel en la pirámide de necesidades se ubican las necesidades 57 psicológicas, porque no son necesariamente vitales, es decir, el individuo no tiene el riesgo de morir si no son cubiertas completamente.

Necesidades de estima: Este tipo de necesidades están relacionadas con sentirse querido, para ello el ser humano busca el afecto o el reconocimiento de otros; por ejemplo, llamar la atención, tener reputación o estatus, o sentirse importante. La sensación de confianza y alcanzar logros forman parte de la satisfacción de estas necesidades.

Necesidades de trascendencia: Este último nivel es el más difícil de alcanzar, y no todos los seres humanos llegan a satisfacer estas necesidades. La trascendencia implica tener la sensación de que, paradójicamente, no se necesita nada; es una sensación que dura relativamente poco tiempo. Maslow investigó esta necesidad con base en personas que, según él, habían podido llegar a un nivel supremo o de autorrealización. Sin embargo, estas necesidades no son una meta inalcanzable o que se limiten a algunas personas específicamente, existen “momentos cumbre” como los denominó Maslow, en los cuales se alcanza este nivel, por ejemplo, el nacimiento de un hijo, la conclusión de algún proyecto importante, el reconocimiento de algún mérito, o incluso, el orgasmo en una

relación sexual. Maslow menciona que lo ideal es que las personas escalen esta pirámide de necesidades para llegar a ser felices, sin embargo a veces no es posible, debido a que la sociedad influye de tal manera que estas necesidades se pueden modificar o no lleguen a alcanzarse. Por ejemplo, una persona de escasos recursos se ocupará la mayor parte del tiempo en satisfacer las primeras necesidades que en llegar a la cúspide, aunque esto no es una regla ni una ley que tenga que cumplirse; el humanismo demuestra que el ser humano puede desarrollar sus potencialidades a pesar de las adversidades, como lo menciona Viktor Frank en su teoría llamada logoterapia, en la cual se pretende la búsqueda del verdadero sentido de la vida de cada persona.

Estas necesidades no tienen que alcanzarse forzosamente en orden desde el inicio hacia la cúspide, es decir, no implica un alcance ascendente, porque las necesidades fisiológicas nunca dejarán de surgir y satisfacerse (Seelbach, G.A 2012).

3.4. La teoría de la personalidad de Maslow

De acuerdo con Corbin(2017) Maslow añade a la teoría de Rogers su concepto de las necesidades. La teoría de este psicólogo gira en torno a dos aspectos fundamentales: nuestras necesidades y nuestras experiencias. En otras palabras, lo que nos motiva y lo que buscamos a lo largo de la vida y lo que nos va ocurriendo en este camino, lo que vamos viviendo.

Según Corbin(2017), la teoría de la personalidad de Maslow tiene dos niveles. Uno biológico, las necesidades que tenemos todos y otro más personal, que son aquellas necesidades que tienen que son fruto de nuestros deseos y las experiencias que vamos viviendo.

Sin duda, Maslow se asocia al concepto de autorrealización, porque en su teoría habla de las necesidades que tenemos las personas de desarrollarnos, de buscar nuestro máximo potencial. Y es que, según éste, las personas tienen un deseo

innato para autorrealizarse, para ser lo que quieran ser, y tienen la capacidad para perseguir sus objetivos de manera autónoma y libre.

En cierto modo, el modo en el que un individuo enfoque su autorrealización se corresponderá al tipo de personalidad que manifieste en su día a día. Eso implica que para Maslow la personalidad está relacionada con los aspectos motivacionales que tienen que ver con los objetivos y las situaciones que vive cada ser humano; no es algo estático que permanezca en el interior de la cabeza de las personas y se manifieste unidireccionalmente, de adentro hacia afuera, tal y como podría criticarse de algunas concepciones reduccionistas y deterministas de este fenómeno psicológico.

Corbin(2017) argumenta que las implicaciones de esto son claras: para estudiar la personalidad hay que conocer también el contexto en el que habitan las personas y el modo en el que este responde a las necesidades motivacionales de los individuos. Centrarse simplemente en administrar varios test para obtener una puntuación no nos da una visión acertada sobre esto, ya que se parte de un sesgo al considerar que la personalidad es lo que pueda ser captado por estas pruebas de recogida de datos. Se trata de un punto de vista parecido al que aplican al ámbito de las capacidades mentales psicólogos como Howard Gardner y Robert J. Sternberg, críticos con la concepción psicométrica de la inteligencia.

3.4.1 La personalidad autorrealizada

Maslow piensa que alcanzar las necesidades de autorrealización está en las manos de todo el mundo, sin embargo, son pocos los que lo consiguen. **Las personas que logran satisfacer sus necesidades de autorrealización son personas autorrealizadas.** Ahora bien, Maslow afirma que menos del 1% de la población pertenecen a esta clase de individuos.

Las personas autorrealizadas se caracterizan porque:

- Muestran un nivel alto de aceptación de sí mismos
 - Perciben la realidad de manera más clara y objetiva
 - Son más espontáneas
 - Piensan que las causas de los problemas son externas
 - Disfrutan de la soledad
 - Tienen una mentalidad curiosa y creativa
 - Disfrutan de experiencias cumbre
 - Generan ideas genuinas
 - Tienen un gran sentido del humor
 - Poseen un gran espíritu crítico y se rigen por valores éticos
 - Son respetuosas y humildes
 - Son tolerantes, no tienen prejuicios y disfrutan de la presencia de los demás.
- (Corbin, J.A. 2017)

3.5 La personalidad en el síndrome de Turner

Según Sartori y cols (2015), los rasgos de personalidad son estables en el tiempo y se constituyen en un factor distintivo del modo de enfrentarse y adaptarse a las diferentes circunstancias de la vida. Este concepto psicológico ha sido uno de los más estudiados a lo largo de la historia de la psicología y fue abordado desde diferentes líneas de pensamiento. Millon, es uno de los autores más relevantes en el área de la Psicología de la Personalidad, considera que una ciencia clínica comprensiva de la personalidad debe estar integrada por cuatro componentes básicos: teorías o esquemas conceptuales explicativos, una nosología formal, herramientas de evaluación e intervenciones psicoterapéuticas adecuadas (Sartori, 2015).

De esta forma la personalidad presenta dos fundamentos que la constituyen, uno biológico al que se denomina temperamento y otro social denominado carácter. El temperamento es la base biogenética de la personalidad e incluye el sustrato neurológico, endocrinológico y bioquímico desde el cual se forma la misma. Por su

parte el carácter implica las costumbres sociales de un momento y lugar específico, y refleja el punto hasta el cual una persona se ajusta y manifiesta según las tradiciones sociales y éticas de su sociedad.

Por lo tanto, el análisis de la personalidad debe centrarse siempre en torno a dos procesos: la interacción del individuo con las demandas de su medio ambiente y la interacción consigo mismo. Dicho análisis permite determinar si los patrones de conducta de una persona pueden ser estimados como normales o anormales considerando ambos conceptos como relativos, como gradientes dentro de una misma categoría (Sartori, 2015).

De esta forma, si bien 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, estas experiencias dependerán también en una gran medida de factores ambientales, como por ejemplo, los modelos sociales que se le presenten y de las pautas de refuerzo que adopten las personas significativas de su subgrupo social inmediato (Sartori, 2015).

La noción de refuerzo y de afrontamiento cobran por lo tanto, una importancia vital en la teoría biosocial-evolutiva de Millon al considerarse que la personalidad se configura o estructura en base a tres polaridades psicológicas que refieren a dichos procesos: la naturaleza de los reforzadores que los individuos han aprendido a buscar o a evitar (placer - dolor), la estrategia instrumental dominante (activo - pasivo) y la fuente fundamental de la que proviene el refuerzo (uno mismo - otros).

El estudio de la influencia de los factores biológicos y ambientales sobre el desarrollo humano se inscribe dentro de los nuevos aportes del paradigma biopsicosocial, el cual busca la comprensión de los procesos psicológicos a través de una visión integral que tiene en cuenta la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de las personas.

Sartori y cols (2015), en su estudio, encontraron que la probabilidad de padecer trastornos de personalidad en las mujeres con diagnóstico de ST es superior

(entre una y diez veces, dependiendo del trastorno) para todas las escalas de personalidad básica en relación a la muestra clínica normativa de mujeres españolas utilizada en la construcción y validación del MCMI-II en su versión española, siendo las **escalas Autodestructiva, Compulsiva y Antisocial** aquellas que presentan la prevalencia y la probabilidad más alta de encontrarse en mujeres con diagnóstico de ST.

La Escala Autodestructiva describe a personas que se caracterizan por mantener relaciones sociales de tipo obsequiosa y autosacrificada permitiendo e incluso fomentando, que las demás personas se aprovechen de ellas o las exploten. Presentan por lo general indicadores de una conducta modesta, intentando pasar desapercibidas e intensificando así su sensación de ser inferior a los demás.

Al mismo tiempo, es frecuente que expresen sentirse inferiores a los demás teniendo la necesidad de pasar desapercibidas en diferentes situaciones, sobre todo aquellas de carácter social. Por su parte, la Escala Antisocial describe a personas que se caracterizan por actuar con el fin de contrarrestar el dolor y la depreciación de otros por medio de comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo.

Implica personas impulsivas y competitivas que ven el mundo como un lugar donde cada persona debe luchar por sí misma, llegando a desconfiar siempre de los demás. La agresividad es el modo defensivo que encuentran frente a la hostilidad y la manipulación que infieren de parte de los demás (Millon, 1999b, citado en Sartori y cols).

En cuanto a las mujeres con diagnóstico de ST la literatura expresa que el miedo y la desconfianza son signos frecuentes durante su desarrollo, mostrándose escépticas en relación a las intenciones de los demás, evitando, en muchas ocasiones, las relaciones interpersonales (Kagan-Krieger, 2001; Starke, Albertsson-Wikland&Möller, 2003; citados en Sartori y cols).

CAPÍTULO IV. DESARROLLO DEL ADULTO NORMAL

El ciclo de vida adulta ha sido dividido en tres periodos de edad: juventud o edad adulta temprana (los veinte y los treinta), madurez o mediana edad (los cuarenta y los cincuenta y vejez o edad adulta tardía (de los sesenta en adelante).

El significado de la adultez

La vida adulta significa cosas diferentes para personas distintas. Para un niño significa privilegios especiales como poder permanecer despierto hasta tarde o no tener que ir a la escuela; para los padres del niño, significa actuar de manera madura y asumir responsabilidades. Para un adolescente la vida adulta significa ser uno mismo, tener un departamento y liberarse del control de los padres.

Dimensiones sociales

Cualquier otra cosa que sea, el significado principal de la vida adulta es social. Uno no puede declararse adulto, sino que es percibido como tal. Inevitablemente esta percepción refleja a una persona madura, racional y responsable. Resulta inconcebible llamar adulta a una persona indisciplinada, irracional, en quien no puede confiarse y que es socialmente irresponsable.

Dimensiones biológicas

El diccionario define al adulto como aquel que ha alcanzado su tamaño y fuerza plenas; una persona totalmente desarrollada. Esta definición implica madurez biológica, alcanzar los límites del desarrollo físico y la capacidad reproductiva.

Dimensiones emocionales

Ser adulto también incluye la madurez emocional. Implica un alto grado de estabilidad emocional, incluyendo un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo. Otro requisito de la vida adulta es romper los vínculos de dependencia infantil de los padres y funcionar de manera autónoma

Dimensiones legales

La ley intenta diferenciar lo que debería y lo que no debería formar parte de los derechos y responsabilidades de los adultos. Para ello designa edades cronológicas en que se garantizan los privilegios y también se requiere el cumplimiento de las obligaciones.

Los estados se atribuyen el privilegio de decidir la edad en que la gente puede recibir otros derechos; por ejemplo, la edad en que se puede comprar bebidas alcohólicas, obtener una licencia para conducir o casarse sin autorización de los padres; también deciden la edad legal para hacer contratos válidos, obtener créditos, disponer de propiedades o ser acusados en las cortes como adulto.

Un problema de que la ley decida el estatus adulto es que la edad cronológica no siempre es el mejor determinante de la capacidad. Alguien de 18 años puede ser elegible para votar pero ser completamente incompetente para hacerlo la única ventaja de otorgar derechos automáticos a los 18 años es que todos son tratados por igual. Aunque la ley puede conferir el estatus adulto de cierta manera, el sujeto puede no ser un adulto en otros sentidos.

Transición a la vida adulta

4.1 Socialización

Una parte importante del proceso de convertirse en adulto es la socialización que le acompaña. La socialización consiste en aprender y adoptar las normas, valores, expectativas y roles sociales requeridos por un grupo particular. Es el proceso que prepara a una persona para vivir en compañía de los demás.

Parte de la socialización es anticipatoria. Consiste en preparar a la gente para realizar ciertas tareas; un ejemplo de ello es la educación para una profesión específica. En otras ocasiones se requiere de una resocialización. Un adulto puede tener que reaprender o aprender algo nuevo en anticipación de una nueva tarea o rol. Así, un graduado universitario puede tener que regresar a la escuela antes de tomar un trabajo que requiere de conocimiento adicional. La

resocialización puede requerirse por cambios en roles, transferencias ocupacionales, cambios en la estructura familiar, reubicación, retiro o por otras razones. La socialización no es exclusiva de niños y adolescentes que se preparan para la vida adulta, sino que ocurre a lo largo de la vida adulta, particularmente durante los periodos de transición y preparación para nuevas experiencias

Tareas del desarrollo

Convertirse en adulto también exige completar de manera exitosa una serie de tareas del desarrollo, que son “tareas que surgen en cierto periodo de la vida del individuo, cuyo cumplimiento exitoso lo lleva a la felicidad y al éxito en tareas posteriores, y cuyo fracaso produce la infelicidad del individuo, la desaprobación de la sociedad y la dificultad para cumplir tareas posteriores”. Cada sociedad define las tareas que deben ser cumplidas y la edad en que deben serlo. Una vez que esas tareas son cumplidas, el individuo puede entrar en otro periodo o fase de la vida.

Los veinte y los treinta

Convertirse en adulto supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos entre ellos y desarrollar una personalidad plena.

Una tarea importante que debe cumplirse para convertirse en adulto maduro es desarrollar la capacidad para tolerar las tensiones y frustraciones. Estas deben reconocerse como parte de la vida y ser superadas o aceptadas sin hostilidad y agresión desmedidas. La capacidad para controlar las emociones es una prueba del grado de madurez logrado.

La mediana edad

Llega el día en que muchos adultos se dan cuenta de que están fuera de forma; no pueden correr tan rápido, cargar pesos o realizar mucho ejercicio físico sin cansarse. Algunas mujeres equiparan la pérdida de la capacidad reproductiva que tiene lugar en la menopausia con la pérdida de la sexualidad y la juventud. Esos

cambios físicos hacen necesario que se realicen ajustes psicológicos y en el estilo de vida y los hábitos de salud para mantenerse tan delgado y saludable como sea posible. (Rice, P. 1997)

Capítulo V METODOLOGÍA

5.1 MUESTRA

La selección de la muestra fue de conveniencia, no probabilística e intencional y estuvo conformada por 2 mujeres adultas con diagnóstico clínico de ST (determinado a través de un estudio cariotípico), con edades comprendidas entre 31 y 34 años, que prestaron su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

En una primera instancia se estableció contacto virtual con la Asociación de Síndrome de Turner sin fines de lucro de México que se dedica al apoyo y contención de mujeres con diagnóstico de ST, informándole los objetivos del trabajo y solicitándole autorización para invitar a sus miembros a participar del mismo.

Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de las participantes.

5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de la República Mexicana
- Edad: 30 a 35
- Mujeres diagnosticadas con síndrome de Turner

5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres extranjeras
- Edad adolescente
- Mujeres sin estudio cariotipo
- Mujeres sin ninguna alteración cromosómicas

5.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizará el modelo de investigación cuantitativo, ya que esta investigación permitió conocer los rasgos de personalidad de los sujetos participantes, se utilizó un cuestionario para medir estos atributos

5.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, ya que se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, es decir, se pretende dar una descripción de cada una de las personas participantes para nuestra investigación, a través de una reseña biográfica.

5.6 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- **Test de personalidad de los 16 factores de Cattell (16 FP)**

FICHA TÉCNICA

Nombre original: "Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) "Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, U.S.A.

Autor: R.B.Cattell

Nombre de la adaptación española: Cuestionario factorial de personalidad 16 FP.

Administración: Individual y Colectivo.

Duración: variable 45 a 60 minutos.

Aplicación: Adolescentes (16 años en adelante) y adultos.

Significación: Apreciación de dieciséis rasgos de primer orden y cuatro de segundo orden de la personalidad; posible medida de la distorsión motivación en las formas A, C y D, y de la negación en la forma A.

Descripción general: El 16 PF, es un instrumento de valoración objetiva y es un cuestionario para medir dimensiones normales de la personalidad en muy corto

tiempo. Es el único cuestionario que se diseñó, científicamente, desde una visión no patologicista. La teoría de la personalidad de Cattell se enmarca dentro de las teorías psicoestadísticas o psicología de los rasgos, también llamado psicométrico.

DISEÑO Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

DISTRIBUCIÓN DE LOS ELEMENTOS

Los elementos están ordenados aproximadamente de forma cíclica, de acuerdo con un plan que facilite la corrección con una sola plantilla y ofrezca cierta variedad e interés en su tarea.

TIPOS DE RESPUESTA:

Cada elemento tiene 3 alternativas, puesto que la situación de elección forzada entre dos alternativas (eliminando la situación de compromiso del término medio) y puede motivar una cierta aversión hacia el cuestionario por parte de algunos sujetos.

- **Historia de vida o biografía de vida**

Es una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación. Es utilizada en diferentes contextos y disciplinas, como en la terapia ocupacional y la psicoterapia, o en las investigaciones de tipo sociológico, psicológico o antropológico.

Se estructura en base a los siguientes apartados (Peña-Casanova, Jordi; et al., 1999):

- ¿Quién soy yo? Datos básicos como el nombre, la dirección, el teléfono.
- Mi infancia. Desde datos como la fecha de nacimiento, lugar, y el nombre de los padres, hasta juegos y juguetes, amistades, escuela, hermanos, etc.

- Mi adolescencia y juventud. Primer trabajo, amistades, ocio, amores, noviazgo.
- Mi madurez. Boda, hijos, trabajo/s, coche/s, vivienda, aficiones, vacaciones.
- Así soy ahora. Últimos años de trabajo, jubilación, estado actual de la familia, entorno actual.
- El antes y el ahora. Comparación en primera persona, así como con la pareja, los hijos, y otras relaciones significativas.
- El día a día. Qué hago en un día o semana normal, cómo es mi casa o residencia, mi habitación,
- Mis cosas. Aficiones actuales, películas de interés, manualidades, qué tipo de juegos, libros, gastronomía.

Procedimiento del estudio: se asistió a una asociación del síndrome de Turner, ubicada en la ciudad de México, en la cual se tiene libre autorización para interactuar con las integrantes de estas para poder realizar la evaluación de personalidad.

CAPÍTULO VI. BIOGRAFÍAS

6.1 Biografía de A.D.G.

MI nombre es A.D.G, nací un 24 de noviembre de 1985, siendo la hija menor de dos. El nombre de mi hermano es José Alberto y mis padres se llaman Susana Gutiérrez Valdés y José Reynaldo Díaz Yllescas. Nací un mes antes de lo previsto, por lo que me tuve que quedar en el hospital aproximadamente dos semanas antes de que pudieran darme de alta.

Crecí en un ambiente familiar sano, con una familia funcional (mis padres siguen casados), con algunos problemas a veces (como todos), pero sin nada que marcara algún recuerdo fuerte en mi vida. La relación con mi hermano siempre fue buena, de igual manera, de niños y adolescentes peleábamos algunas veces, pero nada fuera de las peles “normales” de hermanos; siempre hemos sido cercanos y nos preocupamos mucho el uno por el otro. La relación con mis padres también ha sido buena, mi madre dejó de trabajar cuando yo nací, por lo que siempre estuvo al pendiente de nosotros. Mi padre tenía dos trabajos, por lo que prácticamente no lo veía mucho, más que los fines de semana que salíamos, y la mayoría del tiempo él estaba con mis tíos y yo jugando con mi hermano y primos. A pesar de esto, siempre me he identificado más con él, y cuando se jubiló la relación se volvió más cercana.

Tuve una infancia completamente normal, siempre fui una niña muy sana (con las enfermedades propias de la infancia), inclusive mi hermano era más enfermizo que yo. Siempre fui la más pequeña del salón desde el kínder, sin marcar una notable diferencia de tamaño entre mis demás compañeros. Siempre iba a controles con el médico familiar y lo que mencionaba es que como mis papás no son muy altos, yo no iba a ser muy alta. Fue hasta 5° año de primaria aproximadamente (11 años) que ya se notaba una diferencia muy notable de estatura con mis demás compañeros de clase.

En relación a problemas de bullying, fui muy afortunada, ya que siempre tuve compañeros que me cuidaban y protegían, era algo así como la consentida del

salón. Esto aunado a que siempre he tenido un carácter fuerte (herencia de mi padre), no hacía caso las pocas veces que me llegaban a molestar, por lo que ya después no me decían nada.

Me consideré una estudiante inteligente, ya que no necesitaba estudiar demasiado algo para aprenderlo, con una o dos leídas era más que suficiente para grabarme las cosas. Aprendí a hablar aproximadamente a los dos años y siempre fui una niña inquieta. Las matemáticas se me dificultaban un poco, pero siempre pasaba los exámenes, aunque no son de mi agrado. Las materias de español, literatura e historia siempre fueron mis favoritas. No fui una estudiante brillante, siempre saqué calificaciones entre 8 y 10, pero tampoco fui matada, no me la vivía estudiando.

A los 12 años, en los chequeos generales que nos hacían médicos en la escuela, mandaron llamar a mi mamá por mi estatura, solicitándole que me llevara al médico a hacerme un chequeo más específico, ya que mi estatura era inferior al mínimo promedio para mi edad. Fuimos con el médico familiar, y comentó que efectivamente notaba una baja estatura, pero que no consideraba que fuera nada malo, por lo que me mandó a hacer estudios generales para descartar problemas. En los estudios de laboratorio relacionados a hormonas los estudios salieron muy alterados, por lo que pensó que se habían equivocado y me los volvió a mandar hacer, y nuevamente los resultados salieron alterados, por lo que me mandó con el endocrinólogo.

Fui tratada en el ISSSTE, y a partir de este momento, la endocrinóloga me mandó a hacer estudios aproximadamente un año, de diversos órganos (cerebro, corazón, tiroides), ya que no daban con lo que tenía (aparte de que los procesos para los estudios son tardados). Mi padre, preocupado debido a que no daban con el diagnóstico, le platicó a un compañero de trabajo que yo estaba enferma y que no daban con el diagnóstico. Su amigo lo contactó con un endocrinólogo pediatra del DIF, con el cual acudí, y este al verme le comentó a mi mamá que yo tenía Síndrome de Turner, y le hizo una carta a la endocrinóloga del ISSSTE,

solicitándole que me hicieran un cariotipo y otros estudios más (de audición, riñones, corazón).

La doctora vio la carta, y me mandó a hacer el cariotipo primero, siendo el Síndrome de Turner el diagnóstico que me aquejaba. Nunca había escuchado hablar de ese síndrome, pero me explicaron a mí y a mis padres detalladamente cuales eran las características y complicaciones de esta condición médica, las cuales en mi caso eran mínimas. No recuerdo realmente que mis padres hayan tomado mal el diagnóstico, ni cambiaron conmigo, fue más un alivio el saber que ya había un diagnóstico y empezar a ser tratada.

A partir de ese momento, me canalizaron al hospital López Mateos, a endocrinología. En la primer consulta la doctora me explicó de nuevo en lo que consistía el Síndrome de Turner, y que tenía que empezar a inyectarme la hormona de crecimiento, y que me iba a ayudar a crecer, también me quitó el azúcar, ya que la hormona de crecimiento inhibe la función de la insulina, por lo que podía correr el riesgo de volverme diabética si consumía azúcar mientras estaba en tratamiento con la hormona de crecimiento.

Comencé con la hormona de crecimiento, estando en tratamiento durante 3 años, y la doctora me hacía chequeos primero semanales, luego quincenales, mensuales, semestrales, etc. y de igual manera fue subiendo la dosis. De igual manera me mandaba a hacer estudios periódicamente para checar que todo estuviera bien. La hormona de crecimiento fue un gran apoyo para mí, ya que al inicio del tratamiento medía 1.35 cm y termine midiendo 1.50 cm.

A los 15 años, la endocrinóloga me mandó a sacar unas radiografías y ahí salió que mis cartílagos ya no iban a crecer más, por lo que empecé con la terapia de sustitución hormonal, la cual sigo tomando regularmente hasta ahora. Continué el seguimiento hasta los 18 años, que me cubría el seguro por parte de mi papá mediante el ISSSTE.

Periódicamente, una vez al año, me hago estudios para checar que no tenga problemas, y ante cualquier síntoma acudo a mi médico familiar. Actualmente, por el trabajo cuento con IMSS.

Regresando a la cuestión escolar, hice la secundaria y la prepa en los 3 años establecidos para cada una, y terminando estudié la Licenciatura de Relaciones Internacionales, en la UNAM. La carrera duró 4 años y medio, y aproximadamente al año y medio de terminar los créditos me titulé.

Aproximadamente en 2014, encontré en Facebook la página de la Asociación Síndrome de Turner, de la cual me hice miembro y comencé a acudir a terapia en grupo de chicas con la misma condición, pero desafortunadamente se suspendió por falta de asistencia. Aun así he seguido en contacto con las chicas y he acudido a algunas actividades de integración que realizan, en 2016, en octubre acudí al Congreso Internacional de Síndrome de Turner, en Cancún.

En cuanto a lo laboral, aproximadamente a los 6 meses de titularme (julio 2009), encontré trabajo en una agencia de monitoreo de medios de comunicación, donde trabajé como monitorista por 3 años, donde también conocí a mi pareja, Jorge Covarrubias, con quien vivo actualmente. Posteriormente, en 2013 por un compañero de la carrera, entré a trabajar a Caminos y Puentes Federales de Ingresos y Servicios Conexos, donde laboro actualmente como supervisora de dispositivos ITS (cámaras, paneles y radares que actualmente se encuentran a lo largo de la autopista).

6. 2 Biografía de E.A.C.

Fecha De Nacimiento: 7-Enero-1983, Edad: 34 años, Lugar de Nacimiento: CDMX

Mis padres son David Alcaraz Soto y Rosa María Carranza León, fui una niña deseada, nací por cesárea en general tuve una infancia, adolescencia y estoy

teniendo una adultez feliz y normal, en la adolescencia no fui rebelde en el ámbito escolar yo asistí a el kínder cuando tenía 4 años a los 6 entre a la primaria y cuando tenía 8 años fue cuando me diagnosticaron el SÍNDROME DE TURNER me llevaron con el endocrinólogo y en genética ya que notaron que mi crecimiento no era normal para mi edad y me mandaron a hacer estudios y tiempo después me canalizaron a un psicólogo para apoyo con el tratamiento médico . También cuando entre a la primaria nació mi hermana ella y yo nos llevamos con seis años.

Yo para poder tener mi ciclo menstrual tomo progyluton desde los 12 años que me fue recomendado por la doctora de genética.

A la edad de 12 años inicié la educación secundaria. Posteriormente estudié una carrera corta en Técnico Profesional En Puericultura y durante toda mi etapa de estudios considero que tuve un buen desempeño aunque las matemáticas si se me complicaban un poco. En el ámbito laboral entré a trabajar en el CENDIOliver del Conde .En esa etapa también revalidé materias para tener mi bachillerato seguí trabajando y actualmente trabajo en el CENDIJalalpa y estoy estudiando la licenciatura en educación preescolar.

Con mi papá me llevo súper bien lo quiero mucho, es mi máximo.

Con mi mamá tengo algunas diferencias pero se solucionan rápido y la quiero también mucho.

Con mi hermana también difiero en situaciones. Ella desde enero ya no vive con nosotros, se juntó con su novio, la extraño porque siempre estábamos los 4 juntos y también la quiero mucho.

Se podría decir que somos unidos.

A mi novio me lo presentó una amiga, me llevo bien con él, nos vemos 3 veces a la semana.

Capítulo VII. RESULTADOS

El análisis de los datos de los 16 FP se hizo utilizando la plantilla para la hoja de respuestas y la hoja de respuestas las cuales se cotejan sumando el valor que coincida entre la plantilla y la repuesta que dio el sujeto al que se aplicó la prueba, después de obtener las puntuaciones brutas estas convierten a puntuaciones estenes con la tabla de normas mexicanas para adultos femeninos (forma a) los cuales también se grafican en la hoja de perfil del cuestionario y es así como se obtiene el resultado final.

Se evaluaron a 2 mujeres con síndrome de Turner de 31 y 34 años, obteniendo los siguientes datos de los 16 factores que evalúa la prueba. Los resultados se muestran en la siguiente tabla (2).

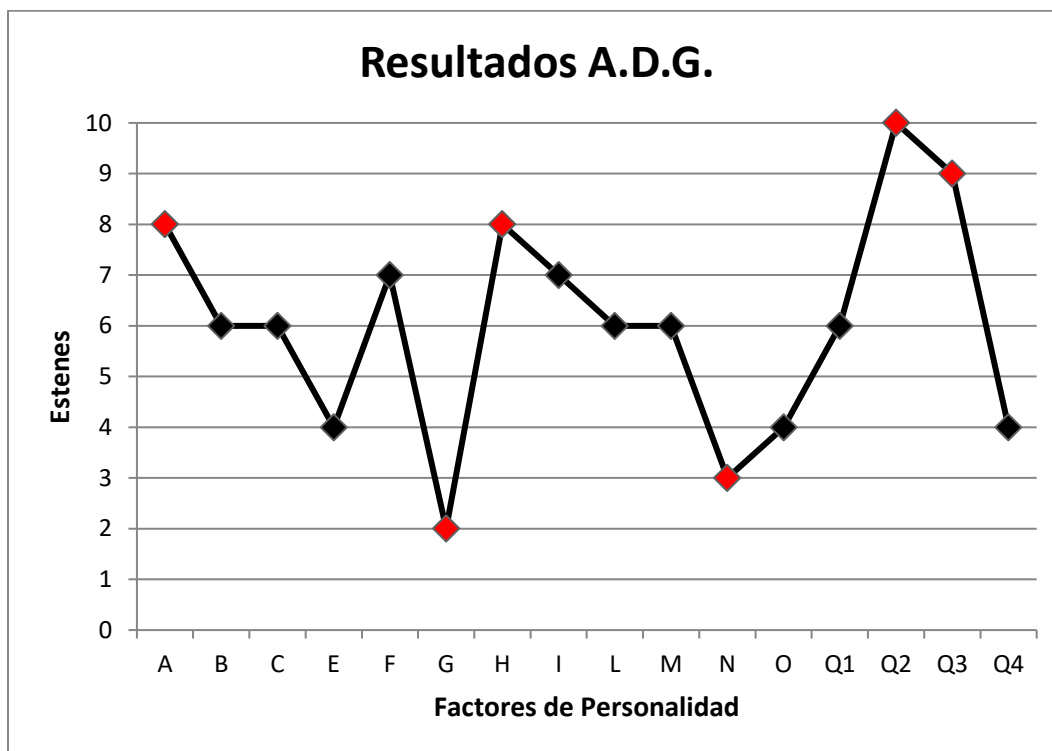
Tabla 2. Resultado general de los datos

Factor	ADG	EAC
A Expresividad emocional	8	7
B Inteligencia	6	4
C Fuerza del Yo	6	2
E Sumisión/Dominancia	4	6
F Impulsividad	7	6
G Fortaleza superyoica	2	7
H Tímido/Aventurero	8	6
I Emotividad	7	9
L Confiado/Desconfiado	6	6
M Objetividad/Subjetividad	6	3
N Ingenuidad/Astucia	3	4
O Conciencia	4	8
Q1 Posición social	6	4
Q2 Certeza individual	10	3
Q3 Incontrolado/Controlado	9	6
Q4 Estado de ansiedad	4	8

Como se observa en la tabla 2, los resultados son similares en el factor A, F, L y N, esto quiere decir que las dos mujeres se muestran expresivas, cariñosas, impulsivas, un poco despreocupadas, entusiastas; desconfiadas en ocasiones, ingenuas, sin pretensiones, sinceras pero socialmente torpes.

7.1 Análisis de individual del caso ADG

Gráfica 1. Resultados de A.D.G.



Como se observa en la gráfica 1, los factores que sobresalen en A.D.G. son **A, G, H, N, Q2, Q3**, ya sea porque se encuentren en una puntuación baja o alta, lo cual nos indica que:

Factor A (8+): se ha demostrado que los individuos con puntuación elevada en A tiene mayores fluctuaciones diarias del estado de ánimo. En lugar de ello, el polo A+ se conoce ahora como affectothymia, que se refiere a la tendencia a una expresión apropiada pero empalagosa en afecto (sentimiento). Las características

más consistentes de la affectothymia son despreocupación, emociones accesibles, intereses en las personas, predominio del afecto y otros.

En este primer factor la participante A.D.G durante las entrevistas, principalmente muestra una despreocupación, se muestra muy afectiva (de las 2 participantes es la que lleva la plática), tiene un gran interés por el proceso de evaluación

Factor G (2 -): Las personas con bajas puntuaciones en factor G tienden a tener propósitos poco firmes, a menudo son inconstantes y carentes de esfuerzo para las empresas grupales y las demandas culturales.

Cattell proporcionó los siguientes adjetivos descriptivos para los individuos con baja puntuación en G: inconstantes, inestables, frívolos, inmaduros, relajados, indolentes, poco escrupulosos, descuidados en sus tareas sociales, volubles.

En este factor G la personalidad de la participante A.D.G. coincide con la característica de que es una persona relajada ya que tranquilamente contestó la prueba y preguntas que se le realizaron así como también sin ningún problema seguía la plática que surgió al terminar la evaluación y su entrega de resultados

Factor H (8+): La persona H+ muestra poca inhibición ante la amenaza ambiental y, de manera incidental, se le califica como “floja” durante su infancia y como “recia” en sus interacciones sociales. Esta falta de susceptibilidad constitucional a la inhibición genera a su vez la conducta audaz en situaciones peligrosas de índole social, sexual, emocional y física que presenta en los individuos H+.

Los individuos con puntuación alta en el factor H son sociables, atrevidos, están dispuestos a intentar nuevas cosas, son espontáneos y abundantes en sus respuestas emocionales. Su apariencia recia les permite enfrentar el desgaste que implica el trato con la gente y las situaciones emocionales abrumadoras sin presentar fatiga. Pero pueden ser descuidados en los detalles, ignorar las señales de peligros y consumir demasiado tiempo hablando. Tienden a presionar a los demás y se interesan de manera activa en el sexo opuesto.

En este factor se puede describir a la participante A.D.G. como una persona sociable, con disposición a intentar nuevas cosas en su vida, con una personalidad de carácter dinámico.

Factor N (-): Existen cualidades positivas en bajas puntuaciones del factor N en cuanto a la autenticidad emocional cándida, la franqueza completa y la sinceridad espontánea.

Existen otras indicaciones que los individuos con puntuaciones más bajas en N producen mayor confianza y agrado, quizás en particular en niños.

Por otra parte, se considera que los individuos con baja puntuación en N retrasan y obstaculizan los procedimientos, tienen una enorme calidez natural y un agrado genuino por las personas, carecen de complicaciones; son sentimentales y llanos en su enfoque hacia los demás.

El propio Cattell listó los siguientes adjetivos como descripciones de N-: socialmente torpes, desmañados, con mentalidad indefinida y sentimental, que buscan la compañía, carecen de independencia en gustos, de insight sobre sí mismos y son cándidos.

En este factor se muestra a la participante A.D.G. como una persona que desde el primer momento se muestra tal cual es por lo cual causa confianza y agrado en las personas que la conocen, así como también se muestra una persona que posee calidez y agrado por las demás personas, que puede llegar ser sentimental posiblemente a causa de los hecho que le sucedan.

Factor Q2 (+):En dinámicas de grupo, la persona con puntuación elevada en Q2 esta sensiblemente menos satisfecha con la integración grupal.

Los individuos con puntuaciones con puntuaciones altas en el factor Q2 son independientes en sentido temperamental, están acostumbrados a seguir su propio camino, tomando decisiones y acciones por si solos. No consideran la opinión pública, pero no necesariamente son dominantes en sus relaciones con los demás; de hecho, pueden estar renuentes a pedir ayuda a otras personas; no

sienten desagrado por la gente, sino que simplemente no necesitan de su aceptación a apoyo.

En el factor Q2 nuestra participante A.D.G. se muestra como una persona que de alguna manera ya es independiente, que toma sus propias decisiones sin que le afecte lo que las demás personas piensen, es muy elocuente, desenvuelta socialmente, no tiene ninguna dificultad en entablar una conversación y hacer amistad.

Factor Q3 (+): según la carga de reactivos, la persona Q3+ presenta respuestas de carácter socialmente aceptadas, autocontrol, persistencia, previsión, consideración hacia los demás, escrupulosidad, atención a la etiqueta y a la reputación social. En dinámicas de grupo, una elevada puntuación en Q3 señala a las personas que serán elegidas como líderes (cattell y stice, 1954), pero inclusive en mayor grado a aquellos que de manera rutinaria son líderes eficientes más que solo populares.

Las personas con puntuaciones altas en el factor Q3 tienden a presentar un fuerte control de sus emociones y conducta general, se inclinan a ser socialmente conscientes y cuidadosos, y muestran evidencia de lo que por lo común se denomina respeto propio y elevada preocupación por la reputación social; empero, en ocasiones tiende a ser perfeccionista y obstinados.

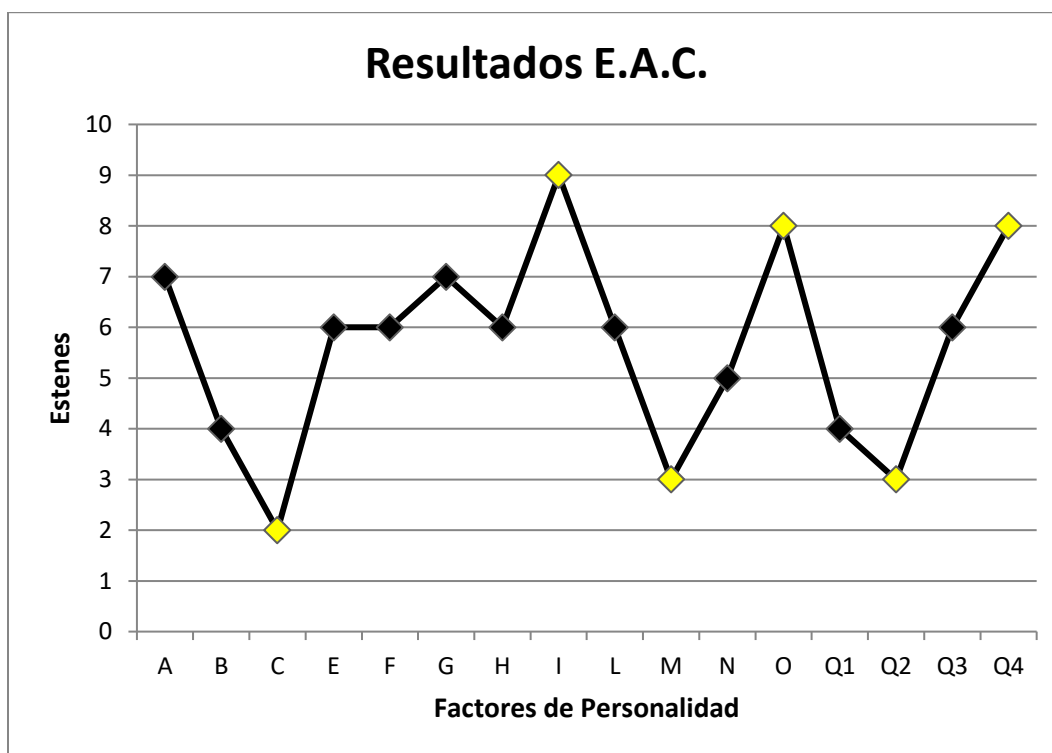
En este último factor se muestra a A.D.G como una persona persistente, con cierto grado de control de sus emociones, socialmente responsable con posibles tendencias a ser perfeccionistas

Según la teoría de Maslow estas personas tienen que buscar la satisfacción de su necesidad básica conforme a su satisfacción de las necesidades menores a la primordial en nuestras participantes se puede decir que la necesidad primordial es buscar la satisfacción de su necesidad de seguridad por la condición de síndrome de Turner que presentan y así sucesivamente las demás escalas serán completadas para llegar a la autorrealización, ahora en específico con la participante A.D.G. se puede decir que la escala que aún le faltaría satisfacer

según el rasgo más bajo que es N cotejado con la escala sería la de seguridad, siguiendo ahora con el rasgo más alto que es Q2 cotejado con la escala sería que ya satisfizo su necesidad de reconocimiento o esa fue menor a la necesidad que necesite satisfacer en estos momentos para llegar a la autorrealización y así volverá empezar este proceso ya que como dice la teoría el sujeto siempre va estar buscando satisfacer sus necesidades que le vayan surgiendo y llegar a una satisfacción que le de tranquilidad al sujeto

7.2 Análisis de individual del caso EAC

Gráfica 2. Resultados de E.A.C.



Como se observa en la gráfica 2, **los factores que sobresalen en E.A.C. son C, I, M, O, Q2, Q4** lo que nos indica:

Factor C (-): La persona con bajas puntuaciones en el factor C tiende a presentar baja tolerancia a la frustración en condiciones insatisfactorias, cambiantes o plásticas; evade las demandas necesarias de la realidad; se fatiga de manera neurótica, es impaciente, se molesta y conmueve con facilidad; esta insatisfecha; tiene síntomas neuróticos (fobias, trastornos del sueño, quejas psicósomáticas, etc.). La puntuación baja en el factor C es común a todas las formas de trastorno neurótico y en algunos trastornos psicóticos. Alguien con baja puntuación en C revela que carece de energía, tiene temores irracionales y problemas para dormir; además, muestra cierto resentimiento probablemente incongruente hacia los demás.

En este factor la participante E.A.C. se muestra como una persona que puede conmovirse ante cualquier situación, tiene un cierto grado de respeto hacia sus padres y ante una situación difícil con ellos un cierto grado de miedo a perder su confianza y cariño.

Factor I (+): en diversos estudios del cuestionario, la persona premsica L+ ha mostrado melindroso desagrado por las personas toscas y las ocupaciones rudas; agrado romántico por viajar y tener nuevas experiencias; mentalidad lábil, un tanto irreal, imaginativa y estética; amor por lo dramático y cierta cualidad poco practica en sus asuntos generales.

Los individuos con altas puntuaciones en el factor L tienden a ser sensibles en términos emocionales, a fantasear, son artísticamente melindrosos y extravagantes. En ocasiones demandan atención y ayuda, son impacientes, dependientes, temperamentales y poco realistas; les desagradan las personas toscas y las ocupaciones rudas. En grupo, a menudo son proclives a hacer más lento el trabajo y a alterar el ánimo general al ser indebidamente problemáticos.

Cattell mencionó los siguientes adjetivos como descripciones de L+. A aquellos asociados con L+ los presento como demandantes impacientes, dependientes, inmaduros, amables, gentiles, melindrosos en sentido estético, introspectivos, imaginativos, gregarios, buscadores de atención, frívolos e hipocondriacos

En este factor la participante E.A.C. como una persona sensible emocionalmente, un tanto independiente ya que sigue viviendo con sus padres, un tanto inmadura, amable y gentil.

Factor M (-): En 1957, Cattell enumeró una serie de adjetivos que expresaban su concepto acerca de las personas M- como convencionales, poco interesadas en el arte, prácticas y lógicas, escrupulosas, preocupadas, ansiosas, alertas, equilibradas, con fuerte control e intereses más estrechos.

En el factor M se describe a la participante E.A.C. se muestra como una persona preocupada, ansiosa principalmente cuando se encuentra en conflicto con los padres y alerta ante cualquier situación

Factor O (+): como señalan los reactivos en el cuestionario, la persona O+ siente que es inestable, informa una fatiga extrema producida por situaciones emocionales, es incapaz de dormir debido a la preocupación, se siente imposibilitada de satisfacer las duras demandas cotidianas de la vida, se desmoraliza con facilidad y siente remordimiento, cree que las personas no son tan morales como deberían, se inclina al recogimiento, prefiere libros e intereses tranquilos a las personas y al ruido, muestra una mezcla de síntomas hipocondriacos y neurasténicos, pero con mayor prominencia de fobias y ansiedades.

En el factor O la participante E.A.C. se muestra como una persona que se desmoraliza con facilidad y siente remordimiento, con una tendencia a las ansiedades principalmente si se trata de un conflicto con sus padres.

Factor Q2 (-):Q2- vemos a una persona que sigue al grupo, depende en definitiva de la aprobación social, es convencional, y está a la moda.

Los individuos con puntuaciones bajas en el factor Q2 prefieren trabajar y tomar sus decisiones con otras personas, gustan y dependen de la aprobación y admiración social, tienden a seguir al grupo y pueden carecer de resolución

individual, no necesariamente son gregarios por elección, más bien es posible que necesiten apoyo del grupo .

En este factor la participante E.A.C. se muestra como una persona dependiente de la aprobación social pero principalmente de sus padres, prefiere tomar decisiones con ayuda de alguien más, tiende a carecer a tomar sus propias decisiones, la entrevista personal, confirmo estas características de E.A.C., ya que ella se mostró tímida, reservada, diálogo escueto, de “palabras cortas”

Factor Q4 (+): es mejor interpretar las altas puntuaciones en Q4 como una energía del ello excitada en grado mayor a la capacidad de fortaleza yoica para descargarla y que, por tanto, se dirige de manera inapropiada, se convierte en trastornos psicosomáticos, ansiedad, etc., y, en general, perturba la aplicación firme y el equilibrio emocional. Por esta razón, términos tales como “presión del ello” o “impulso frustrado”- o, de manera más exacta, el término presente de tensión ergica (en conceptos dinámicos cuantitativos)- expresan mejor su naturaleza que vocablos anteriores y metáforas tales como tensión. Si se consideran las puntuaciones elevadas tanto en personas normales como en pacientes psiquiátricos, se debe tener en mente que el impulso no descargado puede estar en función de a) el nivel de frustración y dificultad situacional, ambiental; al igual que, b) cierta incapacidad temperamental (ya que q4 muestra alguna influencia hereditaria) del yo para manejar la descarga de modo suficientemente adecuado, inclusive en un ambiente de dificultad normal.

Los individuos con altas puntuaciones en el factor Q4 tienden a ser tensos, inquietos, impacientes y exigentes, con frecuencia están fatigados, pero no pueden permanecer inactivos. Su frustración representa un exceso de impulso estimulado, pero sin descargar; por otra parte, el nivel extremadamente elevado de tensión puede perturbar el desempeño escolar y laboral.

En este último factor Q4 la participante E.A.C. La participante se muestra como una persona con una energía del yo descargada en la ansiedad que puede llegar a perturbar su estabilidad emocional, todo esta energía liberada se debe a la

frustración y la dificultad de la situación que se le presente, cierta incapacidad temperamental para que el yo descargue de manera adecuada la energía acumulada.

Según la teoría de Maslow estas personas tienen que buscar la satisfacción de su necesidad básica conforme a su satisfacción de las necesidades menores a la primordial en nuestras participantes se puede decir que la necesidad primordial es buscar la satisfacción de su necesidad de seguridad por la condición de síndrome de Turner que presentan y así sucesivamente las demás escalas serán completadas para llegar a la autorrealización, ahora en específico con la participante E.A.C. se puede decir que la escala que aún le faltaría satisfacer según el rasgo más bajo que es C cotejado con la escala sería la de seguridad, siguiendo ahora con el rasgo más alto que es L cotejado con la escala sería que ya satisfizo su necesidad de afiliación o esa fue menor a la necesidad que necesite satisfacer en estos momentos para llegar a la autorrealización y así volverá empezar este proceso ya que como dice la teoría el sujeto siempre va estar buscando satisfacer sus necesidades que le vayan surgiendo y llegar a una satisfacción que le de tranquilidad al sujeto.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

En las participantes del estudio hay rasgos con puntajes altos y bajos que pudieran ser influenciados por las circunstancias que conlleva tener el síndrome de Turner como son tratamiento con hormonas, las revisiones médicas con distintos especialistas, convivencia con la sociedad (familia, amigos etc.), que posiblemente de alguna manera lleve a cambios a la estabilidad emocional que normalmente tengan ya que surge mucha duda después de conocer el diagnóstico por parte de las pacientes y de los familiares sobre qué es la enfermedad, qué sucederá con la paciente y todo lo demás que conlleve en cada caso de síndrome de Turner.

La personalidad en el ámbito de atención psicológica es muy importante para que el sujeto acepte su enfermedad y las condiciones médicas que de por vida deberá llevar; como ya se mencionó, el síndrome de Turner tiene características cromosómicas, hormonales, físicas muy evidentes y particulares que la relación y la influencia de este sobre la personalidad de las participantes pueden ser derivados de algunos de estos aspectos mencionados, ya que cada caso es muy particular.

El ST es una de las cromosomopatías más frecuentes en la práctica clínica. Este trastorno tiene un alto índice de morbilidad en todos los grupos de edad. Requiere de un seguimiento multidisciplinario y es fundamental dar un enfoque integrado en centros de referencia, con el fin de mejorar la calidad de vida de las pacientes y prevenir la mortalidad.

En México se desconoce la prevalencia exacta del ST, así como la frecuencia de las comorbilidades que la acompañan. Solo existen reportes aislados relacionados con este tema. Por esto, se considera que los datos reportados en este estudio son importantes.

Es necesario fortalecer la educación continua de médicos de primer contacto y de la población general para realizar un diagnóstico temprano, y proveer un

tratamiento oportuno y seguimiento de calidad a las personas con esta patología. De igual manera se requiere generar alianzas interinstitucionales y de las organizaciones gubernamentales con el propósito de disminuir dificultades sociales que se presentan en quienes padecen ST.

La literatura expresa que en mujeres con diagnóstico de ST el miedo y la desconfianza son signos frecuentes durante su desarrollo, mostrándose escépticas en relación a las intenciones de los demás, evitando, en muchas ocasiones, las relaciones interpersonales.

Por otro lado, se debe realizar una evaluación neuropsicológica a las niñas Turner. Es importante saber en qué consiste una evaluación neuropsicológica. Es una evaluación dinámica de los déficits y de las potencialidades del individuo en el área cognitiva y conductual, mediante la aplicación de una serie de cuestionarios y pruebas psicométricas, que permiten valorar ciertas funciones cognitivas como: la velocidad de procesamiento de la información, la capacidad de resolución de problemas, atención, concentración, lenguaje, etc. con el fin de poder determinar si existe un descenso en el rendimiento cognitivo de la paciente.

En el trabajo *“análisis de perfiles de personalidad en mujeres adultas con diagnóstico de síndrome de Turner”* de Sartori (2015) y esta investigación hay coincidencias en los resultados de sus participantes, las cuales son:

1. Que las mujeres con Síndrome de Turner de alguna manera tiene una alteración en la cognición. La prueba de Cattell en el apartado B que mide inteligencia, ambas, obtuvieron un puntaje de 4-6, no quiere decir, que tengan como tal un deterioro, sin embargo existe esa particularidad de que de alguna manera se ven afectadas en el ámbito de la inteligencia.
2. Se ven afectadas emocionalmente al momento de recibir el diagnóstico por lo tanto en A: 6-7, se muestran muy complacientes y cargantes su personalidad, ellas suelen ser muy complacientes y cargantes en afecto.
3. De acuerdo a los resultados del grupo de Sartori (2015) la Escala Autodestructiva describe a personas que se caracterizan por mantener

relaciones sociales de tipo obsequiosa y autosacrificada permitiendo e incluso fomentando, que las demás personas se aprovechen de ellas o las exploten. Presentan por lo general indicadores de una conducta modesta, intentando pasar desapercibidas e intensificando así su sensación de ser inferior a los demás. Si bien, las dos mujeres mexicanas participantes de nuestro estudio, no presentan tal cual una escala autodestructiva, si caracterizan por ser mujeres complacientes con indicadores de una conducta modesta.

4. Tanto factores hormonales como genéticos pueden influir en el desarrollo cognitivo de las mujeres Turner. Los efectos de los estrógenos parecen afectar a la función motora y la velocidad de procesamiento y los efectos de los andrógenos a la memoria de trabajo, y algunos déficits parecen mejorar con el tratamiento de estrógenos.
5. El proceso que conlleva a estar en revisiones médicas para tener un buen control de este padecimiento, también las afecta.

Del mismo modo, hay ciertas diferencias muy precisas principalmente por:

- 1) La prueba aplicada, los sujetos participantes, y los resultados, aunque de alguna u otra manera estos estén inmiscuidos en ciertos rasgos y formas que pudieran presentar las participantes en su vida diaria ya que el sujeto se va adaptando a las situaciones que se le van presentando, se puede decir que la personalidad en cada sujeto siempre va estar inmiscuida en cambios que lleve a la persona a tener distintas actitudes para la situación así como también que todos estos cambios dependerán de cómo el sujeto maneje cada situación y cómo la sobrelleve, ya que puede ser que sea de manera satisfactoria o no y posiblemente cada situación que pasa cada sujeto pueda que ya nos empiece a dar indicios de una clasificación en cada tipo de rasgo de personalidad.
- 2) Hay que resaltar que las 2 chicas coinciden en un factor L, ambas obtuvieron 6, lo que nos indica que las participantes son personas confiadas, que aceptan condiciones, así como también pueden estar en el

otro extremo de desconfiar y ser suspicaces. Con estos resultados, se puede concluir que dependiendo de la situación, suelen mostrarse muy confiadas, adaptables, pero en otras ocasiones desconfiadas y engreídas.

Finalmente, se destaca la importancia sobre el síndrome de Turner y personalidad, para empezar la divulgación de la información sobre el síndrome es importante ya que ésta existe pero no es divulgada de manera masiva para que la gente esté bien informada y así tener un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento para las pacientes.

Sugerencias y consideraciones

El aprendizaje que se obtiene de esta investigación es muy interesante ya que el estudio fue muy específico utilizando a dos personas con una prueba acreditada para México, por lo tanto lleva a deducir que esta tesis se puede aprovechar para observar resultados, impulsar investigaciones, etc., Por tal motivo, se hace una lista de sugerencias y recomendaciones para futuras investigaciones.

- Realizar investigaciones con distintos sectores de la población con síndrome de Turner en México
- Aplicar otras pruebas de personalidad
- Para la evaluación concentrar la mayor población con síndrome de Turner en México
- Dar a conocer la información en todo México
- Investigar más sobre otras ramas de la psicología (educativa, neuropsicología, clínico, social y laboral etc.)
- Realizar un programa de intervención para mujeres con síndrome de Turner en cada área de la psicología
- En terapia una atención integral de las ramas de la psicología que nos ayuden a las mujeres con síndrome de Turner con seguridad, confianza, autoimagen, autoestima, apoyo familiar, seguridad.
- Ofrecer pláticas y talleres para el manejo emocional, autoestima y motivación.
- Realizar una evaluación y se elabora un programa de intervención individual, adaptado al nivel de desarrollo de las pacientes.
- Elaborar un programa donde se trabajan objetivos para cada una de las áreas de desarrollo (área motora fina y gruesa, área cognitiva, área de la comunicación y lenguaje, y área social y de autoayuda).
- Evaluar las competencias en varias áreas de desarrollo, generalmente son: área motora, cognitiva, de la comunicación y lenguaje y social y de autoayuda.

Terapia y Acompañamiento Emocional (TAE)

El acompañamiento emocional es una herramienta básica para que nuestras niñas y mujeres ST puedan crecer con alta autoestima y seguridad en sí mismas y para que puedan establecer relaciones sanas y fructíferas en sus núcleos sociales. A veces un buen consejo, unos oídos amigos que nos escuchen o una la terapia personal y profesional obtiene grandes resultados para la vida de cada una de ellas.

El objetivo es otorgarles a las mujeres con ST la oportunidad de progresar como ser humano, liberándolas de sus miedos e impulsándolas al éxito.

Se debe indicar la necesidad de una evaluación neuropsicológica cuando la niña Turner presente importantes dificultades en el rendimiento escolar, ausencia de habilidades sociales y falta de motivación por el contacto con iguales o pueda haber sospecha de un trastorno por déficit de atención. Ante estos casos sería recomendable llevar a cabo una adecuada evaluación con el fin de realizar una orientación terapéutica acertada, encaminada a optimizar todas las potencialidades de la niña.

Los tratamientos requieren una personalización; hasta ahora todas las niñas y mujeres Turner son evaluadas por igual, consideradas con capacidades y dificultades cognoscitivas similares.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso. J y cols. (2007). Ciencias sociales psicología. México: McGraw-Hill interamericana.
- Alpera, R, y cols. (2013). capítulo 12 síndrome de Turner. Sociedad Española de endocrinología pediátrica. Pdf
- Asociación de síndrome de Turner México AC, (2002), de asociación de síndrome de Turner Sitio web: <http://turnermexico.org.mx/contenido/st.html>
- Asociación de síndrome de Turner México AC, (2002), de asociación de síndrome de Turner web:<http://turnermexico.org.mx/index.php/terapia-y-acompanamiento-emocional/>
- Campillo, H. (2002) Diccionario academia de la lengua española
- Castillo, A. Teoría de los rasgos según Cattell. La psicología y yo. Recuperado de <http://lapsicologiaenmivida.blogspot.mx/2012/03/teoria-de-los-rasgos-segun-cattell.html>
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. México: Pearson educación.
- CorbinJ.A., (2017). La teoría de la personalidad de Abraham Maslow. Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/personalidad/teoria-personalidad-abraham-maslow>
- Galan, E. (2010) Protocolo diagnóstico terapéutico del síndrome de Turner. Protoc.Diagn.Ter.Pediatr. 2010;1:101-10
- Galindo, A., y cols. (09 de septiembre 2005). Características prenatales del síndrome de Turner. Elsevier, 48, 9.
- Herrera, E., Pavía, C., Yturriaga, R. (1995). Crecimiento. Madrid España: Díaz de Santos
- Jáuregui. &Chavez, N.A. (2006). glosario de biotecnología. México: universidad autónoma de Aguascalientes.
- La vanguardia. (28/08/2016). Síndrome de Turner, un trastorno genético que solo afecta a las mujeres. la vanguardia, 1.)

- López S, J.P (2010). Preguntas y respuestas sobre el síndrome de Turner. Madrid España:novonorsdikpharma
- Morales, A; y cols. Síndrome de Turner mosaico 45, X/46, XX/47, XXX asociado al síndrome de Klippel-Feil Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol. 66 no. 5 México sep. /oct. 2009
- Moreno, B. & Tresguerres, J. (1996). Retrasos del crecimiento. Madrid: Díaz de santos
- Morris G, Maisto A. (2001). Psicología. México: Pearson educación.
- Papalia, D., Wendkos, S., (1998). psicología. México: McGraw-Hill.
- Peña, N., y cols. (2007). Síndrome de Turner, a propósito de un caso. Rev Soc Bol Ped 2007; 46 (3): 175 - 8
- Rice, P. (1997). desarrollo humano. México: Pearson educación.
- Sartori, M.S; y cols. Análisis de perfiles de personalidad en mujeres adultas con diagnóstico de síndrome de turner, *INTERDISCIPLINARIA*, 2015, 32, 1, 73-87
- Seelbach, G.A. (2012) Teorías de la personalidad. revisado el día 23 de mayo de 2017 de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf
- Uriarte, J. En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. Revisado el día 17/02/2018 de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832310013.pdf>
- Vidales, I. (2010). Psicología general. México: Limusa.

Anexo 1

Glosario

Aberraciones del cromosoma Y: Hablamos de aberración cromosómica cuando la estructura o el número de cromosomas es anormal.

Alopecia: es la pérdida anormal o rarefacción del cabello

Aneurisma aórtico: Los aneurismas aórticos son dilataciones en segmentos de la aorta producidos, en la mayor parte de los casos, por el debilitamiento de la pared de la aorta lesionada por el proceso de la arteriosclerosis y sus complicaciones.

Anomalías ureteropélvicas: Alteraciones en el útero en si a nivel pélvico en los órganos sexuales femeninos

Anomalías vasculatura renal: Anomalías en los vasos sanguíneos (arterias y venas) de un riñón o ambos riñones

Aplasia renal: Ocurre cuando el riñón está ausente.

Baja talla intrauterina: Durante el embarazo la madre de una niña con Turner al realizarse un ultrasonido la talla será menor a la de una niña sin Turner

Cavidad serosa fetal: Espacio, como los comprendidos en la pleura ("la capa interior de la pleura está unida a los pulmones y la exterior, al tórax", y el peritoneo (Membrana que cubre la superficie interior del abdomen y forma varios pliegues que envuelven las vísceras), que no comunica con el exterior y secreta el suero.

Cromosomas en anillos: Se forma cuando el extremo de los brazos de uno de los cromosomas se une con el extremo de otro brazo

Cromosomopatía: Alteración en la composición cromosómica de un individuo

Cubitus valgus: Deformidad del antebrazo en extensión con desviación del mismo hacia fuera

Cuello a lado: Es un pliegue epidérmico del borde externo del cuello, a manera de aleta, que va desde la implantación de las orejas hasta los hombros

Deleciones: En genética, es un tipo especial de anomalía estructural cromosómica que consiste en la pérdida de un fragmento de ADN de un cromosoma.

Dermatoglifos: El estudio de los dermatoglifos se refiere al análisis de las crestas epidérmicas de las palmas de las manos y de la planta de los pies

Disgenesia gonadal: Es una afección genética en la cual una mujer no tiene el par normal de dos cromosomas X.

Displasia ungueal: Es una atrofia idiopática de las uñas, con aparición en la primera infancia, que se caracteriza por un exceso de estrías longitudinales y una pérdida de brillo en las uñas que afecta a la totalidad de las 20.

Edema subcutáneo: Cuando es intenso provoca una hinchazón difusa de todos los tejidos y órganos del cuerpo, especialmente el tejido celular **subcutáneo**, llamándose entonces anasarca.

Epicantus: La base de la nariz es más ancha de lo normal

Escoliosis: Desviación lateral de la columna vertebral.

Estenosis istmo aórtico: En medicina, estenosis o estegnosises un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal. Puede ser de origen congénito o adquirido por tumores, engrosamiento o aumento, o por infiltración y fibrosis de las paredes o bordes lumbinales o valvulares.

Fallo gonadal: La pérdida de la menstruación antes de los 40 años

Fluorescence in-situ hybridization: Esta técnica permite la rápida determinación de aneuploidías, microdeleciones, duplicaciones, inversiones, así como la adjudicación de un marcador genético a un cromosoma

Hidropesía fetal: Es una inflamación (edema) grave del **feto** o de un bebé recién nacido

Higroma quístico: Es una anomalía congénita consistente en una masa que se presenta en el área de la cabeza y el cuello.

Hipertrichosis: Es una enfermedad muy poco frecuente, que es destacada por la existencia de un exceso de cabello

Hipoacusia: Disminución de la capacidad auditiva.

Isocromosoma de los brazos largos: En genética, es un cromosoma anormal en el que se ha perdido un brazo y el otro se ha duplicado de manera especular

La ptosis: Es una condición del párpado superior caído, el cual restringe o bloquea la visión en ocasiones

Linfedema: Es el nombre de un tipo de inflamación. Ocurre cuando se acumula linfa en los tejidos blandos del cuerpo. La linfa es un líquido que contiene glóbulos blancos, células que defienden contra los gérmenes. Se puede acumular cuando

el sistema linfático está dañado o bloqueado. Suele ocurrir en los brazos o las piernas.

Micrognatia: Es un término que describe una mandíbula inferior anormalmente pequeña.

Miopía: Anomalía o defecto del ojo que produce una visión borrosa o poco clara de los objetos lejanos; se debe a una curvatura excesiva del cristalino que hace que las imágenes de los objetos se formen un poco antes de llegar a la retina.

Monosomía: Es una alteración asociada a una ausencia parcial o completa de un cromosoma

Mosaicismo: El término "mosaicismo" se utiliza para describir la presencia de más de un tipo de célula en una persona

Nevus pigmentados: Marcas de nacimiento. Alteraciones circunscritas de la piel, como manchas o tumores.

Otitis media: El tipo más común de infección del oído se denomina *otitis media* y es causada por inflamación e infección del oído medio

Paladar ojival: Es un paladar estrecho y arqueado en su parte central.

Pezones invertidos o umbilicados: se refieren al pezón que no es capaz de mantenerse hacia fuera.

Pterigium colli: Es una malformación cervical que forma parte de varios síndromes, produce una importante estigmatización de los pacientes portadores dado lo notorio de su ubicación, lo cual hace que su solución sea necesaria casi en el 100 % de los casos.

Reacción en cadena de la polimerasa: Es una técnica de laboratorio que permite amplificar pequeños fragmentos de ADN para identificar gérmenes microscópicos que causan enfermedades.

Técnicas citogenéticas: Existen diversas **técnicas citogenéticas** para realizar esta evaluación: Análisis de Aberraciones Cromosómicas Estructurales

Translucencia nuchal: Es el acúmulo de líquido en la nuca y parte posterior del cuello del feto, bajo la piel.

Válvula aórtica bicúspide: Es una condición de válvula aórtica que es un mecanismo cardíaco tricúspide que impide el flujo retrogrado de la sangre desde la aorta al ventrículo izquierdo

Vitiligo: Es una enfermedad de la piel de carácter autoinmune, en la que los melanocitos (las células responsables de la pigmentación de la piel) son destruidos por el sistema inmunológico, dejando así de producir melanina y, por tanto, dando lugar a zonas de la piel con pérdida de pigmento.