



Artículo de investigación

Relación entre tratamiento con hormona de crecimiento y perfiles de personalidad en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner

Relationship between growth hormone treatment and personality profiles in women diagnosed with Turner Syndrome

María Soledad Sartori ^{1-2*}, Marcela Carolina López ², Mariana Soledad Hermida ² & Andrea Giselle Said ²

1 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

2 Grupo de Investigación Comportamiento Humano, Genética y Ambiente. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue identificar la existencia de perfiles distintivos en las escalas de personalidad en relación con la aplicación o no de hormona de crecimiento en 73 mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner de Latinoamérica. Para ello se administró, en formato online, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y un cuestionario clínico para recabar datos sobre la realización o no de tratamiento con hormona de crecimiento durante el desarrollo con el fin de comparar ambos grupos. Los resultados encontrados muestran que el grupo que no realizó tratamiento con hormona de crecimiento obtiene medias más altas en casi la totalidad de las escalas de personalidad básicas y patológicas en comparación con el grupo que sí realizó tratamiento, siendo dicha diferencia significativa en la escala esquizotípica. Esta escala se asocia con necesidades afectivas mínimas, aislamiento social y apego empobrecido. Estos resultados podrían dar cuenta que el tratamiento con hormona de crecimiento sería un factor positivo para esta población, favoreciendo el desarrollo de características de personalidad más adaptativas en relación a lo social.

Palabras clave: Hormona de crecimiento, personalidad, síndrome de Turner, MCMI

Abstract

The aim of this study was to identify the existence of distinctive profiles on the personality scales in relation to the application or not of the growth hormone in 73 adult women diagnosed with Turner Syndrome in Latin America. For it was administered, in online form, the Millon Clinical Multiaxial Inventory II and a clinical questionnaire to collect data on the realization or non-treatment with growth hormone during development in order to compare both groups. The results show that the group did not make growth hormone treatment gets highest averages in nearly all of the basic and pathological personality scales compared to the group that if he completed treatment, being such significant difference in schizotypal scale. This scale is associated with minimal emotional needs, social isolation and impoverished attachment. These results might note that treatment with growth hormone could be a positive factor for this population, favoring the development of more adaptive personality characteristics in relation to the social aspects.

Keywords: Growth hormone, personality, turner syndrome, MCMI

Introducción

El Síndrome de Turner (ST) es uno de los trastornos cromosómicos no heredables de mayor incidencia poblacional, 1:1900 niñas nacidas vivas; se encuentra determinado por la deleción total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino (Murphy, Mazzocco, Gerner, & Henry, 2006). En el 50% de las mujeres con diagnóstico de ST la ausencia del cromosoma X es completa, presentando un cariotipo línea pura (45, X0); el 40% presentan cariotipos mosaicos, donde coexisten dos o más líneas celulares (e. g. 46, XX / 45, X0); y el 10% presentan anomalías estructurales del cromosoma X, como deleciones y duplicaciones (e. g. 46, XXdelp22.3), convirtiéndose así en uno de los trastornos cromosómicos con mayor variabilidad genética y fenotípica (Aguilar, López, & Sartori, 2010; Bondy, 2007). Entre sus principales características físicas se destacan la baja talla y el fallo en el desarrollo puberal. La baja talla es el signo más constante, afectando entre el 90 y el 100% de mujeres con diagnóstico de ST. Su origen está relacionado con la deleción de material genético en el brazo corto (p) del cromosoma X, correspondiente a un gen homeobox denominado SHOX. La pérdida de este gen ocasiona un retraso en el crecimiento intrauterino, seguido de una disminución progresiva

de la velocidad de crecimiento durante la infancia y una ausencia de empuje puberal en la adolescencia (Castelo- Branco, 2011; Morin, Guimarey, Santucci, & Apezteguia, 2000). El tratamiento con hormona de crecimiento (HC), sola o en combinación con bajas dosis de estrógenos, se administra con el propósito de mejorar la talla. Dicho tratamiento produce un aumento de la velocidad de crecimiento durante el primer y segundo año de aplicación, continuando el efecto durante el tercer año, aunque con una leve declinación (Gault 2001). Los resultados sobre la maduración esquelética y la talla final difieren en cada mujer, guardando relación con la edad de inicio del tratamiento, la dosis de aplicación y la velocidad de feminización (Román, et al., 2002).

Por su parte el fallo en el desarrollo puberal se relaciona con el desequilibrio cromosómico producto de la deleción de genes correspondientes al brazo largo (q) del cromosoma X. La disgenesia gonadal impide el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de la pubertad, como crecimiento mamario, desarrollo uterino, aumento de la velocidad de crecimiento y estirón puberal. La administración externa de estrógenos estimula el desarrollo mamario, la proliferación del endometrio y la consecución de

* Correspondencia: María Soledad Sartori, e-mail: solesartori@gmail.com,
Teléfono: (54) (02395) 15408763. Funes 3250, Facultad de Psicología, Nivel II, Mar del Plata (7600), Buenos Aires, Argentina.

masa ósea (Rodríguez- Hierro, 2003; Cañete- Estrada, 2003; Menke, et al, 2010).

La mayoría de los autores acuerdan que la baja talla y la disfunción ovárica contribuyen al retraso en la maduración social de las mujeres con diagnóstico de ST, ocasionando dificultades en las relaciones sociales -especialmente con sus pares-, mayor dependencia familiar, baja aceptación del propio cuerpo, pobre autoconcepto, ansiedad social y aislamiento social (Elsheikh, Dunger, Conway, & Wass, 2002; McCauley & Sybert, 2006; Sartori, López, & Aguilar, 2013; Schmidt, Rubinow, & Bondy, 2006).

Sin embargo, en el proceso de desarrollo humano es necesario considerar al individuo como una unidad biopsicosocial donde el producto final implica la conjunción de importantes factores biológicos y ambientales. En este sentido, si bien diversas investigaciones sobre el ST han correlacionado la variabilidad observada en el fenotipo con la variabilidad genotípica del síndrome, dando cuenta que la intensidad y frecuencia de las anomalías somáticas y de las características psicológicas están determinadas, en parte, por el grado de delección y la inactivación o silenciamiento de genes. Esos mismos estudios, reportan diferencias individuales en mujeres con el mismo genotipo, aportando evidencias de la acción del ambiente en la expresión génica (López & Aguilar, 2009).

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. Dentro de esta línea de trabajo, la personalidad ha sido uno de los factores psíquicos más estudiados en los últimos tiempos, considerándose como un patrón profundamente incorporado que se expresa en rasgos cognitivos, afectivos y conductuales, y que se manifiesta en todas las áreas de funcionamiento de un individuo. La personalidad se constituye a partir de la conjunción de factores biológicos y ambientales, donde la herencia es una de las principales influencias biológicas que establece los fundamentos que guían el desarrollo de la personalidad; mientras que los aprendizajes son considerados la principal influencia ambiental que permite la adquisición de nuevas respuestas frente a estímulos (Besteiro, et al., 2004; Davis, 1999; Millon & Davis, 2000). En base a lo expuesto, 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 (Sánchez, 2007). 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 gradientes dentro de una misma categoría (Alchieri, Cervo, & Núñez, 2005; Morales de Barbenza, 2003; Strack, 1999). La conducta anormal se forma y se desarrolla a partir de los mismos principios y mecanismos involucrados en el desarrollo de la personalidad normal, encontrándose las diferencias en las disposiciones biológicas y en las experiencias aprendidas (Sánchez, 2003). De esta forma se entiende por personalidad normal a aquellos estilos distintivos de funcionamiento adaptativo que resultan eficaces para relacionarse con el ambiente, caracterizada por una capacidad flexible y adaptativa de relación con el entorno, percepciones constructivas sobre sí mismo y estilos de conducta caracterizados como promotores de salud (Millon & Grossman, 2006). Por su parte los trastornos de personalidad serían considerados estilos de personalidad con un funcionamiento inadecuado que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual; implicarían una escasa flexibilidad adaptativa, que se refleja en una tendencia a relacionarse consigo mismo y con el entorno por medio de estrategias rígidas e inflexibles que conllevan una tendencia a crear círculos viciosos, provocando una continuidad e intensificación del malestar de la persona y labilidad frente a situaciones de estrés (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

Como corolario, 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 las pautas de refuerzo que adopten las personas significativas de su subgrupo social inmediato (Plomin, De Fries, McClearn, & Guffin, 2002; Sartori, Zabaletta, Aguilar, & López, 2013). Por lo tanto, si bien las influencias genéticas parecieran ser determi-

nantes para el desarrollo de la personalidad, las influencias ambientales también cumplen un papel fundamental, debido a que definen las condiciones bajo las cuales se modelan una vasta colección de habilidades, valores, actitudes e identidades; proporcionando las formas concretas en que se expresan los rasgos particulares y suministrando los indicadores a partir de los cuales ellos se infieren (McCrae, et al., 2000).

Considerando a las mujeres con diagnóstico de ST como una población vulnerable en cuanto a su constitución genética, el objetivo del trabajo es identificar si existen perfiles distintivos en las escalas de personalidad, relacionadas con la aplicación de HC durante el desarrollo. Sustenta este objetivo, la posibilidad de contribuir al debate respecto de la relación genes-ambiente en el desarrollo del individuo.

Método

Tipo de diseño

Se trabajó con un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con dos grupos y múltiples medidas (Montero & León, 2007).

Participantes

La muestra fue intencional y estuvo conformada por 73 mujeres adultas con diagnóstico de ST con edades comprendidas entre 18 y 55 años y una media de edad de 29,78; pertenecientes a diferentes países de Latinoamérica. Para ello se establecieron contactos virtuales con diferentes asociaciones y organizaciones sin fines de lucro de Latinoamérica que se dedican al apoyo y contención de mujeres con diagnóstico de ST, informándoles los objetivos del trabajo y solicitándoles autorización para invitar a sus miembros a participar del mismo. De esta forma, y por intermedio de dichas asociaciones pertenecientes a países como Chile, Argentina, Perú, Uruguay, Brasil, Ecuador, Venezuela, México, Colombia y Puerto Rico, se invitó a todas las mujeres adultas con diagnóstico de ST a participar. La muestra final obtenida se dividió en dos grupos a partir de la variable *Tratamiento con Hormona de Crecimiento*. El Grupo uno (1) quedó conformado por 35 mujeres adultas que hubiesen recibido tratamiento con HC; mientras que el Grupo dos (2) se conformó con 38 mujeres que no hubiesen recibido tratamiento con HC. La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado. Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurando las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de las participantes.

Instrumentos

El abordaje metodológico se realizó a partir del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) en su versión original traducida al español (Millon, 1999). Se utilizó para la recopilación de los datos un software, denominado Survey Monkey, que permite la creación de encuestas, cuestionario e instrumentos en línea. El MCMI-II consta de 175 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero-falso, distribuidos en 26 escalas que recogen los diferentes aspectos de la personalidad patológica: cuatro escalas de fiabilidad y validez (*validez, sinceridad, deseabilidad y alteración*), 10 escalas básicas de personalidad (*esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva, compulsiva, pasiva-agresiva y autodestructiva*), tres de personalidad patológica (*esquizotípica, límite y paranoide*), seis síndromes clínicos de gravedad moderada (*ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas*) y tres síndromes clínicos de gravedad severa (*pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante*). Para los fines de la presente investigación solo se considerarán las escalas básicas y patológicas de personalidad.

Paralelamente, se administró un cuestionario clínico breve, también en forma online, con el fin de obtener la información necesaria sobre el desarrollo clínico del ST y la variable *Tratamiento con hormona de crecimiento*.

Análisis de datos

Se transformaron las puntuaciones directas en puntuaciones Tasa Base (TB). Las mismas se definen como la probabilidad que un sujeto tiene de presentar cierto atributo. Para ello, se utilizaron las normas del MCMI-II (Millon, 1999) donde se considera que las puntuaciones TB iguales o superiores a 85 puntos serían representativas de la presencia de un estilo desadaptativo de personalidad. A partir de las puntuaciones TB se realizaron comparaciones entre los grupos (Grupo 1, correspondiente a mujeres con diagnóstico de ST que realizaron tratamiento con HC y Grupo 2, correspondiente a mu-

jeros con diagnóstico de ST sin tratamiento con HC). Se obtuvieron los estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central) para caracterizar a los sujetos de la muestra. Para conocer si existían diferencias significativas entre los grupos se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas debido al tamaño y distribución de la muestra. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Las Tablas 1 y 2 muestran las medias obtenidas en cada grupo, para cada escala de personalidad básica y patológica. En las mismas se puede observar que el grupo que no ha realizado tratamiento con HC obtiene, para la mayoría de las escalas con excepción de la escala histriónica y antisocial, medias más altas.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, en la misma se puede observar que existen diferencias significativas entre los grupos en la escala esquizotípica, siendo mayores los puntajes obtenidos por el grupo que no realizó tratamiento con HC. Para este análisis se consideró como significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Tabla 1. Medias de las escalas básicas de personalidad divididas por grupo.

	1	2	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B
Grupo 1	75.40	79.43	84.63	71.94	66.31	63.26	67.37	78.89	73.00	76.23
Grupo 2	82.28	89.26	85.55	65.95	68.92	62.71	70.08	85.68	76.34	81.05

Nota. Las escalas de la tabla son: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo-Sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo-Agresiva, (8B) Autodestructiva.

Tabla 2. Medias de las escalas patológicas de personalidad divididas por grupo.

	Escala Esquizotípica (S)	Escala Límite (C)	Escala Paranoide (P)
Grupo 1	63.63	62.80	72.57
Grupo 2	73.63	68.50	78.34

Nota. Las escalas de la tabla son: (S) Esquizotípica, (C) Límite y (P) Paranoide.

Tabla 3. Prueba U de Mann - Whitney de las escalas de personalidad patológicas.

	Esquizotípica	Límite	Paranoide
U de Mann-Whitney	488	550	556
W de Wilcoxon	1118	1180	1186
Z	-1,959	-1,271	-1,35
Sig. asintótica (bilateral)	0,05	0,204	0,177

Nota. Variable de agrupación: Tratamiento con Hormona de Crecimiento.

Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran que las mujeres con diagnóstico de ST que no realizaron tratamiento con HC presentan medias más altas en la mayoría de las escalas de personalidad básicas y patológicas, siendo significativa la diferencia de las mismas en la escala esquizotípica. Dicha escala a nivel afectivo presenta como características básicas la presencia de necesidades afectivas mínimas, aislamiento social y apego empobrecido. Implica una carencia absoluta de deseo por el vínculo social dando una imagen de indiferencia y apatía frente a las relaciones con los demás (Choca & Van Denburg, 1998; Millon, 2002).

La constitución de la personalidad se desarrolla a partir de la interacción de factores biológicos y ambientales junto, y en paralelo, al desarrollo y crecimiento físico. En este sentido, sería posible considerar que en el ST los diferentes tratamientos médicos tendrían impacto en la formación de los rasgos de personalidad, en la identidad y en el autoconcepto (Sartori, López, & Aguilar, 2013; Sartori, Urquijo, López, Said, & Alchieri, 2015). De esta forma, si bien el tratamiento con HC estimula el crecimiento en talla y produce un aumento de la velocidad de crecimiento, de acuerdo a los resultados presentados, este aumento también sería importante en el desarrollo de características de personalidad que favorecerían el vínculo social.

Diversas investigaciones sostienen que la baja talla se constituye como uno de los principales factores que afectan psíquicamente a las mujeres con diagnóstico de ST ocasionando retraso en la maduración social debido a que es, muchas veces, el signo visible de la diferencia con sus pares; signo que se presenta desde la niñez y que se mantiene durante todo el desarrollo e incluso en la edad adulta (Ramos, 2004; Sartori, Zabaletta, et al., 2013; Suzigan, et al. 2004; Suzigan, Paiva e Silva, Guerra-Júnior, Mariani, & Maciel-Guerra, 2011). De esta forma el tratamiento con HC se constituiría en muchas ocasiones como la posibilidad de lograr alcanzar, al menos, una talla que no se encuentre por debajo de los percentiles considerados como promedio y que, por lo tanto, disminuiría las diferencias con sus pares.

Sin embargo, la adquisición de la HC es altamente costosa y no en todos los países se encuentra legalizado su uso, por lo cual las obras sociales no se hacen cargo del costo de la misma, siendo imposible para las familias poder afrontar dicho tratamiento. Dentro de Latinoamérica, Argentina es el único país en el cual, por ley, las obras sociales o privadas deben cubrir la totalidad del tratamiento con HC. De esta forma, a partir de diferentes resoluciones del Ministerio de Salud de la República Argentina, las mujeres argentinas con diagnóstico de ST solo deben completar un formulario específico con datos médicos que acrediten el déficit en el crecimiento para luego recibir en forma gratuita la HC durante el tiempo que sea necesario el tratamiento (Comité Nacional de Endocrinología de la Sociedad Argentina de Pediatría, 2014; Resolución 1346, 2007). Esto ha producido un avance en cuanto a derechos de salud, provocando desde hace ya más de una década, que todas las mujeres con diagnóstico de ST puedan acceder al tratamiento con HC. Sin embargo, en el resto de los países de Latinoamérica ésta legislación aún no se ha producido, lo cual podría implicar que quienes logran acceder al tratamiento con HC son aquellas familias que presentarían una condición socioeconómica alta, pudiéndose encontrar de esta forma un porcentaje mucho mayor de mujeres con diagnóstico de ST que no han realizado tratamiento con HC.

Lo expresado podría dar cuenta que la falta de este tratamiento podría considerarse como un aspecto ambiental o cultural que condicionaría o limitaría un aspecto biológico como es el crecimiento en talla, el cual tendría impacto a su vez sobre el desarrollo psicosocial. Así, en las mujeres participantes de esta investigación la falta de tratamiento con HC parecería influir en la constitución de rasgos de personalidad asociados al aislamiento social. Si bien este estudio resulta preliminar, sería posible hipotetizar, sobre la base de los resultados obtenidos, que el tratamiento con HC podría constituirse como un factor protector de esta población, favoreciendo el desarrollo de rasgos de personalidad más adaptativos a nivel social y podría tener un impacto positivo en el desarrollo emocional, del autoconcepto y de la identidad de las mujeres con diagnóstico de ST.

Referencias

- Aguilar, M. J., López, M. C. & Sartori, S. (2010). Autoconcepto y Síndrome de Turner: influencia de parámetros biológicos en el desarrollo psicosocial. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(4), 274-283.
- Alchieri, J. C., Cervo, C. S. & Nuñez, J. C. (2005). Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon. *Psico*, 36(2), 175-179.
- Besteiro, J. L., Lemos, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., Inda, M., Paíno, M. & Rocas, M. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 255-269.
- Bondy, C. (2007). Care of girls and women with Turner Syndrome: A guideline of the Turner Syndrome study group. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(1), 10-25. doi: 10.1210/jc.2006-1374.
- Cañete-Estrada, R. (2004). Inducción puberal en el Síndrome de Turner. Tipos de indicación: acciones e inconvenientes. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de*

- Turner: 9° curso de formación de posgrado. (pp.117-131). Recuperado de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf>.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Castelo-Branco, C. (2011). El Síndrome de Turner en la edad adulta. *Toko- Ginecología Práctica*, 70(1), 1-6.
- Choca, J. P. & Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Comité Nacional de Endocrinología de la Sociedad Argentina de Pediatría. (2014). Actualización. Indicaciones actuales para el uso de la hormona de crecimiento. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 89- 95. doi: 10.5546/aap.2014.89
- Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352. doi: 10.1207/S15327752JP720302.
- Elsheikh, M., Dunger, D. B., Conway, G. S. & Wass, J. A. (2002). Turner's Syndrome in adulthood. *Endocrine Reviews*, 23(1), 120-140. doi: 10.1210/er.23.1.120.
- Gault E. J. & Donaldson M. D. C. (2001). Efficacy of growth hormone therapy in Turner's Syndrome. Recuperado de <http://bspe.shef.ac.uk/XONICE.html>
- López, M. C. & Aguilar, M. J. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: interacción genes- ambiente. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 29 (2), 318-329.
- McCaughey, E. & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series*, 1298, 93-99. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.018.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Harcaron, M., Avia, M. D., ... & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- Menke, L. A., Sas, T. C., Visser, M., Kreukels, B. P., Stijnen, T., Zandwijken, G. R., ... & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). The effect of the weak androgen oxandrolone on psychological and behavioural characteristics in growth hormone-treated girls with Turner syndrome. *Hormones and Behavior*, 57(3), 297-305. doi: 10.1016/j.yhbeh.2009.12.011
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. Manual*. 2° edición revisada. Madrid: TEA Ediciones S.A. Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. Manual*. 3° edición revisada. Madrid: TEA. Ediciones S.A. Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. & Davis, R. (2000). *Personality disorders in Modern life*. NY: John Wiley & Sons.
- Millon, T. & Grossman, S. (2006). Goals of theory of personality. In Thomas, J. & Hersen, M. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morales de Barbenza, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *INTERDISCIPLINARIA*, 20(1), 61- 74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020104>
- Morin A., Guimarey L., Santucci Z. & Apezteguia M. (2000). Prediction of final height in girls with Turner syndrome treated with growth hormone. *Medicina*, 60, 551-554.
- Murphy, M., Mazzocco, M., Gerner, G. & Henry, A. (2006). Mathematics learning disability in girls with Turner syndrome or fragile X syndrome. *Brain and Cognition*, 61(2), 195-210. doi: 10.1016/j.bandc.2005.12.014.
- Plomin, R., De Fries, J., McClearn, G. & Guffin, P. (2002). *Genética de la Conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- Ramos, F. (2004). Síndrome de Turner: Manifestaciones clínicas. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), Síndrome de Turner: 9° curso de formación de posgrado. (pp.1-12). Recuperado de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf>.
- Resolución del Ministerio de Salud N° 1346, Expediente N° 1-2002-5086-06-1 (2007). Recuperado de <http://infoleg.meccon.gov.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/133871/norma.htm>
- Rodríguez-Hierro, F (2004). Función ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el Síndrome de Turner. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9° curso de formación de posgrado*. (pp.43-50). Recuperado de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf>.
- Roman R, Vallejos M. E., Muñoz M, Schneider R, Youlton R & Henríquez C. (2002). Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Rev Med Chil*, 130(9), 977-984.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon. Una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163- 173.
- Sánchez, R O. (2007). Personalidad, temperamento y sociedad. En González-Ramella, G. (Eds.), *Violencia, personalidad y sociedad* (pp. 233-260). Buenos Aires: Akadia.
- Sartori, M. S., López, M. C. & Aguilar, M. J. (2013). Tratamientos hormonales y desarrollo psicosocial en mujeres adultas con diagnóstico de síndrome de Turner. Word mental Health Congress of the World Federation for Mental Health. En: *Salud mental: interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención*. Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), 2, 943-944.
- Sartori, M. S., Urquijo, S., López, M., Said, A. G., & Alchieri, J. C. (2015). Análisis de perfiles de personalidad en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Interdisciplinaria*, 32(1), 73-87.
- Sartori, M. S., Zabaletta, V., Aguilar, M. J. & López, M. (2013). Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: estudio diferencial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 31-34. doi: 10.5839/rcnp.2013.0802.02.
- Schmidt, P., Rubinow, D. & Bondy, C. (2006) Adult women with Turner Syndrome: A systematic evaluation of current and past psychiatric illness, social functioning, and self-esteem. *International Congress Series*. 1298, 100-07. doi: 10.1016/j.ics.2006.06.020.
- Strack, S. (1999). Millon's normal personality style and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 426-436. doi: 10.1207/S15327752JP720307.
- Suzigan, L. Z., Paiva e Silva, R. B., Guerra-Júnior, G., Mariani, S. H. & Maciel-Guerra, A. T. (2011). Social skills in women with Turner Syndrome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 440-447. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00887.x.
- Suzigan, L., Paiva e Silva, R., Marini, S., Baptista, M., Guerra J, Magna, L. & Maciel-Guerra, A. (2004). A percepção da doença em portadoras da Síndrome de Turner. *Jornal de Pediatría*, 80(4), 309-314.