

ANÁLISIS DE PERFILES DE PERSONALIDAD EN MUJERES ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TURNER

ANALYSIS OF PERSONALITY PROFILES IN ADULT WOMEN DIAGNOSED WITH TURNER SYNDROME

MARÍA SOLEDAD **SARTORI***, SEBASTIÁN **URQUIJO****, MARCELA **LÓPEZ*****,
ANDREA **SAID****** Y JOAO CARLOS **ALCHIERI*******

*Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Integrante del Grupo de Investigación Comportamiento Humano, Genética y Ambiente. Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (CIMEPB). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-Mail: solesartori@gmail.com

Funes 3250, (7600) Mar del Plata - Provincia de Buenos Aires. República Argentina.

**Doctor y MA en Educación en el área de la Psicología de la Educación y Licenciado en Psicología. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), miembro del Comité Académico de la Carrera de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Profesor Adjunto regular con dedicación exclusiva de las asignaturas Psicología Cognitiva y Teorías del Aprendizaje y Director del Grupo de Investigación Psicología Cognitiva y Educacional del Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (CIMEPB). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-Mail: urquijo@mdp.edu.ar

***Especialista y Magister en Docencia Universitaria. Licenciada en Ciencias Biológicas. Docente - investigador Categoría III del Programa de Incentivos (Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación). Co-director del Grupo de Investigación Comportamiento Humano, Genética y Ambiente del Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (CIMEPB) y Jefe de Trabajos Prácticos con dedicación exclusiva en la asignatura Biología Humana, Área Psicobiológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-Mail: mclopez@mdp.edu.ar

****Licenciada en Psicología. Becaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Integrante del Grupo de Investigación Comportamiento Humano, Genética y Ambiente del Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación (CIMEPB) y Ayudante de segunda en la Cátedra Biología Humana de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). E-Mail: andrea_said@hotmail.com

*****Doctor y Magister en Psicología con especialidad en evaluación psicológica y Licenciado en Psicología. Profesor con dedicación exclusiva del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil, miembro de los programas de pos-graduación en Psicología y Ciencias de la Salud y director de proyectos de investigación relacionados con el área de evaluación psicológica, salud y personalidad.

E-Mail: jcalchieri@gmail.com

RESUMEN

El *Síndrome de Turner* es el trastorno cromosómico, no heredable, de mayor incidencia poblacional en el sexo femenino, determinado por la

delección parcial o total del cromosoma X. En el desarrollo de las mujeres con este diagnóstico intervienen factores genéticos, familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en la consolidación de la *personalidad*. El objetivo del

trabajo realizado fue caracterizar la personalidad de mujeres adultas con Síndrome de Turner residentes en Latinoamérica. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional y corresponde a 60 mujeres entre 18 y 55 años. Los datos se recabaron a través de una versión virtual del Inventario Clínico Multiaxial de *Millon II*. Se transformaron las puntuaciones directas en puntuaciones Tasa Base y se obtuvieron estadísticos descriptivos de frecuencias y medidas de tendencia central para caracterizar a las participantes de la muestra. Posteriormente se calculó la razón de momios para obtener el índice de la probabilidad que las mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner presentaran *trastornos de la personalidad*. Los resultados obtenidos muestran que la probabilidad que presenta dicha población de padecer trastornos de personalidad, en comparación con una muestra clínica normativa, resulta superior para todos los trastornos, siendo las escalas autodestructiva, compulsiva y antisocial aquellas que presentan los porcentajes más altos. Los datos obtenidos dan cuenta de la vulnerabilidad que presenta la población estudiada de padecer trastornos de personalidad y son útiles para el desarrollo de terapias específicas que consideren dichas características en pos de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Personalidad; Síndrome de Turner; Trastornos de la personalidad; Millon; MCMI-II.

ABSTRACT

Turner Syndrome is a chromosomal, not inherited, disorder highest population incidence in females, determined by the partial or complete deletion of chromosome X. Is characterized by short stature and digenesia gonadal and, in a psychosocial level, one of the most common traits are the difficulties in establishing interpersonal relationships. In the development of women with diagnosis of Turner syndrome involves genetic, family, educational and social factors that are relevant in the establishment and consolidation of *personality*. This last one results from the interaction between biological and environmental factors among which are the inheritance and the

learnings. The influence of the personality is a determining factor in the behavior and in the way to adapt to the environment, and may be favorable or pathological depending on the degree of flexibility in the situations of stress. The study of the influence of biological and environmental factors on human development is part of the new contributions of the biopsychosocial paradigm, which seeks to understand the psychological processes through a comprehensive vision that takes into account the interaction between biological, psychological and social factors in the development. This interdisciplinary approach oriented perspective becomes more conducive to addressing people with genetic disorders frame, since the differential impact of each of these factors in psychosocial development directly affect their quality of life. The study of personality in people with genetic disorders, and especially in the Turner Syndrome, is currently a vacant area in psychological research. The aim of the present study was to characterize the personality of adult women with Turner syndrome living in Latin America. The sample was intentional non-probability and corresponds to 60 women between 18 and 55 years. The data were gathered through a virtual version of the *Millon* Multiaxial Clinical Inventory II in the Spanish version. The direct scores transformed on scores Rate-Base and descriptive statistics of frequencies and measures of central tendency were obtained to characterize the sample. Subsequently the odds ratio was calculated to obtain the index of the probability of women with a diagnosis of Turner syndrome present *personality disorders*. The presence of a personality disorder was considered when the score in the Rate-Base was greater than 84. The results show that the probability that women with a diagnosis of Turner syndrome presents of suffering from personality disorders, in comparison with a clinical normative sample, is higher for all disorders, being antisocial, self-destructive and compulsive scales those presenting the highest percentages. Thus, despite the limitations encountered, it is important to consider that, according to the finding of the scientific literature, personality is partly determined by biological factors, and in this sense the Turner syndrome has a particular specificity to result from loss of genetic material and therefore cause physical and neuropsychological distinctive characteristics. At the

same time, environmental factors would be responsible for modular the development of biological predispositions of certain personality traits, and in this sense social relations, the process of socialization and stimulation that provide girls with a diagnosis of Turner Syndrome from the early years of life, could have a strong impact on the development of what in future will be formed personality style. The results are important for therapeutic work with women diagnosed with Turner syndrome because as having empirical information about their characteristics and personality disorders may be possible to diagramming programs specific treatments they consider their particular way of relating to themselves and the environment, seeking to develop new strategies to improve their quality of life. And at the same time, suggests possible interventions at the family level, especially during childhood, aimed at the prevention of development of dysfunctional personality characteristics.

Key words: Personality; Turner Syndrome; Personality disorders; Millon; MCMI-II.

INTRODUCCIÓN

El *Síndrome de Turner* (ST) es un trastorno cromosómico determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Su incidencia poblacional es de 1:1900 niñas nacidas vivas (Murphy, Mazzocco, Gerner & Henry, 2006), por lo cual se constituye en el trastorno no heredable de mayor incidencia dentro de la población femenina. Si bien es un trastorno de etiología genética, en el desarrollo post-natal de las mujeres con este diagnóstico no sólo intervienen factores genéticos sino también factores familiares, educacionales y sociales que resultan relevantes en su desarrollo (Mazzocco, 2006) y lo configuran como un síndrome con gran variabilidad intrapoblacional. Diversas investigaciones han correlacionado la variabilidad genotípica del síndrome con la amplia variabilidad fenotípica del mismo,

sosteniendo que la intensidad y frecuencia de las anomalías físicas y de las características psicológicas están determinadas, en parte, por el grado de delección y la inactivación o silenciamiento de genes; encontrándose diferencias individuales en mujeres con el mismo genotipo, hecho que permite suponer la influencia de factores ambientales (López & Aguilar, 2009).

Entre sus principales características físicas se destacan baja talla y fallo en el desarrollo puberal. Habitualmente la baja talla es el principal motivo de consulta a profesionales médicos, afectando entre un 95 - 100% de los casos y constituyéndose en el signo más constante y distintivo, especialmente durante la adolescencia y la adultez (Ramos, 2004).

Otra característica distintiva y de gran impacto durante la adolescencia y posteriormente en la edad adulta, es el fallo en el desarrollo puberal el cual impide el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de la pubertad y afecta aproximadamente al 95% de las mujeres con diagnóstico de ST (Amundson, Boman, Barrenäs, Bryman & Landin-Wilhelmsen, 2010; Rodríguez-Hierro, 2004). La administración externa de estrógenos es el tratamiento utilizado para lograr el desarrollo puberal, dependiendo de la edad de inducción de la talla conseguida y de la valoración psicológica de cada mujer al momento de la evaluación médica (Cañete-Estrada, 2004; Menke et al., 2010). En la edad adulta esta disfunción se convierte en una de las mayores preocupaciones de las mujeres con diagnóstico de ST, incluso adquiriendo mayor importancia que la talla alcanzada. Al no existir ovarios funcionantes se ve imposibilitada su capacidad de lograr la maternidad por medios naturales, siendo necesario recurrir a métodos artificiales de fecundación. Esta situación produce un gran impacto tanto a nivel psicológico como social a causa de la relevancia que tiene en relación al rol y al ideal femenino la posibilidad de la maternidad (Cardoso et al., 2004; Sartori, López & Aguilar, 2013).

De acuerdo a la literatura científica, cognitivamente se han observado en el ST problemas relacionados con el manejo del factor

numérico (matemáticas y cálculos) (McCauley, Feuillan, Kushner & Ross, 2001), generación y comprensión de conceptos abstractos, planificación de tareas complejas y en las habilidades viso-espaciales (dibujo, planos, interpretación de caras y objetos); así como déficit en la memoria no verbal, en especial la memoria a corto plazo (Collaer, Geffner, Kaufman, Buckingham & Hines, 2002; Mazzoco, 2006; Mazzocco, Bhatia & Lesniak-Karpiak, 2006; Swillen et al., 1993). Aun así, dichas dificultades no impiden una vida independiente para las mujeres con diagnóstico de ST.

Sin embargo, todas estas particularidades, especialmente los problemas físicos, producen un impacto en el desarrollo psicológico y social de las mujeres con diagnóstico de ST y pueden afectar la capacidad y calidad de sus relaciones sociales (El Abd, Turk & Hill, 1995; Kleczkowski, Kubien, Dmoch, Fryns & Van den Berghe, 1990; McCauley & Sybert, 2006; Suzigan, Paiva e Silva, Guerra-Júnior, Mariani & Maciel-Guerra, 2011). Si bien en la infancia las dificultades en el aprendizaje solapan esta disfunción social, en la adolescencia se vuelve más pronunciada teniendo repercusiones en la edad adulta (Aguilar, López & Sartori, 2010). Autores como Elsheikh, Dunger, Conway y Wass (2002) expresan que las mujeres adultas con diagnóstico de ST presentan mayores dificultades para poder generar relaciones de amistad y de pareja, en parte debido al déficit que presentan en la comprensión de la comunicación no verbal y al sostenimiento de una imagen negativa de sí mismas, producto de las características físicas propias del síndrome. Al mismo tiempo, los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa son más frecuentes que en la población general (Delooz, Van den Berghe, Swillen, Kleczkowska & Fryns, 1993; Labarta-Aizpún et al., 2004).

Los vínculos con las personas significativas, especialmente con los padres, tienen una gran influencia en su desarrollo social, y en el caso de mujeres con diagnóstico de ST, es frecuente observar sobreprotección parental, como consecuencia de una relación que se

guía a partir de la estatura que presentan y no en base a la edad cronológica, razón por la cual siempre se tiende a infantilizarlas. Esta conducta parental origina en muchos casos, un sentimiento de seguridad en las relaciones familiares y cercanas que lleva a que se replieguen hacia el interior de la propia familia y eviten las relaciones extra-familiares por miedo al rechazo o por vergüenza (López, Aguilar & Gillet, 2009; Sartori, Zabaletta, Aguilar & López, 2013). Otro aspecto importante y distintivo es que gran parte de su vida se encuentra atravesada por tratamientos hormonales y aspectos médicos que tienen impacto tanto en lo físico como en lo psicológico y social (Sartori et al., 2013). Cada etapa de su desarrollo vital presenta diferentes desafíos, siendo la adolescencia crucial debido a que en esta etapa se consolidan la identidad, el autoconcepto y las características de personalidad.

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, 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 (Millon, 1999a).

Desde su modelo teórico, al que denominó *modelo biosocial-evolutivo* de la personalidad, se la considera como un patrón profundamente incorporado que se expresa claramente en rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten por largos períodos de tiempo y cuyo desarrollo está en función de una interacción compleja entre factores biológicos y ambientales (Besteiro et al., 2004; Davis, 1999; Herrero-Sánchez, 2007). La herencia es una de las principales influencias biológicas que establece los fundamentos que guían el desarrollo de la per-

sonalidad; mientras que los aprendizajes son considerados la principal influencia ambiental que permite la adquisición de nuevas respuestas frente a estímulos (Millon & Davis, 2000). 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 (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, las diferencias se encuentran en las disposiciones biológicas y en las experiencias aprendidas (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Sánchez, 2003). 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 (Plomin, De Fries, McClearn & Guffin, 2002; Sartori, Zabaletta, Aguilar & López, 2013). 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). Es a partir del conocimiento de la combinación de estas tres dimensiones polares y de sus defectos, como se originan los estilos y los trastornos de personalidad (Strack & Millon, 2007; Widiger, 1999).

Siguiendo con la misma línea teórica, se entiende por *personalidad normal* a aquellos estilos distintivos de funcionamiento adaptativo que resultan eficaces para relacionarse con el ambiente; mientras que 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 (Cardenal et al., 2007). Así, la personalidad normal estaría caracterizada por una capacidad flexible y adaptativa de relación con el entorno, percepciones constructivas sobre sí mismo y el entorno y estilos de conducta caracterizados como promotores de salud (Millon & Grossman, 2006). Por su parte los trastornos de personalidad 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 et al., 2007).

De esta forma, si bien las influencias genéticas parecieran ser determinantes 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; proporcionan las formas concretas en que se expresan los rasgos particulares y suministran los indicadores a partir de

los cuales ellos se infieren y se miden sus niveles de adaptación (McCrae et al., 2000).

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. Esta perspectiva orientada hacia un abordaje interdisciplinario se constituye en el marco más propicio para el abordaje de personas con trastornos genéticos, ya que el impacto diferencial que tiene cada uno de estos factores en el desarrollo psicosocial repercute directamente en su calidad de vida. El estudio de la personalidad en poblaciones con trastornos genéticos, y especialmente en el ST, se constituye actualmente en un área de vacancia dentro de la investigación psicológica. En este punto, es importante considerar que los estudios a nivel mundial sobre dicha temática son escasos y fueron desarrollados desde una perspectiva diferente de la personalidad, generalmente basada en el modelo de Eysenck (Boman, Hanson, Hjelmquist & Moller, 2006), no hallándose investigaciones con el modelo biosocial-evolutivo de la personalidad de Millon. Esta vacancia y la importancia de contar con conocimientos sobre la personalidad de la población en estudio, a fin de poder diagramar terapias específicas y programas de intervención centrados en las dificultades propias del síndrome, soportan el objetivo del presente trabajo que consiste en aportar datos que permitan caracterizar la personalidad de mujeres adultas con diagnóstico de ST tomando como teoría de base de la personalidad los desarrollos realizados por Millon.

MÉTODO

Se trabajó con un diseño *ex post facto*, retrospectivo, con grupo simple (Montero & León, 2007).

PARTICIPANTES

La selección de la muestra fue de conveniencia, no probabilística e intencional y estuvo conformada por 60 mujeres adultas con diagnóstico clínico de ST (determinado a través de un estudio cariotípico), con edades comprendidas entre 18 y 55 años y con una media de edad de 30.30 años, que prestaron su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

En una primera instancia 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 de forma voluntaria y sujeta al consentimiento informado. 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.

INSTRUMENTO

El abordaje metodológico se realizó a partir del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) en su versión original traducida al español (Millon, 1999b). 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, agresivo - sádica, compulsiva, pasivo - 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). Este instrumento presenta escasos estudios de validación en Latinoamérica (Chiepa & Cupani, 2011; De Macedo Neuenschwander, 2006; Morales de Barbenza, 2003; Muñoz De Visco & Morales de Barbenza, 2000; Solís-Manrique, 2007). Se utilizó la versión española del MCMI-II y sus baremos, que presenta un coeficiente *Alpha* entre .66 y .89; una fiabilidad test-retest entre .85 y .93 para las puntuaciones dimensionales y el diagnóstico dimensional con espacio de dos semanas. En relación a la validez del constructo del instrumento, el MCMI-II se diseñó de acuerdo con un modelo estructural politético que acentúa la consistencia interna de cada escala pero no requiere la independencia de las distintas escalas que caracterizan a los enfoques factoriales. De esta forma y de acuerdo con este modelo, las escalas del inventario poseen un alto nivel de consistencia interna, aunque a la vez, evidencian una superposición selectiva y un alto grado de correlación con otras escalas teóricamente relacionadas. Asimismo el MCMI-II se analizó factorialmente y se obtuvieron cuatro factores que explican aproximadamente un 86% de la variancia total (De Macedo Neuenschwander, 2006). Finalmente, en relación a la validez convergente, se realizó la correlación entre el MCMI-II y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). Según Wiese (ver Millon, 2002) los estudios evidencian una convergencia significativa, con una correlación media de .54 entre las escalas de personalidad de ambos inventarios.

En el estudio realizado se ha considerado la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la Tasa-Base (TB)

del MCMI-II es superior a 84, de acuerdo con los criterios más conservadores de Wetzler (1990).

ANÁLISIS DE DATOS

Se transformaron las puntuaciones directas en puntuaciones TB a partir de las cuales fue posible realizar comparaciones con el grupo clínico de la muestra normativa española. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central) para caracterizar a los sujetos de la muestra. Para obtener el índice de la probabilidad de que las mujeres con diagnóstico de ST presentaran determinados trastornos de la personalidad, se calculó la razón de momios (RM) o razón de oportunidades (en inglés *odd-ratio*) (OR).

En este estudio, de carácter transversal, la RM es el cociente de la frecuencia de presencia de trastornos de la personalidad observada en el total de los casos (mujeres con diagnóstico de ST) y la frecuencia de presencia de trastornos de la personalidad observada en el grupo control (muestra normativa). Se trata de una forma de expresar la proporción de veces de que las mujeres con diagnóstico de ST presentan trastornos de personalidad comparada con la proporción en la muestra normativa. Si el RM es igual a 1, significa que la cantidad de veces que una mujer con diagnóstico de ST presenta un trastorno de la personalidad vs. las veces que una mujer sin diagnóstico de ST presenta un trastorno de la personalidad es de 1:1, es decir que aparecerá tantas veces cuando la variable esté presente como cuando la variable no se presente. Para traducir la RM en probabilidades se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Probabilidad} = \frac{RM}{(RM+1)}$$

RESULTADOS

Para el análisis de los datos, inicialmente se transformaron las puntuaciones directas en *puntuaciones TB*, las cuales se definen

como la probabilidad que un sujeto tiene de presentar cierto atributo. Para ello, se utilizaron las normas del MCMI-II (Millon, 1999b) donde se considera que las puntuaciones TB iguales o superiores a 85 puntos serían representativas de la presencia de un estilo desadaptativo de personalidad. Cuando las puntuaciones de las escalas sobrepasan este punto de corte, se considera que existe una mayor rigidez en el estilo de personalidad y por lo tanto, una mayor severidad o gravedad del trastorno al que hace referencia (Winberg-Nodal & Vilalta-Suárez, 2009). En la Tabla 1 se presentan los porcentajes de mujeres con diagnóstico de ST con indicadores de trastornos de personalidad y a fines de comparación, se incluyen los datos de la muestra clínica normativa española ($N = 1292$) para mujeres utilizada en la construcción y validación del MCMI-II (Millon, 1999b).

Los datos recogidos permiten observar que los porcentajes de las mujeres con diagnóstico de ST que han obtenido puntajes TB iguales o mayores a 85 puntos, es superior en todas las escalas a los de la muestra clínica normativa, hecho que indicaría la vulnerabilidad de esta población de presentar trastornos de personalidad.

En la Tabla 1 se puede observar que la Escala Dependiente presenta el porcentaje más elevado (58.3%), seguido por la Escala Compulsiva (56.7%). Las tres escalas restantes con mayor puntaje fueron la Escala Evitativa o Fóbica (46.7%), la Escala Autodestructiva (40%) y la Escala Pasivo-agresiva (37.6%).

Sin embargo, la mera descripción de los porcentajes no permite establecer el aumento de probabilidad de las mujeres con diagnóstico de ST de padecer un trastorno de personalidad, ya que la prevalencia de los diferentes trastornos es variable en la población. Por ello, con el objeto de calcular una medida de tamaño del efecto que permita establecer la posibilidad que tienen las mujeres con diagnóstico de ST de presentar trastornos de personalidad se calculó la RM, en comparación con la muestra clínica normativa (ver Tabla 2).

Estos datos indican que la probabilidad que presentan las mujeres con diagnóstico

de ST de este estudio de padecer trastornos de personalidad, en comparación con la muestra clínica normativa, resulta siempre superior para todos los trastornos, variando entre 1.25 y 10.44 veces más. Las probabilidades más altas se observan para los trastornos de la personalidad Autodestructivo (10.44:1); Compulsivo (8.76:1) y Antisocial (8.65:1) y las probabilidades más bajas para los trastornos de la personalidad: Histriónico (1.25:1), Narcisista (3.51:1) y Pasivo - agresivo (4.25:1).

DISCUSIÓN

Una de las utilidades del MCMI-II es describir las características de la personalidad de una población, y en el caso de que la muestra se componga de individuos que presenten un atributo o un diagnóstico clínico común, las características que determine el test pueden generalizarse para describir a dicha población. Sin embargo, hasta el momento los datos obtenidos con el MCMI-II han sido siempre a partir del estudio y trabajo con poblaciones generales. No se han realizado estudios con personas con trastornos genéticos o grupos sindrómicos en particular, razón por la cual el conocimiento que se tiene hasta el momento respecto de la personalidad y sus trastornos dentro de este tipo de grupos particulares es escaso.

Los resultados obtenidos en la investigación que se informa dan cuenta que la probabilidad de padecer trastornos de personalidad en las mujeres con diagnóstico de ST participantes del presente estudio 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 autosa-

crificada 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. Esta escala sin embargo, ha generado controversia entre los autores, existiendo quienes sostienen que la misma no debería tomarse como una escala básica de personalidad sino que debería incluirse dentro de las escalas de trastornos graves (Choca & Van Denburg, 1998). Con respecto a las mujeres con diagnóstico de ST, es posible pensar que debido a sus dificultades en relación a las habilidades sociales, muchas veces en las ocasiones en que logran establecer vínculos interpersonales tienden a mostrarse obsequiosas y auto-sacrificadas por temor a perder dichos vínculos, permitiendo, e incluso fomentando, que las demás personas se aprovechen de ellas o las exploten. 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). 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). Esta situación agudiza su sentimiento de soledad y aislamiento social, provocando sentimientos negativos con respecto a sí mismas.

Finalmente la Escala Compulsiva describe a personas cuyo rasgo predominante es la autodisciplina. Mantienen una norma de vida regulada, repetitiva y estructurada. Son perfeccionistas y muestran un respeto extremo por las convenciones sociales, prefiriendo las relaciones personales corteses, formales y correctas. La disciplina también la practican a nivel emocional, escondiendo sus emociones como si fueran amenazantes y confusas y no actuando de forma espontánea. Presentan un conflicto ambivalente manifestado en pensamientos positivos y conductas socialmente correctas que son totalmente opuestas a sus más profundos sentimientos. Rara vez expresan enojo y exasperación frente a situaciones que lo ameritan (Millon, 1999b). En el caso de las mujeres con diagnóstico de ST, la confirmación del diagnóstico conlleva una necesidad de adaptación a nuevas condiciones médicas con el fin de mejorar su calidad de vida a futuro. Gran parte de su vida y de su desarrollo se encuentra mediada por tratamientos hormonales y controles médicos, frente a los cuales asumen una actitud de compromiso a pesar de que muchas veces resultan molestos o incómodos. Y esta actitud se traslada al diagnóstico en sí mismo frente al cual se muestran ambivalentes refiriendo, por un lado que el síndrome no influye en sus vidas y manifestando por el otro, que los excesivos controles médicos generan una diferencia con el resto de las mujeres. De esta forma, desde la infancia, las circunstancias propias del síndrome las convierten en mujeres que deben seguir una rutina organizada y estructurada, especialmente en aquello que hace a su salud, aumentando considerablemente los cuidados y controles al llegar a la edad adulta donde algunas patologías médicas se complejizan (Bondy, 2007; Elsheikh et al., 2002; López-Siguero, 2012).

Los datos obtenidos en esta investigación y el análisis precedente permiten sostener la idea de que las escalas y los rasgos mencionados pueden resultar característicos de las mujeres con diagnóstico de ST y que ello podría ser el resultado de las particularidades propias de la expresión del síndrome. Sin embargo cabe señalar que en primer lugar, las

comparaciones realizadas en el presente estudio se han realizado con una población normativa de mujeres pertenecientes a un contexto sociocultural diferente debido a que en Latinoamérica no se cuenta con baremos poblacionales específicos. Este hecho podría hacer, tal como sostiene Vinet (2010), que el peso de lo cultural fuera determinante y por lo tanto que los resultados encontrados estuvieran asociados a diferencias de contexto, siendo necesario considerarse como una limitación de la presente investigación que podría resolverse con estudios multicéntricos realizados en colaboración con diferentes países de Latinoamérica. Al mismo tiempo, y en segundo lugar, es necesario tener en cuenta que debido al método de selección de la muestra y convocatoria de las participantes, no es posible generalizar los resultados a toda la población de mujeres con diagnóstico de ST. Se sugiere en futuros estudios considerar y resolver estas limitaciones a fin de obtener conocimiento válido a nivel poblacional de las posibles relaciones entre las características de las escalas analizadas y el perfil psicosocial y de personalidad de las mujeres con diagnóstico de ST.

Sin embargo, y a pesar de las limitaciones encontradas, es importante considerar que, de acuerdo a lo sostenido por la literatura científica, la personalidad se encuentra determinada en parte por factores biológicos, y en este sentido el ST presenta una especificidad particular al resultar de la pérdida de material genético y por lo tanto ocasionar características físicas y neuropsicológicas distintas y propias. Los factores ambientales

serían los encargados de modular el desarrollo de las predisposiciones biológicas de determinados rasgos de personalidad, y en este sentido las relaciones sociales, el proceso de socialización y la estimulación que se brinden a las niñas con diagnóstico de ST desde los primeros años de vida, podrían tener una fuerte incidencia en el desarrollo de lo que en un futuro será el estilo de personalidad constituido. Por lo tanto, los resultados obtenidos podrían resultar relevantes, en tanto constituyen una evidencia de la vulnerabilidad que presenta esta población de padecer trastornos de personalidad. Al mismo tiempo, los resultados resultan de importancia para el trabajo terapéutico con mujeres con diagnóstico de ST, ya que al tener información empírica sobre sus características y trastornos de personalidad predominantes es posible diagramar programas de tratamientos específicos que consideren su modo particular de relacionarse consigo mismas y con el entorno, buscando el desarrollo de nuevas estrategias que permitan mejorar su calidad de vida. Y al mismo tiempo permite pensar posibles intervenciones a nivel familiar, especialmente durante la infancia, cuyo objetivo sea la prevención respecto del desarrollo de características de personalidad disfuncionales.

Se espera continuar con esta línea de investigación y ampliar el número de participantes trabajando en colaboración con otras instituciones extranjeras que permitan la validación del instrumento y la obtención de mayores evidencias que permitan corroborar los resultados de este estudio.

TABLA 1
 PORCENTAJES DE INDICADORES DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ST
 Y EN LA MUESTRA CLÍNICA NORMATIVA DE MUJERES DEL MCMI-II

Escalas de Personalidad	Mujeres con ST %	Muestra Clínica MCMI-II %
1.- Esquizoide	21.7	4
2.- Fóbica (Evitativa)	46.7	10
3.- Dependiente (Sumisa)	58.3	20
4.- Histriónica	25	21
5.- Narcisista	18.3	6
6a.- Antisocial	15	2
6b.- Agresivo-sádica	23.3	4
7.- Compulsiva	56.7	13
8a.- Pasivo-agresiva	36.7	12
8b.- Autodestructiva	40	6

TABLA 2
 RAZÓN DE MOMIOS DE PADECER TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN FUNCIÓN DE PRESENTAR ST

Escalas de Personalidad	Razón de momios
1.- Esquizoide	6,65
2.- Fóbica (Evitativa)	7,89
3.- Dependiente (Sumisa)	5,59
4.- Histriónica	1,25
5.- Narcisista	3,51
6a.- Antisocial	8,65
6b.- Agresivo-sádica	7,29
7.- Compulsiva	8,76
8a.- Pasivo-agresiva	4,25
8b.- Autodestructiva	10,44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M.J., López, M.C. & Sartori, S. (2010). Autoconcepto y síndrome de Turner: Influencia de parámetros biológicos en el desarrollo psicosocial [Self-concept and Turner syndrome: Biological parameter's influence in the psychosocial development]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(4), 274-283.
- Amundson, E., Boman, U.W., Barrenäs, M.L., Bryman, I. & Landin-Wilhemsen, K. (2010). Impact of growth hormone therapy on quality of life in adults with Turner syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(3), 1355-1359. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-1754>
- Alchieri, J.C., Cerro, C.S. & Nuñez, J.C. (2005). Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon [Millon's factorial theory of personality style]. *Psico*, 36(2), 175-179.
- Besteiro, J.L., Lemos, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., Inda, M., Paíno, M. et al. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV [The construct validity of personality disorders in DSM-IV]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 255-269.
- Boman, U., Hanson, C., Hjelmquist, E. & Moller, A. (2006). Personality traits in women with Turner syndrome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 219-223. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00510.x>
- Bondy, C. (2007). Care of girls and women with Turner syndrome: A guideline of the Turner syndrome study group. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(1), 10-25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2006-1374>
- Cañete-Estrada, R. (2004). Inducción puberal en el síndrome de Turner. Tipos de indicación: Acciones e inconvenientes [Pubertal induction Turner syndrome. Display modes: Actions and disadvantages]. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º Curso de Formación de Posgrado* (pp.117-131). Recuperado el 15 de marzo de 2013 de <http://www.seepes/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 [Personality disorders according to Millon's personality model: An integrative approach]. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Cardoso, G., Daly, R., Hag, N.A., Hanton, L., Rubinow, D.R., Bondy, C.A. et al. (2004). Current and lifetime psychiatric illness in women with Turner syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 19(6), 313-319. <http://dx.doi.org/10.1080/9513590400021227>
- Chiepa, J. & Cupani, M. (2011). *Relación entre el modelo de los cinco factores y los trastornos de personalidad* [Relationship between the five-factor model and personality disorders]. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología y XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado el 20 de octubre de 2013 de <http://www.aacademica.org/000-052/204>.
- Choca, J.P. & Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI* [Guide to the interpretation of the MCMI]. Buenos Aires: Paidós.
- Collaer, M.L., Geffner, M.E., Kaufman, F.R., Buckingham, B. & Hines, M. (2002). Cognitive and behavioral characteristics of Turner syndrome: Exploring a role for ovarian hormones in female sexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 41(2), 139-155. <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2001.1751>
- Davis, R.D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352. <http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JP720302>
- De Macedo Neuenschwander, C. (2006). Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia [Relationship between disadaptive personality characteristics and

- pharmaco-dependency]. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (9), 171-188.
- Delooz, J., Van den Berghe, H., Swillen, A., Kleczkowska, A. & Fryns, J.P. (1993). Turner syndrome patients as adults: A study of their cognitive profile, psychosocial functioning and psychopathological findings. *Genetic Counseling*, 4(3), 169-179.
- El Abd, S., Turk, J. & Hill, P. (1995). Annotation: Psychological characteristics of Turner syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1109-1125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01360.x>.
- Elsheikh, M., Dunger, D.B., Conway, G.S. & Wass, J.A. (2002). Turner's Syndrome in adulthood. *Endocrine Reviews*, 23(1), 120-140. <http://dx.doi.org/10.1210/er.23.1.120>.
- Herrero Sánchez, J.R. (2007). Psicodinamia en Millon: Del modelo biopsicosocial al modelo ecológico [Psychosynergy in Millon: From bio-psycho-social model to ecological model]. *SUMMA Psicológica UST*, 4(2), 99-105.
- Kagan-Krieger, S. (2001). Factors that affect coping with Turner Syndrome. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 43-45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00043.x>.
- Kleczkowska, A., Kubien, E., Dmoch, E., Fryns, J.P. & Van den Berghe, H. (1990). Turner syndrome: II. Associated anomalies, mental performance and psychological problems in 218 patients diagnosed in Leuven in the period 1965-1989. *Genetic Counseling*, 1(3-4), 241-249.
- Labarta Aizpún, J., Sanjuán Casamayor, P., Gracia Cervero, E., Fernández Lorente, A., Romero Calvo Díaz, M. et al. (2004). Síndrome de Turner: Crecimiento espontáneo y talla final [Turner syndrome: Spontaneous growth and final height]. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º curso de formación de posgrado*. (pp. 51-70). Recuperado el 15 de marzo de 2013 de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf>.
- López, M.C. & Aguilar, M.J. (2009). Vulnerabilidad social en el síndrome de Turner: Interacción genes-ambiente [Social vulnerability in Turner's syndrome: Genes-environment interactions]. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 29(2), 318-329.
- López, M.C., Aguilar, M.J. & Gillet, S.R. (2009). Relación materno-filial en niñas y adolescentes con diagnóstico de síndrome de Turner [Maternal and filial relationship in children and adolescents diagnosed with Turner syndrome]. *2º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata*. (CD). Recuperado el 1 de abril de 2014 de <http://www.psico.unlp.edu.ar/seguendocongreso/pdf/ejes/psic/085.pdf>.
- López-Siguero, J.P. (2012). *Preguntas y respuestas sobre el síndrome de Turner* [Questions and answers about Turner syndrome]. Madrid: Novo Nordick Pharma S.A.
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, (1298), 83-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ics.2006.06.016>.
- Mazzocco, M., Bhatia, N.S. & Lesniak-Karpiak, K. (2006). Visuospatial skills and their association with math performance in girls with fragile X or Turner syndrome. *Child Neuropsychology*, 12(2), 87-110. <http://dx.doi.org/10.1080/09297040500266951>.
- McCauley, E., Feuillan, P., Kushner, H. & Ross, J.L. (2001). Psychosocial development in adolescents with Turner syndrome. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(6), 360-365. <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-200112000-00003>.
- McCauley, E. & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series*, (1298), 93-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ics.2006.06.018>.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Harcaron, M., Avia, M.D. et al. (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. et al. (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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.12.011>,
- Millon, T. (1999a). Reflection on psychosynergy: A model for integrating science, theory, classification assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456. <http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JP720308>.
- Millon, T. (1999b). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II. Manual* [MCMI-II. Millon - Clinical Multiaxial Inventory II. Manual] (2da. ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones - Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II. Manual* [MCMI-II. Millon - Clinical Multiaxial Inventory II. Manual] (3ra. ed. rev.). Madrid: TEA Ediciones - Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. & Grossman, S. (2006). Goals of theory of personality. En J. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. New Jersey: Wiley.
- 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 [The integrative approach in Theodore Millon's personality theory]. *Interdisciplinaria*, 20(1), 61-74.
- Muñoz De Visco, N. & Morales de Barbenza, C. (2000). Estilos de personalidad y autoestima en un grupo de estudiantes que ingresan en la universidad [Personality styles and self-esteem in a group of students who enter at university]. *IDEA*, 14(32), 19-30.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2005.12.014>.
- Plomin, R., De Fries, J., McClearn, G. & Guffin, P. (2002). *Genética de la conducta* [Behavioral genetics]. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- Ramos, F. (2004). Síndrome de Turner: Manifestaciones clínicas [Turner syndrome: Clinical manifestations]. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º Curso de Formación de Posgrado* (pp.1-12). Recuperado el 15 de marzo de 2013 de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradosep.pdf>.
- Rodríguez-Hierro, F (2004). Función ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el síndrome de Turner [Ovarian function, spontaneous puberty and fertility in Turner Syndrome]. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) (Eds.), *Síndrome de Turner: 9º Curso de Formación de Posgrado* (pp. 43-50). Recuperado el 15 de marzo de 2013 de <http://www.seep.es/privado/documentos/Publicaciones/2003ST/9postgradoseep.pdf>.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon. Una teoría de la personalidad y su patología [Theodore Millon, a theory of the personality and its pathology]. *PsicoUSF*, 8(2), 163-173.
- Sartori, M.S., López, M.C. & Aguilar, M.J. (2013). Tratamientos hormonales y desarrollo psicossocial en mujeres adultas con diagnóstico de síndrome de Turner [Hormone treatments and psychosocial development in adult women diagnosed with Turner syndrome]. En Asociación Argentina de Salud Mental (Eds), *Salud mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención*, 2, 943-944. Buenos Aires, Argentina.
- 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 [Psychological variables trunks in the development of social skills: Differential study in children and adolescents diagnosed with Turner syndrome]. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 31-34. <http://dx.doi.org/10.5839/rcnp.2013.0802.02>.
- Solís Manrique, C.A. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI - II): Validez y confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana* [Clinical Multiaxial Inventory of Millon II (MCMI-II): Validity and reliability in patients

- of two mental health hospital in Metropolitan Lima]. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Recuperado el 25 de agosto de 2013 de <http://www.tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4820>.
- Starke, M., Albertsson-Wikland, K. & Möller, A. (2003). Parents' descriptions of development and problems associated with infants with Turner syndrome: A retrospective study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 293-298.
- Strack, S. (1999). Millon's normal personality style and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 426-436. <http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JP720307>.
- Strack, S. & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 56-69. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701357217>.
- Suzigan, L.Z., Paiva & 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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00887.x>.
- Swillen, A., Fryns, J.P., Kleczkowska, A., Massa, G., Vanderschueren-Lodeweyckx, M. & Van den Berghe, H. (1993). Intelligence, behaviour and psychosocial development in Turner syndrome. A cross-sectional study of 50 pre-adolescent and adolescent girls (4-20 years). *Genetic Counseling*, 4(1), 7-18.
- Vinet, E.V. (2010). Relativismo cultural del modelo de personalidad de Millon en América Latina: Un estudio con adolescentes [Cultural relativity of the Millon's personality model in Latin-America: A study with adolescents]. *Interdisciplinaria*, 27(1), 23-40.
- Weltzer, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- Widiger, T.A. (1999). Millon's dimensional polarities. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 365-389. <http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JP720304>.
- Winberg-Nodal, M. & Vilalta-Suárez, R.J. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCM I-II) en una muestra forense [Assessment of personality disorders with the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) in a forensic sample]. *Psicothema*, 21(4), 610-614.

Centro de Investigación en Procesos Básicos,
Metodología y Educación (CIMEPB)
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)
Mar del Plata - Provincia de Buenos Aires
República Argentina

Fecha de recepción: 21 de mayo de 2014
Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2014

