

## PERFILES DE PERSONALIDAD EN MUJERES ADULTAS CON SINDROME DE TURNER. RELACIONES CON PERCENTIL DE TALLA Y DESARROLLO PUBERAL.

## PERSONALITY PROFILES IN ADULT WOMEN WITH TURNER`S SYNDROME. RELATIONS WITH PERCENTILE OF HEIGHT AND PUBERAL DEVELOPMENT.

María Soledad Sartori\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Becaria Doctoral CONICET-  
Grupo de investigación “Comportamiento humano, genética y ambiente”- CIMEPB-

### Resumen

En la actualidad existe consenso sobre la importancia de integrar medidas biológicas y psicológicas, dando lugar a trabajos interdisciplinarios que acrecientan el conocimiento en el campo de la psicología del desarrollo. En este contexto, el estudio de las características psicológicas y fisiológicas de personas con trastornos genéticos abre nuevas líneas de investigación destinadas a diseñar modelos explicativos que permitan analizar la interacción de factores biológicos y ambientales en el desarrollo de caracteres psicológicos. La presente investigación tiene por objetivo caracterizar la personalidad de mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner y determinar si existen perfiles distintivos asociados al percentil de talla y al desarrollo puberal. Se trabajará con un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con un grupo simple conformado por 30 mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner a quienes se le administrará el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Se espera que los resultados brinden mayores conocimientos sobre las características de personalidad de dicha población y permitan elaborar instrumentos clínicos y estrategias terapéuticas acordes a dicha población y a sus problemáticas que redunden en una mejor la calidad de vida de las mujeres con dicho diagnóstico.

Palabras claves: Personalidad- Síndrome de Turner- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

### Abstract

There is now consensus on the importance of integrating biological and psychological measures, leading to interdisciplinary work that increase knowledge in the field of developmental psychology. In this context, the study of physiological and psychological characteristics of people with genetic disorders opens up new lines of research aimed at designing explanatory models that analyze the interaction of biological and environmental factors in the development of psychological characteristics. This research aims to characterize the personality of adult women with Turner Syndrome diagnosis and determine whether there are distinctive profiles associated percentile of height and pubertal development. It will work with a type design ex post facto retrospective single group consisted of 30 adult women diagnosed with Turner syndrome who will be given the Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II). Results are expected to provide more knowledge about the personality characteristics of this population and develop tools allow clinical and therapeutic strategies in line with this population and their problems that result in a better quality of life for women with this diagnosis.

Key words: Personality- Turner Syndrome- Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II)

---

\*Contacto: [solesartori@gmail.com](mailto:solesartori@gmail.com)

## Personalidad, Genética y Ambiente

La personalidad desde la teoría biosocial-evolutiva de Millon es considerada como un patrón profundamente incorporado que se expresa claramente en rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten por largos periodos de tiempo. Según este modelo, el desarrollo de la personalidad está en función de la interacción compleja entre factores biológicos y ambientales. La herencia es considerada como una de las principales influencias biológicas. La misma establece los fundamentos que guían el desarrollo de la personalidad; mientras que dentro de los factores ambientales son de vital importancia los distintos tipos de aprendizajes, ya que permiten la adquisición de diversas respuestas que el individuo no posee originalmente. El impacto relativo que cada uno de los factores biológicos y ambientales tendrá sobre el desarrollo de una persona, depende de su potencia y cronicidad (Millon & Davis, 2000).

Desde esta teoría es posible pensar dentro de la personalidad dos fundamentos que la constituyen, uno basado en lo biológico, el temperamento, y otro relacionado con las costumbres sociales denominado carácter. El temperamento es la base biogenética del desarrollo de la personalidad, es el material biológico en bruto e incluye el sustrato neurológico, endocrinológico y bioquímico desde el cual comienza a formarse la misma. Por otro lado el carácter es definido a partir de las costumbres sociales de un momento y lugar específico; refleja hasta qué punto una persona se ajusta y manifiesta según las tradiciones sociales, éticas y costumbres de su sociedad. A su vez, en el centro de la personalidad es posible distinguir dos procesos: 1) la interacción del individuo con las demandas del medio ambiente y 2) la interacción consigo mismo. El análisis de estos procesos 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 (Morales de Barbenza, 2003). La conducta anormal se forma y desarrolla de acuerdo con los mismos principios y mecanismos involucrados en el desarrollo de la conducta normal. Sin embargo, debido a diferencias en las disposiciones biológicas y en las experiencias aprendidas, algunas personas adquieren hábitos desadaptativos que pueden derivar en un trastorno de la personalidad (Sánchez, 2003).

En la actualidad existe consenso sobre la importancia de integrar medidas biológicas y psicológicas, dando lugar a trabajos interdisciplinarios que acrecientan el conocimiento en el campo de la psicología del desarrollo. En este contexto, el estudio de las características psicológicas y fisiológicas de personas con trastornos genéticos abre nuevas líneas de investigación destinadas a diseñar modelos explicativos que permitan analizar la interacción de factores biológicos y ambientales en el desarrollo de caracteres psicológicos.

El Síndrome de Turner (ST) es un trastorno genético, determinado por la delección total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. Corresponde a uno de los trastornos cromosómicos, no heredables, con mayor incidencia poblacional, 1:1900 niñas nacidas vivas (Murphy, Mazzocco, Gerner & Henry, 2006). Las mujeres con este diagnóstico atraviesan durante su desarrollo diversas situaciones disruptivas, consecuencia de la presencia de factores de vulnerabilidad físicos, neuropsicológicos y psicosociales. La talla baja, la ausencia de maduración puberal y la esterilidad son las características físicas que se presentan con mayor frecuencia. La talla baja es el principal motivo de consulta y afecta entre el 90 y el 100% de las mujeres diagnosticadas con este síndrome. Su origen está relacionado con la falta de un gen homeobox, denominado SHOX, que se ubica en el brazo corto (p) del cromosoma X. Dicha pérdida ocasiona un retraso en el crecimiento intrauterino, con posterior disminución progresiva de la velocidad de crecimiento durante la infancia y ausencia de empuje puberal en la etapa de la adolescencia (Morin, Guimarey, Santucci & Apezteguía, 2000). Las mujeres

sin tratamiento hormonal alcanzan una talla final que oscila entre los 129 y 147cm., siendo de 137,9cm la talla media reportada en Argentina (Garcia-Rudaz, et al., 1995). Autores como Brinch y Manthorpe (1987) sostienen que la baja talla es un factor de alto impacto emocional en las mujeres con diagnóstico de ST, originando muchos de los problemas psicosociales observados en esta población. Desde esta línea, Schmidt, Rubinow y Bondy (2006) y Suzigan, et al. (2004), consideran que la baja talla tiene efectos negativos sobre el autoconcepto y el desarrollo social. El tratamiento que se utiliza con el fin de mejorar la altura final implica la administración de hormona de crecimiento vía exógena. Dicha hormona produce un aumento en la velocidad de crecimiento durante el primer y segundo año de su aplicación, comenzando a declinar durante el tercer año (Morin, Guimarey, Santucci & Apezteguia, 2000). Los resultados que se obtienen varían en cada mujer y tiene una importante relación con la edad de inicio del tratamiento, la dosis de aplicación y la velocidad de feminización (Roman, et. al 2002). Otra de las características físicas relevante del ST es la ausencia de maduración puberal. 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 estiron puberal. Dicha ausencia se relaciona con el desequilibrio cromosómico producto de la delección de genes correspondientes al brazo largo (q) del cromosoma X. Por medio de la terapia estrogénica, que consiste en la administración de estrógenos vía externa, se estimula el desarrollo mamario, la proliferación del endometrio y la consecución de masa ósea. Sin embargo, el estrógeno también impulsa la maduración esquelética y la fusión epifisiaria, procesos que detienen el crecimiento en altura (Rodríguez-Hierro, 2003), hecho que resalta el equilibrio que debe ser contemplado por los profesionales médicos intervinientes al momento de secuenciar ambos tratamientos.

Lo expuesto da cuenta de la incidencia que tiene -en mujeres con diagnóstico de ST- la administración exógena de hormonas en la modulación de la expresión génica de determinadas características físicas, como talla y desarrollo puberal. En este punto, es importante considerar que la disfunción ovárica, al igual, que la baja talla contribuye al retraso en la maduración social, ocasionando en la adolescencia y en la vida adulta, dificultades en las relaciones con sus pares y aislamiento social. McCauley y Sybert (2006), Boman et al. (2004), Ross, Roentgen, Feuillan, Kushner y Cutler (1998) y Ross y Roentgen (1996) sostienen que la terapia con hormona de crecimiento y la terapia estrogénica tienen beneficios biológicos, psicológicos y sociales importantes en el desarrollo y maduración emocional de las mujeres con diagnósticos de ST promoviendo la autopercepción y el autoconcepto.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM- IV) “... los rasgos de personalidad pueden transformarse en trastornos cuando se vuelven inflexibles y desadaptativos, causando un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo...” (DSM-IV, 1995. p.646). Millon (Aparacio-Gracia & Sánchez-López, 1999) enmarca los trastornos de personalidad enumerados en el DSM a partir de un conjunto de tres polaridades: *objetivos de la existencia, estrategias de replicación y modos de supervivencia primarios*, proponiendo que a partir del conocimiento de los desequilibrios en estas polaridades es posible derivar de forma deductiva los trastornos de personalidad. Estos representan diferentes estilos de funcionamiento desadaptativos atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un individuo para relacionarse con los ambientes en los que se desarrolla. En el caso particular de las mujeres con diagnóstico de ST diversas investigaciones demostraron que los problemas físicos, propios de la expresión del síndrome, incrementan el riesgo de problemas psicológicos y sociales: menor autoconcepto, inmadurez emocional y ansiedad social, así como dificultades para constituir nuevas relaciones, conformar y mantener relaciones de amistad y establecer pareja; dando cuenta que las características físicas repercuten en una percepción de menor bienestar psicológico (López

& Aguilar, 2009; McCauley & Sybert, 2006). En este mismo sentido, Labarta (2004) sostiene que los estados de psicopatología como depresión, ansiedad y anorexia nerviosa se presentan con mayor frecuencia en las mujeres con diagnóstico de ST que en la población general.

En relación a lo expuesto y de acuerdo con la propuesta teórica de Millon, la finalidad de la presente investigación es contribuir al conocimiento de las relaciones entre parámetros biológicos y el desarrollo de la personalidad en una población vulnerable como son las mujeres con diagnóstico de ST. En este punto, es importante considerar que los estudios a nivel mundial sobre personalidad en mujeres con este diagnóstico son escasos y fueron desarrollados desde la perspectiva de Eysenck's, la cual surge desde un marco teórico diferente al propuesto en el presente trabajo (Boman, Hanson, Hjelmquist & Moller, 2006). Por último, establecer la posible incidencia de parámetros biológicos, como talla baja y disfunción ovárica sobre el desarrollo de la personalidad en mujeres con diagnóstico de ST, permitirá el diseño de protocolos clínicos que contemplen esta relación en función de mejorar la calidad de vida de esta población.

### *Objetivo General*

Caracterizar la personalidad de mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner y determinar si existen perfiles distintivos asociados al percentil de talla y al desarrollo puberal.

### *Objetivos específicos*

- Caracterizar la personalidad de mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome Turner.
- Determinar la existencia y prevalencia de trastornos de personalidad en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Establecer si existe asociación entre trastornos de personalidad y percentil de talla en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner.
- Establecer si existe asociación entre trastornos de personalidad y desarrollo puberal en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner.

## **Metodología**

### *Tipo de estudio & diseño*

Se trabajará con un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con un grupo simple (Montero & León, 2007).

### *Participantes*

Se trabajará con una muestra intencional conformada por 30 mujeres adultas (rango de edad 18 - 50 años) con diagnóstico médico de Síndrome de Turner que se obtendrán a partir de Convenios específicos establecidos por el Grupo de Investigación: *Comportamiento humano, genética y ambiente*, con los principales centros de salud referentes en la atención del síndrome de la ciudad de Mar del Plata y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La participación será voluntaria y sujeta al consentimiento informado de las participantes. Serán excluidas las mujeres con retraso mental, determinado por el coeficiente intelectual (Factor G).

### *Procedimiento*

Para cumplir con los objetivos propuestos se establecieron, previamente, convenios específicos entre la Facultad de Psicología de la UNMdP y los Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que atienden mujeres con diagnóstico de ST. A través de los médicos endocrinólogos de dichos Centros se contactará a

las mujeres que deseen participar en la investigación, solicitándoles la firma del consentimiento informado. Posteriormente, en dos encuentros de una hora reloj cada uno, se administrarán los instrumentos que permiten valorar la personalidad y el coeficiente intelectual y se realizará la entrevista clínica. Durante el desarrollo del trabajo se respetarán los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de los participantes.

Una vez obtenidos los datos se realizarán análisis estadísticos no-paramétricos (debido al tamaño de la muestra) descriptivos e inferenciales:

- Cálculo de puntuaciones directas, transformación en puntuaciones típicas y comparación con la media de las puntuaciones típicas del grupo normativo. Se considerará la presencia de un trastorno de personalidad cuando la puntuación en la tasa-base (TB) del MCMI-II sea superior a 84.
- Prueba U de Mann-Whitney de diferencia de medias y Análisis de varianza no paramétrico con la finalidad de establecer si existen diferencias intragrupo para la variable en estudio.

### *Instrumentos*

Para la evaluación de los perfiles de personalidad se administrará el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI- II)*. Se trata de un inventario clínico que evalúa los estilos básicos de funcionamiento de la personalidad sostenidos por Millon y definidos según las denominaciones del Eje II del DSM- IV; junto con los síndromes clínicos del Eje I del citado Manual Diagnóstico. De esta forma el inventario queda conformado por 175 ítems con formato de respuesta dicotómico (Verdadero- Falso) distribuidos en 26 escalas que recogen los diferentes aspectos de la personalidad patológica: 4 escalas de fiabilidad y validez, 10 escalas básicas de personalidad (*esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva*), 3 de personalidad patológica (*esquizoide, límite y paranoide*), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (*ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas*) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (*pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante*).

Paralelamente se realizará una entrevista clínica en la cual se recabarán datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil y ocupación) y datos médicos (tratamientos hormonales: edad de inicio y tiempo de aplicación, percentil de talla y grado de disfunción de desarrollo puberal).

Por último, para valorar el coeficiente intelectual (Factor G) con la finalidad de excluir de la muestra las mujeres con diagnóstico de ST que presenten retraso mental, se utilizará la Subescala de Matrices del WAIS-III (Wechsler, 2002).

### *Aporte esperado de los resultados*

Se espera que los resultados obtenidos a partir de la presente investigación brinden conocimientos respecto de la posible influencia que los aspectos biológicos propios del síndrome como baja talla y disgenesia gonadal pueden tener en el desarrollo de las características de personalidad presente en dicha población. Estos datos permitirán conocer la existencia o no de un perfil característicos de personalidad presente en las mujeres con diagnóstico de ST que será de vital importancia para pensar estrategias terapéuticas acordes a dicha población y a sus problemáticas que permitirán mejorar la calidad de vida de las mujeres con dicho diagnóstico.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1995). DSM- IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aparacio- García, ME & Sanchez- López, MP (1999). Los estilos de personalidad: Su medida a través del inventario Millon de Personalidad. *Anales de Psicología*, 15 (2), 191- 211.
- Boman, U, Hanson, C, Hjelmquist, E & Moller, A (2006). Personality Traits in women with Turner Syndrome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 219- 223
- Brinch, M & Manthorpe, T. (1987) Short stature as a possible etiological factor in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 328-32.
- Garcia-Rudaz C, Martinez A. S, Heinrich J. J, et al. (1995) Growth of Argentinian girls with Turner syndrome. *Annals of Human Biology*, 22, 533-44.
- Labarta, J. (2004). *Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología y Pediatría. 12, 1- 23
- López, M. & Aguilar, M. (2009). Vulnerabilidad social en el Síndrome de Turner: interacción genes-ambiente. *Psicología: ciencia e profissão*, 29 (2), 318-329.
- McCauley, E. & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner Syndrome. *International Congress Series*, 1298, 93-99.
- Millon, T & Davis, R. (2000). *Personality disorders in Modern life*. NY: 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.
- 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.
- Plomin, R, De Fries, J, McClearn, G, & Guffin, P. (2002). *Genética de la Conducta*. Buenos Aires: Ariel Ciencia.
- Ramos, F. (2003) Aspectos clínicos y epidemiológicos. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad española de endocrinología pediátrica*. Zaragoza, España. 1-12
- Rodríguez- Hierro, F (2003). Función ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el Síndrome de Turner. 9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica*. Zaragoza, España.
- Ross, J., & Roeltgen, D. (1996). Self-concept and behavior in adolescent girl with Turner syndrome: potencial estrogen effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81, 926-931.
- Ross, J., Roeltgen, D., Feuillan, P., Kushner, H., & Cutler, J. (1998). Effects of estrogens on nonverbal processing speed and motor functions in girls with Turner's syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83, 3198-3204.
- Sanchez, R. (2003). Theodore Millon. Una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163- 173.
- 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*, 100-107.

- Suzigan, L., Silva, R., Marini, S., Baptista, M., Guerra J. Magna, L. et. al. (2004). A percepção da doença em portadoras da Síndrome de Turner. *Jornal de Pediatria*, 80(4), 309-314.
- Wechster, D. (2002). *Escala de inteligencia de Wechsler para adultos – III*. Madrid: TEA Ediciones. S. A.