

PROBLEMAS INTERPERSONALES EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE
SÍNDROME DE TURNER. APORTES DESDE EL MODELO BIOSOCIAL-EVOLUTIVO
DE MILLON.

INTERPERSONAL PROBLEMS IN WOMEN DIAGNOSED WITH TURNER
SYNDROME. CONTRIBUTIONS FROM THE MILLION BIOSOCIAL-EVOLUTIONARY
MODEL.

María Soledad Sartori ^{*1}

¹Becaria Doctoral CONICET- 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.

Director: Dr. Sebastián Urquijo CONICET- CIMEPB

Co- Director: Mg. Marcela López- CIMEPB

Resumen

El Síndrome de Turner es un trastorno cromosómico determinado por la deleción total o parcial del cromosoma X en el sexo femenino. A nivel social las mujeres con dicho diagnóstico presentan dificultades en el establecimiento y sostenimiento de relaciones sociales. El objetivo de la investigación fue evaluar desde el modelo biosocial-evolutivo de la personalidad de Millon el grupo prototípico denominado *problemas interpersonales* en una muestra de 60 mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner y conocer el peso relativo de las escalas dependiente, histriónica, narcisista y antisocial que lo componen. Para ello se utilizó una versión online del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Los resultados encontrados sostienen que la escala dependiente es la más predominante en esta población. Estos resultados coincide con investigaciones previas que sostienen que las mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner tienen dificultades en las relaciones interpersonales, llegando a altos grados de aislamiento social y repliegue hacia el interior de las familias, generando un círculo de retroalimentación negativa donde se ve afectada la vida social, la identidad, y el autoconcepto, aumentando así la evitación activa de nuevas relaciones sociales y la permanencia en vínculos ya conocidos.

Palabras claves: Síndrome de Turner- Personalidad- Problemas interpersonales- MCMI.

Abstract

Turner Syndrome is a chromosomal disorder determined by the total or partial deletion of the X chromosome in females. At the social level women with this diagnosis have difficulties in the establishment and maintenance of social relations. The objective of the study was to evaluate from the biosocial-evolutionary model of the personality of a Million the prototypical group called *interpersonal problems* in a sample of 60 adult women with a diagnosis of Turner Syndrome and know the relative weight of the scale dependent, histrionic, narcissistic and antisocial that compose it. An online version of the Multiaxial Clinical Inventory Millon II was used to do so. The found results argue that dependent scale is the more predominant in this population. These results coincide with previous research that hold that women with Turner Syndrome have difficulty in interpersonal relationships, reaching high levels of social isolation and retreat towards the inside of the families, creating a circle of negative feedback which

* Contacto: solesartori@gmail.com

affected social life, identity, and the self, thus increasing the avoidance of new social relationships and stay in known links.

Key words: Turner Syndrome- Personality- Interpersonal problems- MCMI

Trastornos de personalidad y Síndrome de Turner

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). Esta proporción lo constituye en el trastorno no heredable de mayor incidencia dentro de la población femenina. El diagnóstico se obtiene a partir de un estudio cromosómico denominado cariotipo. En el 50% de las mujeres con diagnóstico de ST la delección del cromosoma X es completa, presentando un cariotipo denominado línea pura (45, X0). El 50% restante muestra gran variabilidad, existiendo aproximadamente un 40% de cariotipos denominados mosaicos, donde coexisten dos o más líneas celulares (e. g. 46, XX / 45, X0); y un 10% presentan anomalías estructurales del cromosoma X, como delecciones y duplicaciones (e. g. 46, XXdelp22.3) (Bondy, 2007). Los hallazgos clínicos característicos del síndrome son talla baja (100%), infertilidad (99%), ausencia de maduración puberal (96%) y cardiopatía congénita (55%) (Ramos, 2003). 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. La baja talla se corresponde con un retraso en el crecimiento producto de la delección o pérdida de material genético en el brazo corto (p) del cromosoma X, correspondiente a dos genes, denominados SHOX y PHOG. La pérdida de estos genes ocasiona un retraso en el crecimiento intrauterino, seguido de una disminución progresiva de la velocidad de crecimiento durante la infancia y una ausencia de empuje puberal en la adolescencia (Castelo-Branco, 2011). La administración en forma exógena de hormona de crecimiento, sola o en combinación con bajas dosis de estrógenos, se constituye en el principal tratamiento, produciendo un aumento de la velocidad de crecimiento durante el primer y segundo año de aplicación y continuando el efecto durante el tercer año, aunque con una leve declinación (Morin, Guimarey, Santucci & Apezteguia, 2000). Los resultados sobre la maduración esquelética y la talla final difieren en cada mujer, guardando relación con la edad de inicio del tratamiento, la dosis de aplicación y la velocidad de feminización (Roman, et.al., 2002).

El fallo en el desarrollo puberal, producto de la delección de genes correspondientes al brazo largo (q) del cromosoma X, es otra característica distintiva y de gran impacto durante la adolescencia y, posteriormente, en la edad adulta. Este hecho 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 disgenesia gonadal afecta aproximadamente al 95% de las mujeres con diagnóstico de ST (Amundson, Boman, Barrenäs, Bryman, & Landin- Wilhemsen, 2010; Rodríguez- Hierro, 2003). La administración externa de estrógenos o terapia estrogénica es el tratamiento utilizado para lograr el desarrollo puberal. La edad de inducción depende principalmente de la talla conseguida y de la valoración psicológica de cada mujer al momento de la evaluación médica (Cañete-Estrada, 2003; Menke, et al., 2010).

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 (Aguilar, López & Sartori, 2010; El

Abd, Turk & Hill, 1995; Kleczkowsk, et al., 1990; McCauley & Sybert, 2006; Suzigan, et al., 2011). 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 de sí mismas negativa, 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, et al., 1993; Labarta, 2004). Asimismo 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 ST, es frecuente observar sobreprotección parental, 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 vergüenza (López, Aguilar & Gillet, 2009; Sartori, Zabaletta, Aguilar & López, 2013). De esta forma si bien el ST 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 que lo configuran como un síndrome con gran variabilidad intrapoblacional, donde 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.

El modelo biosocial-evolutivo de Millon considera a la personalidad 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 personalidad; 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, encontrándose las diferencias en las disposiciones biológicas y en las experiencias aprendidas (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007; Sánchez, 2003).

Millon sostiene que la configuración de la personalidad se basa en tres polaridades psicológicas que refieren a la naturaleza de los reforzadores que los individuos han aprendido a buscar o evitar (*polaridad placer- dolor*); a la estrategia instrumental dominante (*polaridad activo- pasivo*) y a la fuente de la que proviene el refuerzo (*polaridad uno mismo- otros*). A

partir del conocimiento de la combinación de estas dimensiones polares y sus defectos se originan los estilos y trastornos de personalidad. Al mismo tiempo, Millon reúne los prototipos de trastornos en cuatro grupos según el defecto que predomine en cada uno: *dificultades para el placer, problemas interpersonales, conflictos intrapsíquicos y déficit estructurales*. En relación a las dificultades sociales específicas de la población abordada en el presente trabajo se explorará el grupo *problemas interpersonales*, conformado por los trastornos dependiente, antisocial, histriónico y narcisista, cuyo defecto se ubica en la polaridad uno mismo-otros, oscilando en un gradiente que va desde la dependencia extrema a la independencia absoluta. El objetivo consiste en conocer, en mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner, el peso relativo de cada una de las escalas mencionadas previamente y el aporte que hacen al grupo prototípico *problemas interpersonales*.

Metodología

Tipo de estudio & diseño

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

Participantes

60 mujeres adultas con diagnóstico de Síndrome de Turner, con edades comprendidas entre 18 y 55 años, todas residentes en Sudamérica. La participación ha sido voluntaria y sujeta al consentimiento informado de las participantes.

Procedimiento

Para cumplir con el objetivo planteado en primer lugar 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. Al mismo tiempo se establecieron contactos por facebook, correo electrónico y/o páginas web con diferentes asociaciones de Sudamérica referidas al ST explicando la naturaleza del proyecto e invitando a participar en forma online a todas aquellas mujeres adultas con diagnóstico de ST que desearan hacerlo. Para ello se les envió un link donde podían acceder a la versión online del instrumento. 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 los participantes.

Instrumentos

Para la evaluación de la personalidad y sus trastornos se utilizó el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI- II)* en su versión original traducida al español, la cual fue transformada en versión online a través de la plataforma virtual Survey Monkey con el fin de poder enviar la misma por correo y de esta forma acceder a un mayor número de personas. El MCMI-II consta de 175 ítems con opciones dicotómicas de respuesta 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*).

Resultados

Para el análisis de los datos, inicialmente se transformaron las puntuaciones directas en puntuaciones Tasa Base (TB), las cuales se definen como la probabilidad que un sujeto tiene de presentar cierto atributo. Para ello, se utilizaron las normas del Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) 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 Suarez, 2009). De esta forma se realizaron análisis estadísticos de frecuencia considerando puntajes mayores o iguales a Tasa Base 85 indicativos de trastornos de personalidad. Los resultados encontrados muestran que dentro del grupo *problemas interpersonales*, la escala dependiente presenta el porcentaje más alto (58.3%) de frecuencia, seguida de la escala histriónica (25%), narcisista (18.3%) y antisocial (15%).

Discusión y Conclusiones

Una de las utilidades del MCMI es describir las características psicológicas 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. Los resultados obtenidos dan cuenta que la escala dependiente es aquella que obtiene el mayor peso relativo dentro del grupo *problemas interpersonales* cuando se analiza mujeres adultas con diagnóstico de ST, siendo amplia la diferencia de porcentaje con el resto de las escalas que componen el grupo. La escala dependiente describe un estilo desadaptativo de personalidad caracterizado por la necesidad de establecer fuertes relaciones sociales para sentir seguridad y apoyo. Las personas con esta característica aprenden a volverse hacia los demás como fuente de protección esperando pasivamente que el liderazgo del otro los proteja, brinde seguridad y tome decisiones por ellos. Asimismo su estilo de afrontamiento se caracteriza por una falta de intervención activa. La carencia de iniciativa y autonomía son aspectos distintivos de este estilo y frecuentemente se asocian a la sobreprotección parental, a partir de la cual las personas dependientes han adoptado un papel pasivo en las relaciones interpersonales (Choca & Van Denburg, 1998; Millon, 1999). Diversas investigaciones sostienen que la obtención de puntuaciones elevadas en las escalas dependiente por parte de las mujeres puede deberse en muchas ocasiones a cuestiones culturales y de socialización en relación a la diferenciación de los roles sexuales (Fuentes & Quiroga, 2005; Pérez Urdániz, et.al, 2001). De esta forma es importante considerar que la configuración de la personalidad no se da en el vacío y que por lo tanto las personas se definen, en parte, a través de sus relaciones sociales. El modo de vinculación que los padres logran con sus hijos tiene consecuencias directas en el sentido de seguridad que los hijos adquieren y en la formación y consolidación de las características de personalidad. En este sentido, tal como fue mencionado anteriormente, la sobreprotección familiar es un signo constante en las mujeres con diagnóstico de ST. Es frecuente que al interior de las familias sean tratadas de acuerdo a su altura y no a su edad lo cual tiende a aumentar su dependencia e inmadurez (Suzigan, et al. 2011). De esta forma si bien el vínculo paterno- filial en las mujeres con diagnóstico de ST cumple una función de sostén y protección frente a las exigencias que demanda el contexto; la sobreprotección puede generar dificultades,

especialmente a partir de la adolescencia y en la edad adulta, en relación al establecimiento de nuevos vínculos y redes sociales más amplias que impidan una mejor adaptación al entorno (Gillet, Aguilar & López, 2010). De esta forma los resultados hallados concuerdan con las investigaciones actuales donde se sostiene que las mujeres con diagnóstico de ST tienen dificultades en las relaciones interpersonales, llegando incluso, a altos grados de aislamiento social y a un repliegue hacia el interior de las familias. Estas dificultades generan un círculo de retroalimentación negativa donde no solo se ve afectada la vida social sino también la identidad, el sentimiento de autoconfianza y el autoconcepto, lo cual a su vez aumenta la evitación de nuevas relaciones sociales y el sostenimiento de vínculos ya conocidos.

Actualmente se considera que la personalidad y sus trastornos tienen una función contextualizadora que los hace fundamentales en la comprensión y la interpretación con el cual se trabaja. En este sentido los resultados obtenidos son relevantes para el trabajo terapéutico con mujeres con diagnóstico de ST debido que al conocer sus características de personalidad predominantes, es posible diagramar programas de tratamientos específicos que consideren su modo particular de relacionarse consigo mismas y con el entorno. Al mismo tiempo el conocimiento obtenido permite pensar posibles intervenciones a nivel familiar, especialmente durante la infancia, cuyo objetivo sea la prevención respecto del desarrollo de características de personalidad disfuncionales.

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.
- Amundson, E., Boman, U.W., Barrenäs, M.L., Bryman, I & Landin- Wilhemsén, K. (2010). Impacto f growth hormone therapy on quality of life in adults with Turner syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(3), 1355-1359.
- 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. & Roces, 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.
- Cañete-Estrada, R. (2003). Inducción puberal en el Síndrome de Turner. Tipos de indicación: acciones e inconvenientes. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). *9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), 117-132.
- 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.
- Davis, R.D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352.

- 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.
- Elsheikh, M., Dunger, D.B., Conway, G.S. & Wass, J.A. (2002). Turner's Syndrome in adulthood. *Endocrine Reviews*, 23(1), 120-140.
- Herrero Sanchez, J.R. (2007). Psicodinamia en Millon: Del modelo Biopsicosocial al modelo Ecológico. *SUMMA Psicológica UST*, 4(2), 99-105.
- Fuentes, J.B. & Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17(3), 422-429.
- Gillet, S., Aguilar, M.J. & López, M. (2010). Influencia del estilo de relación materno-filial en el desarrollo psicosocial de niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Perspectivas en psicología*, 7(1), 95-102.
- 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, J. (2004). *Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). 9º curso de formación de posgrado, *Síndrome de Turner*. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), 12, 1-23.
- López, M.C., Aguilar, M.J. & Gillet, S.R. (2009). Relación materno- filial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. 2º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata. En CD. ISBN: 978-950-34-0588-8. Recuperado el 1 de Abril de 2014 de www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/psic/085.pdf
- Mazzocco, M. (2006). The cognitive phenotype of Turner syndrome: Specific learning disabilities. *International Congress Series*, 1298, 83-92.
- McCauley, E. & Sybert, V. (2006). Social and behavioral development of girls and women with Turner syndrome. *International Congress Series*, 1298, 93-99.
- Menke, L.A., Sas, T.C., Visser, M., Kreukels, B.P., Stijnen, T., Zandwijken, G.R., de Muinck Keizer-Schrama, S.M., Otten, B.J., Wit, J.M. & 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.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones S.A. Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. & Davis, R. (2000). *Personality disorders in Modern life*. New York: 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.

- Pérez Urdániz, A., Santos García, J.M., Molina Ramos, R., Rubio Larrosa, V., Carrasco Perera, J.L., Mosqueira Terrón, I. & Romero, E.F. (2001). Aspectos socioculturales en la genesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría.*, 29(1), 47-57.
- Ramos, F. (2003) Aspectos clínicos y epidemiológicos. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). *9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner.* Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), 1-12.
- Rodríguez- Hierro, F (2003). Función ovárica, pubertad espontánea y fertilidad en el Síndrome de Turner. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). *9º curso de formación de posgrado, Síndrome de Turner.* Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), 43-50.
- Román R, Vallejos M.E, Muñoz M, Schneider R, Youlton, R., Henriquez C. & Cassorla, F. (2002). Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Revista Médica de Chile*, 130(9), 977-984.
- Sanchez, R. (2003). Theodore Millon. Una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163- 173.
- 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.
- Strack, S. (1999). Millon's normal personality style and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 426-436.
- Survey Monkey Inc. (1999) Survey Monkey [Software libre encuestas online] Disponible en <http://www.surveymonkey.com>
- 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.
- Winberg-Nodal, M. & Vilalta-Súarez, R.J. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. *Psicothema*, 21(4), 610-614.