

INDICADORES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Clinical indicators of personality in adolescence

Martha Benítez Barraza, M.S.*
Evelyn Sánchez Montero, M.S.**
Marleyn Serrano Ramírez, Ph.D.***

Resumen

El objetivo de este estudio fue caracterizar la presencia de indicadores clínicos y de contenido de personalidad en una población adolescente, a través del inventario multifásico de personalidad de Minnesota, forma A. La muestra de este estudio está conformada por 69 adolescentes escolarizados, de 14 a 17 años, tanto hombres como mujeres, de estrato socioeconómico medio y alto de la ciudad de Barranquilla. Los datos se analizan con el SPSS versión 19.0 para el análisis de estadísticos descriptivos, los resultados arrojan perfiles válidos y son consistentes con investigaciones previas, según las cuales se puede diferenciar población normal de población con indicadores clínicos de personalidad de importancia; en algunas escalas, sin embargo, los puntajes son más altos que los encontrados en otras investigaciones para grupos similares, dando cuenta de las variaciones introducidas por el contexto y la dinámica sociocultural actual, siendo más elevados para las mujeres. Las características clínicas más significativas son esquizofrenia, hipomanía, masculinidad-feminidad y psicastenia; mientras que los puntajes de las escalas de contenido más significativos son en las de pensamiento extravagante, obsesividad y ansiedad.

Palabras clave: personalidad, adolescencia, indicadores clínicos, MMPI-A, trastornos de personalidad.

* Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia)

Correspondencia: Cra 72 No. 79-31. marthabenitez@unb.edu.co

Abstract

The objective of this study was to characterize the presence of clinical and content personality indicators in adolescent students through the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Form A. The sample is formed by 69 adolescent secondary school students, aged from 14 to 17, including men and women, middle and high socioeconomic status from Barranquilla. The information was analyzed with SSPSS, 19.0 version for the analysis of descriptive statistics. The results show valid profiles and they are consistent with previous research that according to the population; can be differentiated into normal population and population with clinical indicators of personality. In some scales, although, the scores are higher than the ones found in other similar groups, accounting for the variations introduced by the context and actual sociocultural dynamics, scores are higher particularly in women. The most significant clinical characteristic are schizophrenia, hypomania, masculinity-femininity and psychastenia; while scores in content scales are more significant for Bizarre Mentation, Obsessiveness and Anxiety

Keywords: Personality, Adolescence Clinical Indicators, MMPI-A, Personality Disorders.

INTRODUCCIÓN

El concepto de personalidad constituye un foco de atención para científicos y clínicos que se ven en la obligación de repensar las concepciones hasta ahora existentes e incorporar las revisiones hechas a la práctica clínica. Desde los años ochenta (Romero, 2002) se viene revisando con mayor detenimiento la heterogeneidad del constructo, en su estado de bienestar y en su patología; los abordajes existentes son resultado de discusiones de larga data respecto a la complejidad de la persona en sí y a la forma como se estaba tratando de explicar la génesis, el desarrollo, la patología, la intervención, etc., de dicho constructo.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2003), de las diez primeras causas de incapacidad en el mundo, el 50% son enfermedades psiquiátricas. Otros estudios epidemiológicos (Guzmán, 2002) ubican la prevalencia de los trastornos de personalidad alrededor del 10 al 13% de la población mundial. A pesar de estas cifras, la mayoría de reportes de salud mental se

centran en trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el suicidio, el consumo de drogas y la violencia intrafamiliar, mientras las estadísticas referentes a adolescentes se refieren a trastornos de la conducta, consumo de sustancias psicoactivas y otros conflictos de orden psicosocial (Echeverri & Otálora, 2005).

Las diversas teorías han evolucionado, incorporando aportes de otras disciplinas, así como de modelos de tipo dimensional, analítico, biológico, evolutivo, sociocultural (Koldobsky, 2000) y diferentes perspectivas desde las cuales se aborda la personalidad, bien sea como un constructo en sí mismo, desde la generalidad, recurriendo a *unidades fundamentales de la personalidad* (Millon & Davis, 1998) que permiten generalizar explicaciones, o desde la particularidad de cada sujeto, que permite explicar la singularidad de una situación específica, pero no generalizar o crear norma.

Al momento de la realización del estudio se contó como referencia con la clasificación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*, que considera el concepto

de *rasgo* como constituyente de la personalidad y los define como “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”, según la American Psychiatric Association (APA, 2001, p. 646). Dichos rasgos pueden ser adaptativos o disfuncionales. Esta clasificación de tipo categorial es discutida en la actualidad y desde los últimos veinte años, dada la dificultad de establecer un criterio específico que diferencie un desorden de otro, la variedad sintomatológica, la *superposición de cuadros* y la dificultad de plantear una taxonomía que diferencie claramente un cuadro de otro (Koldobsky, 2000, p. 2).

Esto exige la incorporación de nociones más dimensionales, que establecen un continuo normalidad-patología y un continuo de la patología en sí misma, flexibilizando lo que hasta ahora se pueda concebir como personalidad y trastornos de personalidad (TP). De hecho, el manual actual de referencia, el DSM-V, publicado por la APA en 2013, plantea un modelo dimensional para la evaluación de los trastornos de personalidad.

Si bien la adolescencia se concibe normalmente como un período de “moratoria de roles”, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2000, p. 9), en que se deben favorecer las herramientas para llegar a la vida adulta y desarrollar una estructura propia, los cambios actuales alrededor del mundo parecerían demandar de los jóvenes un comportamiento y forma de pensar distinta para lo cual no se les ha preparado.

El concepto de *crisis de identidad* es uno de los que más llama la atención y genera discusiones; algunos autores consideran que la adolescencia es una constante convulsión que terminará en una definición de tal identidad y otros, como

Moral y Sirvent (2011) y Millon y Davis (1998), plantean que esa definición se va dando en el transcurso del proceso y no solo al final.

Para Millon y Davis (1998), la personalidad se constituye a partir de la interacción de varias dimensiones, que son visibles y susceptibles de evaluación desde la adolescencia. Esta etapa incluye “vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del adolescente [...] desde la propia conformación de la identidad personal [...] esto hace que el adolescente sea especialmente vulnerable al estrés y la desadaptación psicológica” (Vinet & Forns, 2006, p. 70).

Desde el modelo evolutivo, el *estilo particular de funcionamiento adaptativo* se expresa en el comportamiento típico de la persona. La supervivencia del individuo, como de todos los organismos vivos, dependería del nivel de adaptación entre sus características y habilidades y las particularidades y demandas del entorno. En esta perspectiva, el sujeto debe desarrollarse en cuatro dimensiones: existencia, adaptación, replicación y abstracción; su habilidad para responder a tales tareas, así como los conflictos que posea o no en ellas, determinarán la salud psicológica y la configuración de su personalidad.

Al incluir los principios evolutivos, Millon y Davis integran la estructura y la dinámica de la personalidad y la comprenden como “la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales” (1998, p. 74), la personalidad y su patología se derivarían de las tareas evolutivas de la especie y se explicarían en razón del éxito o fracaso, del equilibrio o el conflicto en la resolución de dichas tareas (Sánchez, 2003).

El autor plantea que la personalidad del sujeto incluye su capacidad para funcionar de manera

mentalmente sana o no y afrontar los cambios, retos y dificultades que el entorno le presenta. Al no estar la habilidad idónea para responder a las demandas del medio, surgen los trastornos mentales, pero no como una *intrusión*, ya que los TP son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados y dinámicos (Millon & Millon, 1974).

Para Millon y Davies (1998), ese patrón interactivo de características que constituye la personalidad es evidente y evaluable desde la adolescencia, donde se pueden observar psicopatologías propias de dicho estadio evolutivo, así como las características propias de personalidad. En esta etapa se presentan y se busca resolver gran cantidad de conflictos e interacciones particulares, entre otros, que incluyen “vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del adolescente [...] desde la propia conformación de la identidad personal [...] esto hace que el adolescente sea especialmente vulnerable al estrés y la desadaptación psicológica” (Vinet & Forns, 2006, p. 70).

En la medida en que se considere hablar con mayor certeza del constructo de personalidad desde edades previas a los 18 años, se podrán establecer diagnósticos e intervenciones más tempranas que beneficien la salud mental de la población en general, la calidad de vida del sujeto diagnosticado y de las personas cercanas.

El objetivo principal de esta investigación fue caracterizar la presencia de indicadores clínicos y de contenido de personalidad en una población adolescente, a través del inventario multifásico de personalidad de Minnesota, forma A.

METODOLOGÍA

Participantes

En este estudio participaron estudiantes de básica secundaria y media de una institución privada de la ciudad de Barranquilla, con una población de 1735 estudiantes, de los cuales 470 tienen edades entre los 14 y 17 años. La muestra está conformada por 69 sujetos de las edades mencionadas, estudiantes entre noveno y once grado, de ambos géneros, sin diagnóstico de enfermedad mental, escogidos de forma aleatoria y cuya participación fue voluntaria.

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra: sexo

Sexo	Sujetos	Porcentaje
Femenino (F)	35	50,7 %
Masculino (M)	34	49,3 %

Tabla 2. Datos demográficos de la muestra: edad

Edad	Sujetos	Porcentaje
14 años	16	23 %
15 años	14	20 %
16 años	29	42 %
17 años	10	14 %

Instrumento

El inventario multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes MMPI-A (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath & Kaemmer, 2003) es un inventario de múltiples ítems, orientado hacia la evaluación de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Permite identificar perfiles de personalidad y detectar psicopatologías; es autoaplicado y su administración puede ser individual o grupal. El rango de edades fue de 14 a 18 años, con una

duración en el desarrollo de 50 a 70 minutos. En esta aplicación se utilizó la adaptación española de Fernando Jiménez y Alejandro Ávila, de la Universidad de Salamanca.

La prueba consta 478 ítems, distribuidos en cuatro grupos de escalas: de validez, clínicas, de contenido y suplementarias. Se responde en términos de falso/verdadero y existen dos clases de puntuaciones, las naturales y las puntuaciones T, que son derivadas de las naturales, de forma que existe una puntuación estándar para todas las escalas. La media es de 50, desviación estándar 10 y se realiza la interpretación cuando hay una elevación superior a 1.5 sobre la media, es decir, cuando T es mayor a 65. Se considera válida la interpretación clínica desde T igual a 60. Las puntuaciones escalares son diferentes para hombres y mujeres, aunque los reactivos son iguales para ambos.

El MMPI, en sus diversas versiones, se ha utilizado en múltiples investigaciones, algunas de las cuales son: Archer, R. (2005), Casullo, M. (2003), Pérez, J., Durán, C. y Lucio, E. (2003) y Serrano, D. y Tenorio, R. (2003). La interpretación de la variable de personalidad, según los indicadores clínicos correspondientes a cada escala, se hizo a partir de una puntuación T de 60, considerada elevación moderada.

Procedimiento

Esta investigación es de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal. El procedimiento inicia con la redacción del consentimiento informado para los padres de los menores, quienes se contactan en la institución donde estudian a través de los directores de grupo de los grados 9° a 11°, previa autorización de los directivos de la institución. Se eligen los estudiantes de forma aleatoria solicitando su participación voluntaria, que es avalada por los padres al firmar el consentimiento.

Posterior a la firma del consentimiento se realiza la explicación de la prueba por parte de una de las investigadoras. La aplicación se hace de forma colectiva, en instalaciones del colegio. Se corrobora que los sujetos comprendan las instrucciones y se inicia completando los datos personales y respondiendo a los ítems en el orden en que aparecen en la prueba. Al finalizar se revisa cada hoja de respuesta para verificar que los datos estén correctos, al igual que las respuestas faltantes o marcadas de forma doble.

De forma paralela a esto se realiza la revisión teórica de las variables implicadas en la investigación y la prueba, al igual que estudios investigativos similares. Para la construcción del marco teórico desde el cual se revisarían los resultados obtenidos, se revisa la clasificación de personalidad vigente al momento del estudio: el DSM-IV-TR.

Las pruebas son calificadas manualmente por las investigadoras, para la obtención de cada perfil. Los datos son analizados con el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para el análisis cuantitativo de los resultados de la prueba, que sirve de base para la discusión desde el marco teórico propuesto y desde la guía de interpretación de la prueba.

Análisis estadístico

Se utilizan los estadísticos descriptivos para cada escala: media, mediana, moda, desviación típica, varianza, rango mínimo-máximo y percentiles.

RESULTADOS

A continuación se describe el comportamiento de las escalas en términos generales, teniendo en cuenta la frecuencia con la que cada escala obtiene puntajes por encima de la media. Después se detallan los resultados de los sujetos en cada escala y se describen los puntajes de la población para cada subescala de la prueba (validez,

clínicas de contenido). Los datos demográficos fueron relacionados previamente.

Las escalas de validez L, F y K son analizadas mostrando perfiles válidos, con algunas eleva-

ciones estadísticamente significativas pero que, analizadas en conjunto con las demás variables, no invalidaron las pruebas. Los puntajes medios para las tres escalas son, en su orden, 50, 52 y 47 (ver tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las escalas de validez

		L	F	K
N	Válidos	69	69	69
	Perdidos	0	0	0
Media		50,0145	52,6377	47,9130
Mediana		52,0000	51,0000	47,0000
Moda		47,00	41,00 ^a	47,00
Desv. tip.		10,49298	11,29676	9,20796
Varianza		110,103	127,617	84,786
Rango		54,00	43,00	39,00
Mínimo		32,00	39,00	30,00
Máximo		86,00	82,00	69,00
Percentiles	25	44,5000	43,0000	40,0000
	50	52,0000	51,0000	47,0000
	75	56,0000	60,0000	54,0000

^a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores

El 17,4 % de los sujetos obtiene elevaciones en la escala F superiores a 65, con un puntaje máximo de 82 que evidencia intenciones de mostrarse peor de lo que en realidad se está, como una forma de pedido de ayuda, mientras la escala L arroja puntuaciones sobre 65 para un 8,7 % de la población, que intentan mostrarse como “buenos” o “adecuados” (gráfico 1. Ver columnas L, F, K).

Tabla 4. Elevaciones moderadas y altas de las escalas clínicas y de contenido

Elevación moderada	60 a 64
Elevación alta	65 en adelante

De los sujetos participantes, el 82,7 % presenta indicadores clínicos en al menos una de las escalas, solo el 17,3 % restante no obtiene puntuaciones clínicamente significativas.

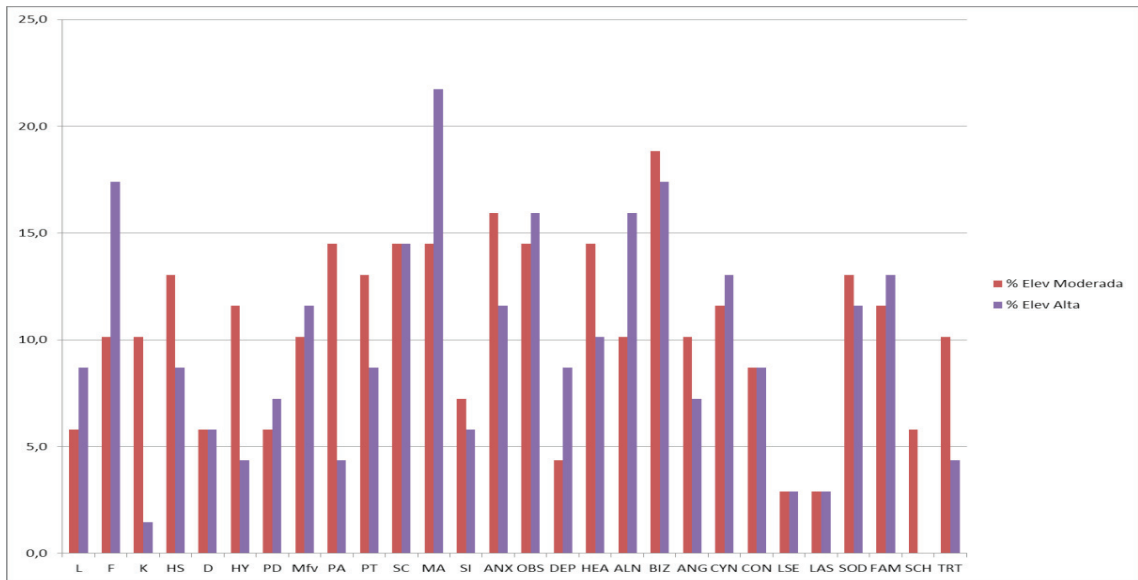


Gráfico 1. Elevaciones moderadas y altas de las escalas clínicas y de contenido

Tabla 5. Población con y sin indicadores clínicos

Con indicadores clínicos	Sin indicadores clínicos
82,7 %	17,3 %

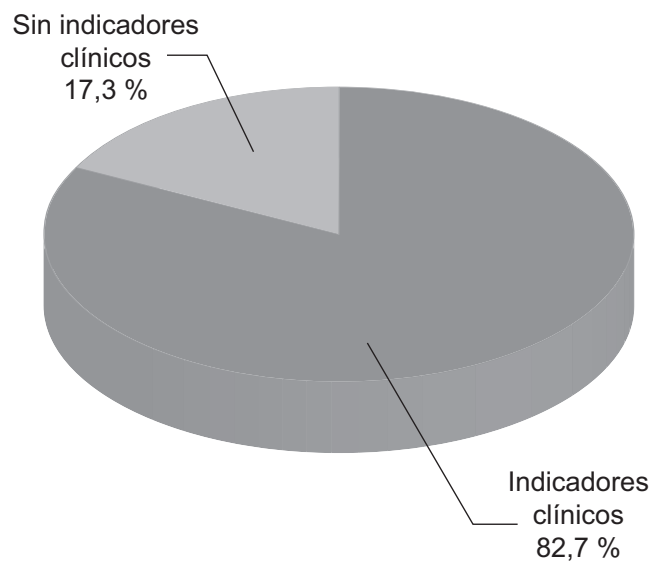


Gráfico 2. Población con y sin indicadores clínicos

De la población general, cuyas puntuaciones directas son superiores a 60 en las subescalas clínicas, el 36,2% obtiene puntuaciones altas en la escala de *hipomanía*, seguida de la escala de *esquizofrenia* con un 29% del total, continúan la escala de *masculinidad-feminidad* y *psicastenia*, que marcan puntajes significativos en el 21,7% de los casos.

En cuanto a las escalas de *contenido*, se encuentra que la subescala de *pensamientos extravagantes*, obtiene puntuaciones altas en la mayoría de

la población, con un 36,2% del total. Para la de *obsesividad*, las puntuaciones elevadas son obtenidas por el 30,4% de los sujetos, seguidas de las escalas de *ansiedad*, con un 27,5%, la de *alienación* para un 26,1% de la población y las de *cinismo*, *malestar social* y *problemas familiares* en un 24,6% de los sujetos.

En el gráfico 3 se muestra el porcentaje total de la población que obtuvo en cada escala puntuaciones iguales o superiores a 60.

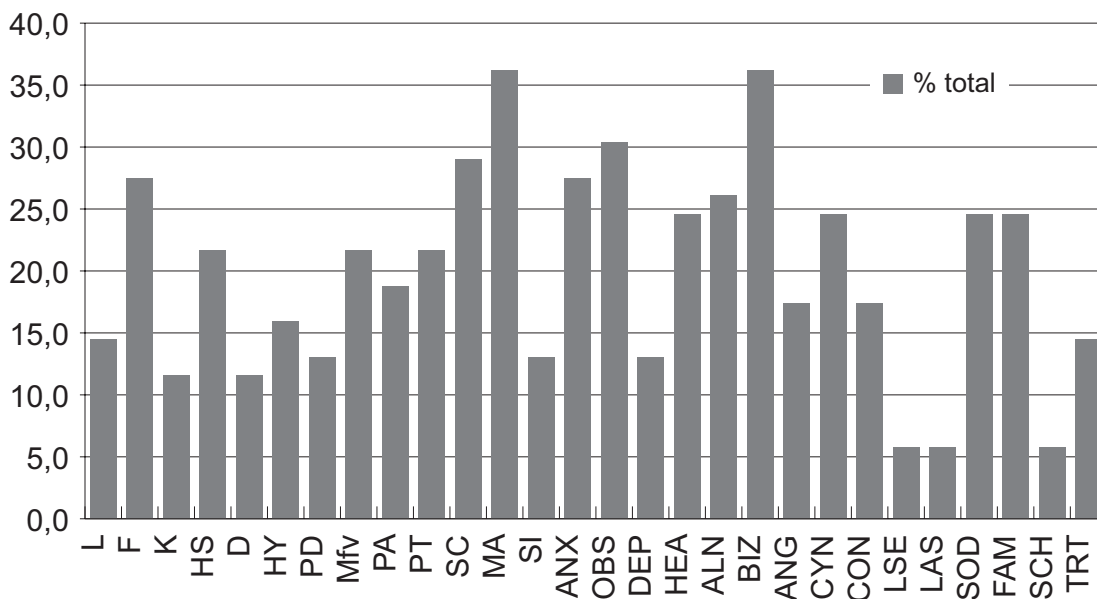


Gráfico 3. Población con puntuaciones iguales o superiores a 60

Si bien los puntajes de 60 a 64 no carecen de importancia, son las escalas cuyas puntuaciones T son iguales o superiores a 65 las consideradas clínicamente significativas y tenidas en cuenta para la elaboración de los perfiles clínicos. Un puntaje de este tipo indica el cumplimiento de la mayoría de los indicadores de patología que se incluyen en cada escala. En el grupo de las escalas clínicas (tabla 6) se encuentra la escala

de *hipomanía*, con puntajes de 66 hasta 79 para el 21,7% de la población, y la escala de *esquizofrenia*, con puntajes desde 65 hasta 78, para el 14,5%. Sin embargo, los puntajes más elevados fueron registrados en las escalas de *hipomanía* y *masculinidad-feminidad* (ver gráfico 1).

En cuanto a las escalas de contenido (tabla 7), la de *pensamiento extravagante* marcó puntuaciones

de 70 a 77 para el 17,4% de los sujetos; a su vez, las escalas de *obsesividad* y *alienación*, para un 15,9%, marcaron puntajes que fueron de 65 a 75 y de 65 a 87 respectivamente. Los puntajes más altos son registrados en las subescalas de *alienación* y *malestar social* (ver gráfico 1).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas

		HS	D	HY	PD	MFV	PA	PT	SC	MA	SI
N	Válidos	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		51,2029	48,1739	47,6667	49,7391	50,8551	50,5652	50,3478	52,1304	56,6087	48,7391
Mediana		50,0000	48,0000	46,0000	49,0000	50,0000	51,0000	52,0000	51,0000	56,0000	49,0000
Moda		53,00	46,00	46,00	49,00	41,00 ^a	54,00	52,00	50,00	56,00 ^a	41,00
Desv. típ		8,70865	9,96458	9,38658	9,68876	12,27536	10,58367	11,38604	10,38227	9,39996	10,80938
Varianza		75,841	99,293	88,108	93,872	150,685	112,014	129,642	107,792	88,359	116,843
Rango		41,00	43,00	41,00	42,00	51,00	67,00	62,00	45,00	43,00	47,00
Mínimo		35,00	31,00	31,00	30,00	30,00	12,00	16,00	33,00	36,00	30,00
Máximo		76,00	74,00	72,00	72,00	81,00	79,00	78,00	78,00	79,00	77,00
Percentiles	25	45,0000	42,0000	39,5000	43,0000	41,0000	43,0000	42,0000	44,0000	50,0000	41,0000
	50	50,0000	48,0000	46,0000	49,0000	50,0000	51,0000	52,0000	51,0000	56,0000	49,0000
	75	55,0000	54,0000	55,0000	57,0000	59,0000	59,0000	56,5000	61,0000	62,0000	54,5000

^a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las escalas de contenido

		ANX	OBS	DEP	HEA	ALN	BIZ	ANG	CYN	CON	LSE	LAS	SOD	FAM	SCH	TRT
N	Válidos	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		51,4493	50,5652	48,9130	52,7826	51,5942	54,7826	50,2899	52,1884	52,0145	45,0870	45,1014	51,5797	52,8116	48,5174	48,0000
Mediana		51,0000	48,0000	47,0000	51,0000	48,0000	54,0000	50,0000	51,0000	51,0000	45,0000	44,0000	50,0000	54,0000	47,0000	46,0000
Moda		48,00 ^a	65,00	44,00	49,00 ^a	40,00 ^a	63,00	62,00	49,00 ^a	49,00 ^a	41,00 ^a	47,00	38,00	44,00	44,00 ^a	50,00
Desv. típ		10,50565	10,61697	9,20156	9,08274	11,76275	11,45306	10,12438	9,66692	8,79253	8,50214	9,16538	11,53308	9,29465	7,80247	9,31791
Varianza		110,369	112,720	84,669	82,496	138,362	131,173	102,503	93,449	77,309	72,286	84,004	133,012	86,390	60,879	86,824
Rango		41,00	45,00	45,00	37,00	52,00	45,00	39,00	44,00	42,00	48,00	42,00	53,00	35,00	28,00	43,00
Mínimo		33,00	30,00	35,00	38,00	35,00	32,00	32,00	32,00	34,00	32,00	30,00	35,00	37,00	35,00	34,00
Máximo		74,00	75,00	80,00	75,00	87,00	77,00	71,00	76,00	76,00	80,00	72,00	88,00	72,00	63,00	77,00
Percentiles	25	43,0000	41,0000	43,0000	47,0000	42,5000	45,0000	42,0000	46,0000	46,0000	40,0000	39,0000	41,0000	44,0000	41,0000	42,0000
	50	51,0000	48,0000	47,0000	51,0000	48,0000	54,0000	50,0000	51,0000	51,0000	45,0000	44,0000	50,0000	54,0000	47,0000	46,0000
	75	61,0000	60,0000	52,0000	60,0000	60,0000	63,0000	58,0000	60,0000	59,0000	51,0000	51,0000	60,5000	60,0000	55,0000	52,0000

^a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es caracterizar la presencia de indicadores clínicos de personalidad en una población adolescente a través del MMPI-A.

Indicadores clínicos de personalidad

Este estudio muestra una gran mayoría de la población con indicadores clínicos, aunque es importante destacar que, al interior de ella, el comportamiento fue heterogéneo en los resultados de cada escala.

El 82,7% de los sujetos que obtuvo puntuaciones clínicamente significativas es coherente con investigaciones previas en adolescentes que evidencian el riesgo de desarrollar trastornos o comportamientos desadaptivos para este grupo poblacional, como lo muestran los resultados de Vinet, Salvo y Forns (2005), donde el grupo de adolescentes no consultantes evaluados se encontró en riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos partiendo de características maladaptativas de su funcionamiento psicológico.

Por su parte, Alba (2010) plantea que el actual contexto sociocultural, caracterizado por grandes cambios y problemáticas sociales y políticas, hace que los jóvenes sean aún más vulnerables a comportamientos de riesgo y a la presentación de problemas asociados con la salud mental, situación frente a la cual deberán desarrollar habilidades y estrategias personales lo suficientemente sólidas y estructuradas para afrontar las circunstancias en que se encuentren (Domènech, 2005; Moral & Sirvent, 2011).

Los resultados de los adolescentes son coherentes con lo encontrado en otras investigaciones, donde se corrobora que esta prueba permite diferenciar población sana de población con

indicadores clínicos de importancia, tal como lo muestran Vinet y Alarcón (2003) y Vinet y Forns (2009). Esto permite una caracterización adecuada de la población en cuestión (Pérez, Durán & Lucio, 2003). Además, el inventario de Minnesota tiene como gran aporte a la investigación y a la práctica clínica la valoración de la patología mental que permiten las subescalas clínicas (Vinet & Forns, 2009).

Validez de los perfiles

Los perfiles de los sujetos muestran ser válidos, con algunas elevaciones en las escalas L y F; esto es contrario a los resultados mostrados por Vinet y Alarcón (2003), que muestran puntajes bajos en la escala L (mentira), es decir, menor tendencia de los sujetos a intentar mostrarse de manera favorable en la prueba. En la presente investigación, el 14,5% de los sujetos obtiene puntajes superiores a la media que da cuenta de un código moral y de normas de comportamiento, posiblemente elevados, que les impide, no necesariamente a propósito, asumir faltas o defectos menores (Butcher et al., 2003). En esta muestra, un puntaje elevado en la escala L coincide con puntajes dentro de la media y, aun así, relativamente bajos en las escalas que dan cuenta de problemas conductuales como la subescala de *desviación psicopática* y las subescalas de contenido de *hostilidad* y *problemas de conducta*.

Para la escala F (incoherencia), el 27,5% de la población obtuvo puntuaciones superiores a la media, que reflejan intentos por mostrarse “mal” o de manera poco favorable, lo cual se puede asociar con una forma descuidada de responder (Butcher et al., 2003), pero se encuentra que, en general, los perfiles de sujetos que exceden una puntuación T de 70 coinciden con la aparición de otros indicadores de patología en las demás escalas, tanto clínicas como de contenido, como se muestra en la presente investigación, y/o con la presencia de crisis de

identidad en la adolescencia y las conductas opositoras típicas (Baztán, 1994).

Escalas clínicas

La *subescala de hipocondriasis* da cuenta de la presencia de preocupaciones y síntomas somáticos que se asocian a un comportamiento demandante de atención y protección, también con inseguridad y temores (Casullo, 2003). La media para esta escala es similar a la encontrada en otras investigaciones con adolescentes (Vinet & Forns, 2009), para la mayor parte de la muestra.

No se encontraron suficientes investigaciones que se refirieran al comportamiento de la escala HS en adolescentes, los datos reportan que los puntajes en esta escala suelen aumentar con la edad y son, en general, mayores en hombres que en mujeres (Archer, 2005). Esto último es contrario a los datos arrojados por nuestro estudio, donde las puntuaciones clínicamente significativas fueron predominantes en las mujeres, lo cual podría coincidir con sus preocupaciones en torno a su apariencia física, lo cual nos lleva a considerar la noción de vulnerabilidad psicológica al desarrollar la identidad en función de una autoimagen negativa, según muestran García y Pérez, (2003) Vinet y Forns (2009) y Vinet y Alarcón (2003) en mujeres adolescentes.

En cuanto a la *escala de depresión*, los puntajes son relativamente estables y coinciden con las puntuaciones medias encontradas en otros estudios con población adolescente sana (Vinet & Forns, 2009). La teoría plantea que la depresión o los síntomas depresivos son usuales en adolescentes y los predisponen a desarrollar trastornos de personalidad en, al menos, un 30% de los casos (Alba, 2010; Redondo, Galdó & García, 2008; Cantoral, Méndez y Nazar, s.f.).

Los resultados de la *escala de histeria* son relativamente bajos para el total de la muestra y se

encuentran elevados de manera significativa en un porcentaje mínimo de los sujetos, lo cual difiere de otros estudios referentes a población latinoamericana, donde se expresa que el rol de la cultura estaría implicado en la obtención de puntajes más altos para esta escala, no necesariamente considerando la patología para el entorno cercano, pero sí como parte de la constitución de identidad (Casullo & Castro, 2002; Blumentritt, Angle & Brown, 2004).

La *escala de desviación psicopática* arroja puntajes medios similares a los encontrados por otros estudios para población adolescente no consultante (Vinet & Forns, 2009). Algunas investigaciones revelan que adolescentes con puntuaciones por encima de la media en la escala de desviación psicopática pueden tener dificultades asociadas con el control de sus impulsos, ser desconfiados en sus relaciones interpersonales, tener sintomatología ansiosa, poca confianza en sí mismos, quejas somáticas, problemas conductuales, baja autoestima y posiblemente antecedentes de abuso sexual.

En términos generales, son jóvenes con marcada inadaptación social, ya que evidencian dificultades en el acatar y someterse a normas socialmente aceptadas, mostrándose conflictivos frente a la autoridad y respondiendo con una rebeldía que se observa en la indisciplina desde una edad temprana, así como una baja tolerancia a la frustración (Serrano & Tenorio, 2003).

En general, la etapa adolescencial es considerada como un ciclo de conflictos que marcan la transición del joven hasta lograr su propia identidad (Barcelata, Durán & Lucio, 2004; Casullo & Castro, 2002). Algunos autores plantean que dichos conflictos, más que ser intrínsecos, parten de las exigencias y patrones rígidos dentro de los cuales los adultos intentan enmarcar a los adolescentes (Barcelata et al., 2004), lo cual

generaría en ellos las consecuentes conductas de rebeldía y oposición.

Un estudio realizado por Robert Archer (2005) encontró que en los perfiles arrojados por adolescentes de una muestra clínica, los códigos más comunes incluyen elevaciones en la *escala de desviación psicopática*, evidenciando los comportamientos desadaptativos que suelen encontrarse en los adolescentes que consultan, la mayoría de las veces, por el malestar que sus conductas le generan a los adultos que los tienen a cargo.

El manual del MMPI-A plantea que, originalmente, la escala de masculinidad-feminidad debía indicar los intereses masculinos y femeninos, por tanto, una puntuación elevada para hombres sugería intereses típicamente femeninos, y de modo contrario, para las mujeres indicaba intereses masculinos, definiendo polaridades para ambos géneros; de igual forma, plantea que las puntuaciones altas son extrañas en adolescentes (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003). El presente estudio, por el contrario, evidencia elevaciones moderadas y altas para más del 20% de la población, concentradas en el grupo de adolescentes mujeres, quienes además tuvieron los puntajes más elevados. Al respecto de estos cambios, en lo esperado para la escala, Fernández (2011) plantea que los datos de investigaciones recientes invitan más a considerar la masculinidad y la feminidad como dos “dimensiones relativamente independientes” (p. 168), en lugar de seguir pensándolas como un constructo bipolar.

Los puntajes encontrados parecen dar cuenta de los cambios de roles que se han generado en la sociedad actual, donde más que ubicarse dentro de un estereotipo masculino o femenino, tanto hombres como mujeres asumen intereses y papeles que difieren de lo que antes se planteaba como típico de su género. En este grupo en particular, los varones evidenciaron

puntajes dentro de la media, mientras que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativas que se relacionarían con la presencia de características como competitividad, agresividad e incluso probabilidad de problemas de conducta e inadaptación escolar adolescentes (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003). En el contexto actual diríamos que se relaciona más con un papel activo de la mujer, que es más tenaz, competitiva y se encuentra inmersa en una sociedad que proclama la autonomía, la equidad y la lucha, en contra de lo que son considerados “estereotipos femeninos” de sumisión y pasividad, entre otros.

En cuanto a la *escala de paranoia*, donde la mayoría de los sujetos se ubica dentro de la media, el MMPI-A plantea que las puntuaciones clínicamente significativas se relacionan con conductas disruptivas, incluso en adolescentes normales, quienes además suelen puntuar alto en la *subescala de ideas persecutorias*, con más frecuencia que los adultos (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003). Lo anterior podría relacionarse con la percepción del adolescente de ser juzgado y controlado por los demás, particularmente por los adultos más cercanos a él, en ambientes como la familia y la escuela. La media del grupo coincide con la de grupos control de adolescentes sin antecedentes penales ni consultas por enfermedad mental, la cual es inferior a la arrojada por sujetos con historial de delitos públicos (Amar, Cervantes, Brunal & Crespo, 2011).

La *escala de psicastenia* se relaciona, en la población adolescente, con la presencia de ansiedad, depresión, conflictos intrafamiliares y baja autoconfianza, incluso en muestras no clínicas. Por su parte, Butcher y Williams (1992) plantean que las puntuaciones iguales o superiores a 65 son características de población clínica, con síntomas como perfeccionismo, rigidez, preocupación por dificultades mínimas, insatisfacción

con la vida y dificultad en la toma de decisiones y en sus relaciones interpersonales (Lozada, s.f.).

No se encontraron estudios que hicieran mención especial a esta escala en adolescentes, pero se reporta que, en combinación con escalas como *depresión* y *paranoia*, da cuenta de la presencia de excesiva sensibilidad interpersonal, ansiedad, percepción de baja autoeficacia y autoconfianza (Vinet & Forns, 2009).

Para la *escala de esquizofrenia*, los resultados de Vinet y Forns (2009) en adolescentes normales muestran una media de 46; para el grupo de la presente investigación, la media fue de 52. Los puntajes de los jóvenes con relevancia clínica, que se encontraban entre 61 y 72, son similares a los puntajes medios para población clínica, tanto en Vinet y Forns como en Amar et al. (2011), para adolescentes con antecedentes clínicos y penales respectivamente.

La tarea principal de la adolescencia podría resumirse, según Zacarés, Iborra, Tomás y Serra (2009), “en la formación y consolidación de un sentido de identidad personal” (p. 2), lo cual plantearía una vulnerabilidad en términos neurológicos y ambientales a patologías del tipo de las psicosis, como plantea Feinberg (1982, citado en Obiols & Vicens, 2003) “la esquizofrenia sería el resultado de una alteración en los procesos de desarrollo más tardíos. Concretamente en la poda sináptica (synaptic pruning) que se realiza durante la adolescencia” (p. 238).

García y Pérez (2003) refieren que el adolescente tiene ocho características en común con pacientes diagnosticados con esquizofrenia: alto nivel de estrés, conflictos familiares, proceso de desidealización de determinadas personas, experiencias depresivas, egocentrismo, sentido de incompreensión, búsqueda de causas o personas a las que seguir y presencia de otros síntomas prodrómicos; la no resolución de la

crisis llevaría, según lo encontrado en el escrito de los autores, al desarrollo de la esquizofrenia.

Se quiere dar relieve a una idea básica y es que, aun cuando estas características se consideren, de cierta forma, usuales durante el período adolescente, los puntajes del MMPI-A, como se señaló en párrafos anteriores, permiten diferenciar población normal de población clínica, independientemente de los patrones que puedan tener en común la crisis de identidad de los adolescentes con los cuadros psicóticos o la vulnerabilidad de esta etapa para el desarrollo de dichos cuadros.

En lo referente a la *hipomanía*, la mayoría de los sujetos se ubicaron en la mitad superior de la media, es decir, con una puntuación T de 50 en adelante. En el manual del MMPI-A se anota que es común que los adolescentes obtengan puntajes en esta escala superiores a los de los adultos, sin descartar que un nivel excesivo de actividad puede resultar patológico y asociarse a problemas en la casa y el colegio, especialmente para las mujeres, ya que en ellas se asocia, en mayor medida, a conductas delictivas.

Es de destacar que la media de los sujetos de este estudio sin antecedentes clínicos reportados ni penales es más cercana a los grupos clínicos y con delitos menores de los estudios de Vinet y Forns (2009) y Amar et al. (2011) respectivamente, lo cual podría explicarse en términos contextuales por un medio que promueve la extroversión, el gregarismo y la participación en múltiples actividades, entre otras áreas que puntúan en el MMPI-A, así como una dinámica cultural que favorece la iniciativa, el activismo y, en general, un ritmo de vida acelerado.

Las puntuaciones altas en la escala de hipomanía se asocian también con la presencia de intereses amplios y proyectos múltiples que, en buena parte de las ocasiones, no se concretan, ya que

no enfocan sus esfuerzos de manera ordenada y persistente, hay dificultad en el control de impulsos y en el manejo de la ira, la tolerancia a la frustración es baja y son comunes las quejas sobre el estar aburridos, impacientes e insatisfechos. El manual de MMPI-A plantea que “generan la excitación por la excitación” (Butcher et al., 2003, p. 49); además, en adolescentes encarcelados por actos delincuenciales (Lee, 2005) se encontró que los puntajes elevados en la escala de hipomanía se encuentran asociados, en términos conductuales, a impulsividad e inquietud y a una mayor probabilidad de incidir en conductas delictivas.

Esto contrasta con la realidad actual de la adolescencia que, según lo encontrado en diversos documentos (Alba, 2010; Barcelata et al., 2004; CEPAL, 2000; Serapio, 2006), parece ir traspasando etapas de forma acelerada e incorporando conductas dañinas, con mayor frecuencia y a edades cada vez menores, como el consumo de drogas, la pornografía y los actos violentos, entre otros.

Según Ana Serapio (2006), en gran parte la tecnología ha contribuido a esto, debido al “acceso a terrenos simbólicos propios de la adultez” que permiten dicha aceleración, así como la prolongación de la misma etapa. Todos estos sucesos se convierten en estresores psicosociales importantes que, según Vinet et al. (2005), se hacen evidentes en desadaptación, fluctuaciones del estado de ánimo y ansiedad, ocultándose tras las conductas tildadas como “rebeldes” típicas de la adolescencia, reflejadas en la escala de hipomanía como irritabilidad, egocentrismo, hiperactividad cognitiva y motora.

Finalmente, la *escala de introversión social* es una de las que, en menor frecuencia, obtuvo puntajes con relevancia clínica para los sujetos. Contrario

a lo que relata el manual de MMPI-A, los hombres obtuvieron, con mayor frecuencia, puntajes altos, indicando presencia de baja autoconfianza, timidez, inseguridad, sobrecontrol y déficit de habilidades sociales. Los datos encontrados no hacen referencia al comportamiento esperado dentro de la escala para muestras similares, pero la baja incidencia de esta escala en los resultados totales, frente a la alta frecuencia de escalas con síntomas contrarios, confirma la validez de los perfiles.

Escalas de contenido

Las investigaciones revisadas, en su gran mayoría, se refieren de forma exclusiva a las escalas clínicas basando su discusión en dichas escalas del MMPI. En cualquiera de sus versiones (Amar et al., 2011; Arenas-Landgrave, Lucio & Forns, 2011; Rutledge, Archer, Trumbetta & Gottesman, 2003; Archer, 2005), los estudios que incluían las escalas de contenido solo se referían a ellas en términos de la validez general del instrumento, la confiabilidad y la capacidad para diferenciar población normal de población clínica (Vinet & Alarcón, 2003; Pérez et al., 2003; Scott & Mamani-Pampa, 2008), por lo que se realizará un análisis exploratorio con base en lo encontrado en nuestra muestra.

Las escalas que para un mayor número de la población muestran puntajes iguales o superiores a 65 son las de *pensamiento extravagante*, *alienación* y *obsesividad*, refiriéndose a la presencia de pensamientos y/o experiencias extrañas, incluyendo alucinaciones, distancia emocional de los demás y una acusada sensación de ser distinto, así como preocupaciones exageradas frente a problemas mínimos, dificultad en la toma de decisiones y temor a los cambios, respectivamente (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003). Esto sería coherente con la marcada presencia de la escala clínica de *esquizofrenia*, descrita antes en cuanto a las características particulares del

pensamiento adolescente y la “desorganización” temporal en busca de la propia identidad, así como a la sensación de realmente ser distintos a quienes los rodean y estar en la construcción de representaciones de sí mismos y de los demás.

La obsesividad, por su parte, da cuenta de las *escalas de hipocondriasis y psicastenia*, y se relaciona con la preocupación por los cambios vivenciados y la duda como característica del adolescente. Según la teoría de Millon, las características anteriores se encontrarían inmersas en los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, evitativo y obsesivo compulsivo (Millon & Davis, 2001).

A continuación se describirá lo relacionado con las escalas de *cinismo, problemas familiares, ansiedad y malestar social*, las cuales son significativas para un porcentaje entre el 11 y el 13% de los sujetos.

La primera de ellas incluye presencia de desconfianza en los demás y cuestionamientos acerca de las intenciones de estos; la segunda se refiere a disfuncionalidad al interior de la familia, agresiones verbales, físicas y psicológicas; la tercera se relaciona con preocupaciones excesivas, relaciones disfuncionales con los padres y percepción de incapacidad para resolver los propios conflictos; finalmente, el malestar social está presente en sujetos con dificultades para desempeñarse en ambientes sociales, y prefieren estar aislados (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003).

Domènech plantea que en la adolescencia se producen toda clase de cambios biológicos, físicos, emocionales y contextuales: “el adolescente debe adoptar plena responsabilidad en la toma de algunas decisiones como el noviazgo, la elección de estudios y decisiones laborales, las cuales tendrán importantes repercusiones en su futuro” (2005, p. 123); esto en relación a la ansiedad antes mencionada.

También se incluyen en este grupo, por la similitud de problemáticas que implican, las subescalas de *problemas de conducta*, que enmarca delitos menores, oposicionismo, daño a propiedades y personas, y *hostilidad*, que incluye déficit en el control de la ira, impulsividad, agresividad e irritabilidad (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003).

No se puede decir que estas escalas coincidan en un nivel clínicamente significativo en todos los sujetos, ya que pudieron haber puntuado alto en solo una de ellas. Sin embargo, su presencia como característica de la población nos remite a un contexto adolescente marcado por el déficit en el control de impulsos, la relativa frecuencia de los trastornos de conducta y la existencia de núcleos familiares convulsionados, con gran cantidad de conducta desadaptativas (Alba, 2010; CEPAL, 2000; Barcelata et al., 2004) que se convertirían en estresores que rodearían la constitución de identidad del adolescente (Domènech, 2005).

Estarían relacionados, según el contraste entre la teoría de Millon, lo propuesto por la APA en el DSM-IV-TR y el MMPI-A, con los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico, antisocial y límite (Millon & Davis, 2001; APA, 2001; Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003).

El siguiente grupo, según la similitud en que fue representativa para la población, incluye las escalas de *preocupaciones por la salud*, referente a problemas físicos de todo tipo, y *depresión*, con síntomas como llanto fácil, insatisfacción, desesperanza e ideación suicida (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003), en las cuales los estresores medioambientales juegan un papel relevante, ya que alteran lo que sería la respuesta “normal” del sujeto frente a los cambios que vive, generando malestar psicológicos y patologías, tanto físicas como

mentales, debido al gran monto de tensión emocional.

Las últimas escalas relacionadas son indicadores negativos de tratamiento, baja autoestima, bajas aspiraciones y problemas escolares; son relevantes a nivel individual al ser analizadas en conjunto con las demás escalas, pero a nivel de muestra no son significativas; los sujetos del presente estudio muestran, en su mayoría, adecuados niveles de autoestima y solo algunos muestran indicadores negativos de tratamiento, que implicarían el no asumir responsabilidad sobre los propios cambios y la necesidad de mejora.

El perfil que con mayor frecuencia apareció fue el conformado por *masculinidad-feminidad e hipomanía*, que habla de un patrón caracterizado por problemas familiares y escolares y una elevada actividad motora, aunque los resultados de la escala de masculinidad-feminidad siempre han sido discutidos, especialmente en cuanto a la población femenina, por lo que no se encuentran hallazgos concluyentes (Butcher & Williams, 1992, citado en Butcher et al., 2003).

Es llamativa la predominancia de este perfil en la muestra abordada, donde términos como conducta desadaptativa, inquietud y agresividad, entre otros, son comunes en ambas escalas. Por otro lado, si la interpretación que se le da a la escala de masculinidad-feminidad parte del rol de la mujer en la sociedad actual, como un rol activo y participativo, en la búsqueda de espacios antes reservados para los hombres, y la hipomanía es asociada a una dinámica socio-cultural que, como se mencionó antes, motiva el liderazgo, la multiplicidad de actividades, etc. (Rutledge et al., 2003), el concepto acerca del perfil cambiaría.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo de este estudio se logra en tanto se dio por la identificación de indicadores positivos clínicos y de contenido de la muestra en mención, por lo que podemos afirmar que las hipótesis acerca de la existencia de indicadores clínicos y de contenido de personalidad en los adolescentes son ciertas.

La condición evolutiva propia de la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de identidad, fluctuaciones del humor y del estado de ánimo, contradicciones en la conducta y tendencias grupales. Estos rasgos, sumados a las exigencias que hoy por hoy tienen los adolescentes, se han convertido, en gran medida, en factores que contribuyen de alguna manera en la configuración de unas características de personalidad particulares que se hacen objeto de análisis clínico si se toman en cuenta los resultados arrojados en las escalas clínicas, con elevaciones significativas, reportados en la población objeto de este estudio.

Los adolescentes se encuentran inmersos en un mundo cambiante, al cual deben adaptarse de formas inusualmente rápidas, no logrando dicha adaptación en todos los casos; las escalas clínicas, si bien mostraron un rendimiento heterogéneo, dan cuenta de una buena cantidad de indicadores clínicos que, aun en medio de la vulnerabilidad y experiencias de la adolescencia, permiten hablar de la constitución de patrones que evidenciarán un estilo de personalidad particular. Además, los resultados en las escalas de masculinidad-feminidad, esquizofrenia e hipomanía muestran el nuevo estilo de funcionamiento psicológico de los adolescentes, a partir del cual instauran su identidad.

Como lo plantean Rutledge et al. (2003), las escalas de *hipomanía* y *esquizofrenia* han cambiado con el tiempo, arrojando medias más altas, siendo indicativas de jóvenes que se sienten más llenos de energía y con un ritmo más acelerado,

así como con una percepción de dificultad para autorregularse, mayores dificultades en las relaciones interpersonales cercanas y constantes, a lo cual nos remite la escala de esquizofrenia. Por su parte, Juan Fernández (2011), respecto al constructo masculinidad-feminidad, plantea que en este último siglo se debe hablar de un continuo en lugar de una bipolaridad.

Parece ser que en el grupo de los 16 años es donde mayor concentración de indicadores se da. Al respecto, Vinet et al. (2005) nos explican que sería para estas edades, en la transición a la etapa final de la adolescencia, donde aparecen las áreas problemáticas características del sujeto que continuarán desarrollándose; esto permite hablar de un patrón típico, bien sea adaptativo o desadaptativo, antes de la mayoría de edad.

Las escalas de contenido adquieren sentido en tanto se relacionan con las escalas clínicas elevadas; al respecto, la obsesividad, el pensamiento extravagante y la alienación fueron las más frecuentes. En relación coherente con los puntajes clínicos que se han mencionado, se puede decir que los adolescentes son capaces de contestar de manera veraz este cuestionario y que, en términos de características de personalidad, la mayor cantidad de indicadores clínicos arrojados por los adolescentes se remiten al área cognitiva, más que a la conductual o incluso la afectiva.

En cuanto a las recomendaciones surgidas de este proceso investigativo, es necesario abordar muestras más amplias que fortalezcan los hallazgos, ya de por sí significativos, de la presente investigación, incluyendo estratos socioeconómicos diversos, control y diferencias entre género y ampliando las edades de la muestra para verificar patrones de estabilización de los indicadores. Se sugiere incluir datos sociodemográficos relacionados con el núcleo familiar, pares y maestros, antecedentes personales y familiares, y la realización de grupos focales que

permitan ampliar lo encontrado en los perfiles, ya que aun cuando la adolescencia sea una etapa de particular vulnerabilidad psicológica y emocional, también es cierto que la familia y el entorno sociocultural actúan como predisponentes y mantenedores de problemáticas o, por el contrario, como factores protectores para los jóvenes.

Examinar la estabilidad de las escalas de validez, clínicas y de contenido en diseños que impliquen la aplicación de test - retest en el mediano y largo plazo en la población adolescente (Pérez et al., 2003) y, así mismo, establecer correlaciones en términos de la estabilidad temporal de la prueba, e incluso con la muestra participante en este estudio permite plantearse estudios longitudinales que posibiliten ampliar los resultados.

Como muchos otros estudios mencionados al interior de este documento lo demuestran, el MMPI, en todas sus versiones, sigue siendo un instrumento confiable y seguro para obtener información acerca de la personalidad de adolescentes y adultos, que permite plantear estrategias de evaluación y de intervención más específicas y pertinentes para los adolescentes de estos tiempos y los venideros.

REFERENCIAS

- Alba, L. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. *Universitas Médica*, 51(1), 29 -42.
- Amar, J., Cervantes, M., Brunal, G. & Crespo, F. (2011). Comparación de perfiles de personalidad entre individuos con delitos contra la seguridad pública, delitos menores y sin delitos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 113-123.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

- Archer, R. (2005). Implications of MMPI/MMPI-A Findings for Understanding Adolescent Development and Psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 85(3), 257-270.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio, E. & Forns, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(32), 79-103.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes Mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Baztán, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Marcombo.
- Blumentritt, T. L., Angle, R. L. & Brown, J. M. (2004). MACI Personality patterns and DSM-IV symptomology in a sample of troubled Mexican-American adolescents. *Journal of Child & Family Studies*, 13(2), 163-178.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. & Kaemmer, B. (2003). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes, MMPI-A*. Adaptación española de Ávila-Espada, A. & Jiménez-Gómez, F. Madrid: TEA.
- Cantoral, G., Méndez, M. & Nazar, A. (S.f.) *Depresión en adolescentes: un análisis desde la perspectiva de género*. Recuperado de <http://www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/>.
- Casullo, M. (2003). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A)*. Cátedra de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.academia.edu/10056856/UNIVERSIDAD_DE_BUENOS_AIRES_INVENTARIO_MULTIF%C3%81SICO_DE_LA_PERSONALIDAD_DE_MINNESOTA_PARA_ADOLESCENTES_MMPI-A.
- Casullo, M. & Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2000). *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <http://archivo.cepal.org/pdfs/2000/S2000941.pdf>.
- Doménech, E. (coord.). (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona, Servei de publicacions.
- Echeverri, O. & Otálora, N. (2005). *Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PLANEACI%C3%93N%20SALUD%20MENTAL%20PLANES%20TERRITORIALES%20DE%20SALUD.pdf>.
- Fernández, J. (2011). Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica. *Psicothema*, 23(2), 167-172.
- García, J. & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-122.
- Guzmán, F. (2002). *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Centro editorial Javeriano (CEJA).
- Koldobsky, N. (2000). Estado actual de la personalidad: teorías. Serie de Trabajos y Estudios de Investigación de "La Personalidad y sus Desórdenes" de la Escuela de Graduados, Univ. Argentina John F. Kennedy. *Documenta Laboris*, 3.
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: transformaciones de una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
- Lee, M. (2005). *MMPI-A: Test of behavioral correlates associated with elevated scales in a sample of female juvenile delinquents* (PhD Dissertation). Department of Psychology, Texas A&M University, USA.
- Lozada, D. (S.f.) *Manual de pruebas psicométricas de personalidad*. Escuela Profesional de Psicología

- gía. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/150487497/MANUAL-DE-PRUEBAS-PSICOMETRICAS-DE-PERSONALIDAD-pdf#scribd>.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Millon, R. (1974). *Abnormal Behavior and Personality*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Ministerio de la Protección Social (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar*. Estudio Nacional de Salud Mental (diapositivas). Recuperado de http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudio_salud_mental_colombia.pdf.
- Moral, M., & Sirvent, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.
- Obiols, J. & Vicens, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 235-250.
- Pérez, J., Durán, C. & Lucio, E. (2003). Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes Mexicanos. *Salud Mental*, 26(2), 59-66.
- Redondo, C., Galdó, G. & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Santander: PUBliCan, Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- Romero, E. (2002, marzo). Investigación en psicología de la personalidad, líneas de evolución y situación actual. *Boletín de Psicología*, 74, 39-77.
- Rutledge, V., Archer, R., Trumbetta, S. & Gottesman, I. (2003). Changes in Adolescent response patterns on the MMPI/MMPI-A across Four decades. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 74-84.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Scott, R. L. & Mamani-Pampa, W. (2008). MMPI-A for Peru: Adaptation and normalization. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 719-732.
- Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: la adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud*, 73, 11-23.
- Serrano, D. & Tenorio, R. (2003). Estudio correlativo entre el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes y la escala de respuesta individual criminológica. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 2.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2003). Evaluación psicométrica del inventario multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI-A) en muestras chilenas. *Terapia Psicológica*, 21(2), 87-103.
- Vinet, E. & Forns, M. (2006). El inventario clínico de adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Revista Psykhe*, 15(2), 69-80.
- Vinet, E. & Forns, M. (2009). Validación de los puntajes de corte del MACI a través de las escalas clínicas del MMPI-A. *Revista Psykhe*, 18(1), 11-25.
- Vinet, E., Salvo, S. & Forns, M. (2005) Adolescentes no consultantes en riesgo: una evaluación a través de MACI. *Anuario de Psicología*, 36(1), 83-97.
- Zacarés, J., Iborra, A., Tomás, J. & Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2), 316-329.