

01985  
//



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"UN MODELO TEÓRICO CONCEPTUAL DE LA  
CONFIABILIDAD Y LA VALIDEZ CON EL MMPI-A:  
LA CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD  
DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS"

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MTRO. JOSÉ MANUEL PÉREZ Y FARÍAS

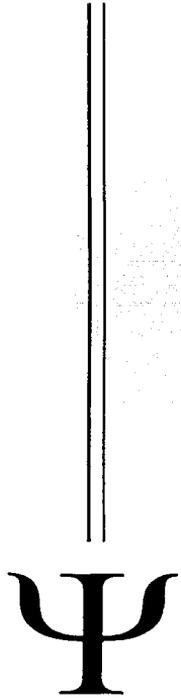
DIRECTOR DE TESIS:  
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

### COMITÉ

DRA. FATIMA FLORES PALACIOS  
DRA. SILVIA MACOTELA FLORES  
DR. CARLOS SANTOYO VELASCO  
DR. FERNANDO CORTÉS CÁCERES

### SUPLENTES

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA  
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN



MÉXICO, D.F.

2003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PAGINACION**

**DISCONTINUA**

A Carlos Pérez Lerma

Un especial agradecimiento a la Universidad Latinoamericana y en especial a la Licenciada Patricia Rodríguez, Licenciado Pablo Valderrama y a la Licenciada Claudia Moncada por todo su apoyo en la recolección de los datos para la realización de esta investigación.

Un especial agradecimiento a la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo por todo su apoyo.

A la Dra. Silvia Macotela por sus atinadas sugerencias.

Al Doctor Carlos Santoyo por su apoyo certero.

A la Dra. Fátima Flores por su incondicional ayuda

Al Doctor Fernando Cortes Cáceres por sus innumerables enseñanzas.

A la Dra. Sofía Rivera por su apoyo y sugerencias.

A Consuelo Durán por su ayuda.

A Mary por su constante y añeja colaboración.

A Valeria Galván por su cariñosa ayuda.

A Carlos Samuel Galván por su apreciable ayuda.

A la Dra. Amada Ampudia porque siempre esta presta a ayudarme.  
Gracias Amiga.

A Carlos Galván y Ximena, gracias por permitirme compartir su espacio.

A todos mis estudiantes porque me han enseñado más de lo que yo a ellos.

A todos mis maestros porque con sus actitudes, y sin saberlo, me condujeron hasta aquí.

A todos los que silenciosamente han contribuido a la realización de esta investigación,  
muchísimas gracias.

---

---

A mis padres porque siempre han estado ahí.

A los siempre presentes Ximena, Carlos y José Julio.

A Victor(+), porque me tocó concluirlo todo.

A Gertrudis porque siempre cree en mí más que yo mismo.

A Luis Arturo y familia por su compañía, cariño y apoyo. Muchas Gracias.

A Clara y Alba porque quieren iluminar y cuidar el camino por donde tengo que tropezarme

A Ana Yamileth y Zeus como demostración de lo hablado.

A la siempre presente Dra. María del Carmen Garza. ¿Qué seguirá?

Por los tiempos compartidos a Irma, Paco, Polo, Ivonne e Iván, Gracias.

A mis amigos León, Gerardo, Ligia, Joaquín, Vivianne, Alejandro, Joaco y Marlvi. Por sus enseñanzas, gracias.

A Jorge y Hector por su apoyo, cariño y compañía.

A todas aquellas personas con las que he tenido cualquier tipo de contacto, gracias, porque todos esos momentos me trajeron hasta aquí.

**Con amor para mi familia**

Prisciliano Fariás, Rosa Borrego, Manuel Lemus, Balbina Valdés, Néstor Oliverio Fariás Borrego, María Del Carmen Aniana Lemus Valdés, Lucila Quintín Fariás Lemus, Antolin Bretos+, Gertrudis Bretos, Ramón Fonticoba, Leonardo Fonticoba Bretos, Prisciliano Fariás Lemus, Julio Fariás Lemus, Geraldine Rafalsky, Julie Fariás Rafalsky, Thomas Symansky, Catherine Anne Symansky Fariás, Christopher Thomas Symansky Fariás, Michael Thomas Symansky Fariás, Mathew Thomas Symansky Fariás, Deborah Fariás Rafalsky, Kenneth Scott, Verónica Marie Scott Fariás, Khristine Lynn Scott Fariás, Elizabeth Anne Scott Fariás, Silvia Fariás Lemus, Roberto Hernández, Yolanda Hernández, Rosa Balbina Fariás Lemus, José Manuel Pérez López, Leonor Bean, Marty Fetter, Rachel Fetter, Robie Fetter, Carlos Pérez y Fariás, Elisa Lerma Mejía, Ximena Pérez Lerma, Carlos Manuel Pérez Lerma, Jose Julio Pérez Lerma, Pedro Manuel Pérez Y Fariás+, Edgardo Gómez+, Vicenta Colmeiro, Manuel López Marcelino Pérez Vigo, Carmen López, Carmen Pérez López, Barbarita Duchemin Pérez, María Victoria Duchemin Pérez, Gonzalo Duchemin, Fidel Fariás Lemus, Rosalba Segrera, Julio Fariás Segrera+, Carmelina Fariás Segrera, Alexander Lowery, Alexander Fidel Lowery Fariás, Devin Taylor Adan, Devin Taylor Adan Fariás, Juleta Fariás Pozo, Armando Pozo, Armando Oliverio Pozo, Deisy Rodríguez, Wendy Bello, Aniana Victoria Pozo Bello, Armando Favio Pozo Rodríguez, Emelia Fariás Lemus, Efrain Duranza+, Efrain Duranza Fariás, Karen Landry, Kira Marie Duranza Landry, Kriti Lynn Duranza Landry, Efrain Francisco Duranza Landry, Jacqueline Duranza Fariás, José Ramón Martínez, Melissa Aniana Martínez.

**ÍNDICE GENERAL  
Y TEMÁTICO**

**RESUMEN  
ABSTRACT  
INTRODUCCIÓN**

**CAPÍTULO I  
PÁGINA**

<b>DESARROLLO ADOLESCENTE</b>	<b>1</b>
1.1. Personalidad	1
1.1.2 Teoría de los rasgos	4
1.2. Adolescencia	8
1.2.1 Desarrollo adolescente	17
1.3. Desarrollo adolescente personalidad y psicopatología	20
1.3.1. Psicopatología del adolescente	25
1.3.2. Modelos de personalidad y psicopatología	43
1.3.3. El modelo de diagnóstico clínico y la conducta disfuncional	53

**CAPÍTULO II  
PÁGINA**

<b>PSICOPATOLOGÍA</b>	<b>58</b>
2.1. Hipocondrías	58
2.1.1. Psicopatología y Psicodinamia	58
2.1.2. Etiología, diagnóstico y Dinámica del Desarrollo	59
2.1.3. Pronóstico	60
2.2. Depresión	60
2.2.1. Psicopatología y Psicodinamia	61
2.2.2. Diagnóstico diferencial	61
2.2.3. Pronóstico	61

---

---

# INDICE

José Manuel Pérez y Fariás

---

2.3.	Histeria	62
2.3.1.	Psicopatología y Psicodinamia	62
2.3.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	64
2.3.3.	Diagnóstico diferencial	66
2.3.4.	Pronóstico	66
2.4.	Desviación Psicopática	67
2.4.1.	Psicopatología y Psicodinamia	67
2.4.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	68
2.4.3.	Diagnóstico diferencial	69
2.4.4.	Pronóstico	70
2.5.	Paranoia	70
2.5.1.	Psicopatología y Psicodinamia	70
2.5.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	72
2.5.3.	Diagnóstico diferencial	73
2.5.4.	Pronóstico	73
2.6.	Psicastenia o Reacción Fóbica	74
2.6.1.	Psicopatología y Psicodinamia	74
2.6.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	75
2.6.3.	Diagnóstico diferencial	76
2.7.	Reacción Obsesivo-Compulsiva	77
2.7.1.	Psicopatología y Psicodinamia	77
2.7.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	78
2.7.3.	Diagnóstico diferencial	78
2.7.4.	Pronóstico	79
2.8.	Esquizofrenia	80
2.8.1.	Psicopatología y Psicodinamia del desarrollo	80
2.8.2.	Etiología y Dinámica del Desarrollo	80
2.8.3.	Pronóstico	82
2.9.	Hipomanía	83
2.9.1.	Psicopatología y Psicodinamia	83
2.9.2.	Etiología y dinámica del Desarrollo	84

---

# ÍNDICE

Jose Manuel Pérez y Fariás

---

2.9.3. Diagnóstico diferencial	85
2.9.4. Pronóstico	86
2.10. Psicopatología y MMPI	87
2.11. Investigaciones sobre psicopatología y adolescencia	91
2.12. Estabilidad en los rasgos del MMPI y el MMPI-A	94

## CAPÍTULO III

	PÁGINA
<b>MMPI: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD</b>	96
3.1. Desarrollo del MMPI y el MMPI-A	96
3.1.1. Desarrollo del MMPI	97
3.1.2. Contexto histórico	98
3.1.3. Métodos de desarrollo para el MMPI versión original	99
3.1.4. Grupos normativos	100
3.1.5. Escalas clínicas	101
3.1.6. Escalas de validez	102
3.1.7. El uso del MMPI con adolescentes	104
3.1.8. Aplicaciones iniciales	104
3.2. Desarrollo del MMPI-A	111
3.3. Estructura del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A)	112
3.3.1. Escalas de validez del MMPI-A	114
3.3.2. Escalas clínicas	121
3.3.3. Escalas de contenido	126
3.3.4. Escalas suplementarias	132
3.4. Investigaciones con el MMPI-A	136
3.5. Confiabilidad y validez de los instrumentos de medición psicológica	142
3.6. Consideraciones finales	152

---

		<b>CAPÍTULO IV</b>
		<b>PÁGINA</b>
<b>METODOLOGÍA</b>		<b>155</b>
4.1.	Justificación y planteamiento del problema	155
4.2.	Objetivos	161
4.2.1	Objetivo general	161
4.2.2	Objetivos específicos	162
4.3.	Hipótesis	163
4.3.1.	Hipótesis conceptual	163
4.3.2.	Hipótesis de trabajo	164
4.4.	Variables	165
4.5.	Tipo de muestreo	167
4.5.1.	Muestra	168
4.6.	Tipo de investigación	170
4.7.	Diseño de investigación	170
4.8.	Modelo teórico conceptual	175
4.9.	Instrumento	176
4.10.	Procedimiento	181
4.11.	Análisis estadístico de los datos	183

		<b>CAPÍTULO V</b>
		<b>PÁGINA</b>
<b>RESULTADOS</b>		<b>186</b>
5.1.	Interpretación de los datos	186
5.1.1.	Descripción de las muestras	186
5.2.	Medidas de tendencia central y distribución de las variables	189
5.3.	Prueba t para el test-retest en cuatro mediciones repetidas en un grupo de adolescentes mexicanos de sexo femenino y masculino	198
5.3.1.	Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos femeninos (1-7 días)	198

---

---

Í N D I C E  
José Manuel Pérez y Ferrás

---

5.3.2. Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos femeninos (1-14 días)	200
5.3.3. Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos femeninos (1-21 días)	202
5.3.4. Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos masculinos (1-7 días)	204
5.3.5. Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos masculinos (1-14 días)	206
5.3.6. Prueba t para el test-retest de la muestra de sujetos masculinos (1-21 días)	208
5.4. Prueba estadística Correlación de Pearson (r) para el test-retest de la muestra de sujetos	210
5.5. Prueba estadística alfa de Cronbach de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A para el test y los retests de la muestra de adolescentes mexicanos	215
5.6. Prueba estadística análisis factorial de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A para el test de la muestra de adolescentes mexicanos	223
5.7. Análisis cuantitativo y cualitativo de las características del desarrollo adolescente dependiendo de la edad con las escalas del MMPI-A	228
5.8. Análisis cualitativo de las escalas del MMPI-A para las cuatro aplicaciones (1, 7, 14 y 21 días) de la muestra de adolescentes mexicanos.	233
5.9. Análisis cualitativo de las características de personalidad de la muestra adolescentes mexicanos	234
5.10. Análisis cualitativo de las escalas del MMPI-A del desarrollo adolescente y la psicopatología en una submuestra de adolescentes mexicanos	241
5.11. Análisis cualitativo del Inventario Autodescriptivo del Adolescente en una submuestra de adolescentes mexicanos	250
5.12. Correlación de Pearson (r) entre el MMPI-A y el Cuestionario de Sucesos de Vida	260

---

	<b>CAPÍTULO VI</b>
	<b>PÁGINA</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b>	<b>270</b>
6.1. Discusión	270
6.2. Conclusiones	307
6.3. Sugerencias y Limitaciones	319

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**ANEXOS**

**Anexo A**

**Perfil de las escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias de los test-retest**

**Anexo B**

**Perfiles del MMPI-A, comparación de una submuestra en riesgo y adolescentes normales**

**Anexo C**

**Tablas de frecuencias del Inventario autodescriptivo del adolescente**

**Anexo D**

**Tablas de las correlaciones de Person (r) entre el MMPI-A y el cuestionario de Sucesos de vida**

# INDICE DE FIGURAS

José Manuel Pérez Y Farías

## INDICE DE FIGURAS

### Página

<b>FIGURA 1.</b> Perfil de personalidad para la muestra de adolescentes mujeres y hombres de las escalas básicas del MMPI-A	235
<b>FIGURA 2.</b> Perfil de personalidad para la muestra de adolescentes femeninos y masculinos de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A	238
<b>FIGURA 3.</b> Perfiles de las escalas básicas del MMPI-A en una submuestra de 105 sujetos	242
<b>FIGURA 4.</b> Perfiles de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A en una submuestra de 105 sujetos	247
<b>FIGURA 5.</b> Perfil masculino de las escalas básicas del MMPI-A	283
<b>FIGURA 6.</b> Perfil femenino de las escalas básicas del MMPI-A	285
<b>FIGURA 7.</b> Perfil masculino de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A	290
<b>FIGURA 8.</b> Perfil femenino de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A	291

## ANEXO A

### Perfil de las Escalas Clínicas y de Validez, de Contenido y Suplementarias de los Test-Retest

### Páginas

<b>FIGURA 9</b> Perfil femenino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-7 días)	i
<b>FIGURA 10</b> Perfil femenino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-14 días)	ii
<b>FIGURA 11.</b> Perfil femenino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-21 días)	iii

## INDICE DE FIGURAS

José Manuel Pérez Y Farías

---

FIGURA 12. Perfil femenino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-7 días)	iv
FIGURA 13. Perfil femenino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-14 días)	v
FIGURA 14. Perfil femenino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-21 días)	vi
FIGURA 15. Perfil masculino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-7 días)	vii
FIGURA 16. Perfil masculino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-14 días)	viii
FIGURA 17. Perfil masculino de las escalas básicas del MMPI-A del test y el retest (1-21 días)	ix
FIGURA 18. Perfil masculino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-7 días)	x
FIGURA 19. Perfil masculino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-14 días)	xi
FIGURA 20. Perfil masculino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A del test y el retest (1-21 días)	xii

## ANEXO B

### Perfiles del MMPI-A, Comparación de una Submuestra en Riesgo y Adolescentes Normales

	Páginas
FIGURA 21. Perfil femenino de las escalas básicas del MMPI-A (n=65 en riesgo, 580 normales)	i
FIGURA 22. Perfil masculino de las escalas básicas del MMPI-A (n=81 en riesgo, 330 normales)	ii
FIGURA 23. Perfil femenino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A (n=65 en riesgo, 580 normales)	iii
FIGURA 24. Perfil masculino de escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A (n=81 en riesgo, 330 normales)	iv

---

**INDICE DE TABLAS**

José Manuel Pérez Y Fariás

**INDICE DE TABLAS**

	<b>Página</b>
<b>TABLA 1.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Edad	186
<b>TABLA 2.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Sexo	187
<b>TABLA 3.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Escolaridad	188
<b>TABLA 4.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Rendimiento académico. Del adolescente ¿Cuál es tu promedio actual en la escuela?	189
<b>TABLA 5.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Nivel escolar de la madre. ¿Hasta que año estudió tu madre?	190
<b>TABLA 6.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Nivel escolar del padre. ¿Hasta que año estudió tu padre?	190
<b>TABLA 7.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Ocupación de la madre. ¿Cuál es la ocupación de tu madre? Si tu madre ya no vive ¿Cuál era su ocupación?	191
<b>TABLA 8.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Ocupación del padre. ¿Cuál es la ocupación de tu padre? Si tu padre ya no vive ¿Cuál era su ocupación?	191
<b>TABLA 9.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Estado civil de la madre. ¿Cuál es el estado civil de tu madre? Si tu madre ya no vive ¿Cuál era su estado civil?	192
<b>TABLA 10.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Estado civil del padre. ¿Cuál es el estado civil de tu padre? Si tu padre ya no vive ¿Cuál era su estado civil?	192
<b>TABLA 11.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Responsabilidad del sustento económico familiar. ¿Quién sostiene económicamente a tu familia?	193
<b>TABLA 12.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Percepción del entorno físico-espacial familiar del adolescente. ¿En cuánto al tamaño de tu casa piensas que...?:	193
<b>TABLA 13.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Si recibe apoyo profesional o no. ¿Asistes a algún tipo de tratamiento o ayuda psicológica?	194
<b>TABLA 14.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Tamaño del lugar donde vive. ¿Actualmente vives en...?:	194
<b>TABLA 15.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de personas que viven en tu casa	195

## INDICE DE TABLAS

José Manuel Pérez Y Fariás

<b>TABLA 16.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de personas que duermen en cada cuarto	195
<b>TABLA 17.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de automóviles que poseen	196
<b>TABLA 18.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Posee Computadora. La familia con la que vives posee computadora.	196
<b>TABLA 19.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Cuanta servidumbre. ¿Con qué tipo de servidumbre se cuenta en tu casa?	197
<b>TABLA 20.</b> Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Transporte que utiliza frecuentemente. ¿Qué tipo de transporte utilizas regularmente?	197
<b>TABLA 21.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos	198
<b>TABLA 22.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos	199
<b>TABLA 23.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninos	199
<b>TABLA 24.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos	200
<b>TABLA 25.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos	201
<b>TABLA 26.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes	201
<b>TABLA 27.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos	202
<b>TABLA 28.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos	203
<b>TABLA 29.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninos	203
<b>TABLA 30.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos	204
<b>TABLA 31.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos	205
<b>TABLA 32.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-7) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos	205
<b>TABLA 33.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos	206
<b>TABLA 34.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos	207

# ÍNDICE DE TABLAS

José Manuel Pérez Y Fariás

<b>TABLA 35.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-14) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos	207
<b>TABLA 36.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos	208
<b>TABLA 37.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos	209
<b>TABLA 38.</b> Prueba t de Student para el test-retest (1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos	209
<b>TABLA 39.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos	210
<b>TABLA 40.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos	211
<b>TABLA 41.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninos	212
<b>TABLA 42.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos	213
<b>TABLA 43.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos	214
<b>TABLA 44.</b> Correlación r de Pearson para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos	215
<b>TABLA 45.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos	216
<b>TABLA 46.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas contenido del MMPI-A de adolescentes femenino	217
<b>TABLA 47.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femenino	218
<b>TABLA 48.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos	219
<b>TABLA 49.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas contenido del MMPI-A de adolescentes hombres	220
<b>TABLA 50.</b> Alfa de Cronbach para el test y los retests (1-7; 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes hombres	221
<b>TABLA 51.</b> Análisis factorial con rotación varimax, escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A adolescentes mexicanos	223

## ÍNDICE DE TABLAS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

<b>TABLA 52.</b> Análisis factorial con rotación varimax, escalas contenido del MMPI-A adolescentes mexicanos	225
<b>TABLA 53.</b> Análisis factorial con rotación oblicua, escalas suplementarias del MMPI-A adolescentes mexicanos	227
<b>TABLA 54.</b> ANOVA por edad para las escalas clínicas y de validez del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres	228
<b>TABLA 55.</b> ANOVA por edad para las escalas clínicas y de validez del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres	229
<b>TABLA 56.</b> ANOVA por edad para las escalas de contenido del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres	230
<b>TABLA 57.</b> ANOVA por edad para las escalas de contenido del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres	230
<b>TABLA 58.</b> ANOVA por edad para las escalas suplementarias del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres	231
<b>TABLA 59.</b> ANOVA por edad para las escalas suplementarias del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres mujeres	232

**ANEXO C**

**Tablas de Frecuencias del Inventario  
Autodescriptivo del Adolescente**

	<b>Página</b>
TABLA 60. Frecuencias y porcentajes del área familiar	i
TABLA 61. Frecuencias y porcentajes del área social	v
TABLA 62. Frecuencias y porcentajes del área escolar	vi
TABLA 63. Frecuencias y porcentajes del área personal	vii
TABLA 64. Frecuencias y porcentajes del área de la salud	viii
TABLA 65. Frecuencias y porcentajes del área sexual	x

**ANEXO D**

**Tablas de Correlación de Person (R) entre el MMPI-A  
y el Cuestionario de Sucesos de Vida**

	<b>Página</b>
TABLA 66. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas básicas del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas	i
TABLA 67. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas de contenido del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas	ii
TABLA 68. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas suplementarias del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas	iii
TABLA 69. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas básicas del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos	iv
TABLA 70. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas de contenido del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos	v
TABLA 71. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las escalas suplementarias del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos	vi

# INDICE DE DIAGRAMAS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

## INDICE DE DIAGRAMAS

	PÁGINA
DIAGRAMA 1. Esquema teórico conceptual	175

# INDICE DE GRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

## INDICE DE GRAFICAS

	<b>Página</b>
<b>GRAFICA 1.</b> Distribución de la muestra por edades	187
<b>GRAFICA 2.</b> Distribución del nivel escolar	188

## R E S U M E N

Jose Manuel Pérez y Ferrás

**RESUMEN:** Mucha de la confusión y controversia que tradicionalmente ha rodeado el uso de los instrumentos de evaluación para adolescentes ha resultado de la aplicación de éstos sin un entendimiento adecuado de características únicas del desarrollo. Se han utilizado instrumentos como el MMPI-A principalmente para evaluar y proporcionar una descripción de la forma y variantes de la conducta del adolescente, además como un método de predicción de amplio rango. A pesar de que el instrumento se ha utilizado y estudiado con adolescentes en diversos ámbitos, ha habido poco desarrollo de escalas utilizando muestras o grupos de éstos. Para la valoración de los mismos, la mayoría de los investigadores y clínicos, simplemente han adaptado las escalas que fueron derivadas empíricamente en muestras de adultos. La poca cantidad de reactivos relevantes para adolescentes en el MMPI; puede explicar la relativa escasez de escalas desarrolladas específicamente para evaluar conductas y síntomas de los adolescentes en comparación con el desarrollo sustancial de escalas para adultos. A pesar de que algunas de las escalas del MMPI son claramente relevantes para la evaluación de la problemática adolescente, otras no son válidas o podrían tener mucho más validez si el contenido de las escalas se modificara. Por eso se ha visto la necesidad de abordar el tema de la confiabilidad en las pruebas psicológicas, dado que si las mediciones repetidas obtenidas en una prueba son muy similares, el procedimiento de evaluación tiene una alta confiabilidad temporal, cuando es repetida en diversos lapsos de tiempo, porque se pueden establecer parámetros de mediciones temporales que permiten hacer inferencias alrededor del comportamiento de este instrumento. Más aún en el caso de un grupo de adolescentes, que por su propia estructura tienden a ser cambiantes, esto es algo importante que hay que tomar en cuenta, ya que se podrá ver reflejado en los resultados del mismo. A partir de los diferentes modelos para obtener la confiabilidad de un instrumento se propuso para esta investigación examinar la estabilidad de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A con un diseño test-retest a siete, catorce y veintidós días. **MÉTODOS:** Se consideró una muestra de 1056 sujetos y tres submuestras aleatorias para los retests, para minimizar las variables extrañas propias del diseño, con adolescentes de la Ciudad de México. Se utilizó el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) para adolescentes versión al español de 478 reactivos, traducido y adaptado por Lucio y Cols., (1998). Se aplicó además el cuestionario Sociodemográfico, el Inventario Autodescriptivo del Adolescente Lucio y Cols., (2001) y el cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes, (Lucio y Cols., 2001), para identificar algunos factores que pueden incidir en la conducta del adolescente. **RESULTADOS:** Se hicieron análisis de frecuencias y porcentajes de las variables edad, sexo, escolaridad y los cuestionarios Sociodemográfico, Inventario Autodescriptivo del Adolescente y Sucesos de Vida. Se analizaron los puntajes de la media y la desviación estándar a través de la t Student para el test y los retests a 1, 7, 14 y 21 días donde la mayoría de las escalas del MMPI-A no reportan diferencias. Se obtuvieron las correlaciones (r) Pearson, encontrando relaciones mayores a .70 entre algunas de las escalas del test-retest. Se determinó también los factores comunes a partir del análisis factorial de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A para el test en la muestra de adolescentes mexicanos, hombres y mujeres. Identificando para las escalas clínicas 4 factores: Ideación Psicótica I; Preocupaciones Neuróticas II; Desórdenes de la Personalidad III; e Identificación del rol de Género IV. Encontrando que la mayoría de las escalas se agrupan en el factor I principalmente. Para las escalas de contenido los factores: I Problemas de adaptación general y II Problemas de adaptación social. En las escalas suplementarias se encontraron dos factores en las mujeres: I Problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas y el factor II Problemas de ansiedad e inmadurez que en los hombres corresponde al factor I. **CONCLUSIONES:** Las correlaciones fueron estadísticamente significativas lo que permitió pensar en la aplicación adecuada del instrumento y en la estabilidad en cuanto a la correlación en cualquiera de los intervalos superados en esta investigación. Podría decirse que la correlación tiende a decrecer ligeramente a medida de que el intervalo de los retests se amplía, pero se requerirá de más investigación al respecto. No obstante, esto sugiere el uso del MMPI-A con mayor seguridad de obtener datos confiables y objetivos cuando se utilice para medir muestras de adolescentes mexicanos. Esta investigación aporta datos en cuanto a la confiabilidad y la validez de este instrumento, además de que, no solo añade datos basados en una muestra mas

## RESUMEN

Jose Manuel Pérez y Ferrás

---

---

amplia a diferencia de los encontrados en la literatura, sino que también utiliza un diseño test-retest con una aplicación inicial y tres subsiguientes a siete, catorce y veintidós días, mientras que en la literatura solo se reportan investigaciones utilizando un diseño test-retest con dos aplicaciones, que normalmente son a uno y siete días. A través del análisis factorial se identificó la estructura factorial y las variables que pertenecen a cada una de éstas, datos que permitieron hacer inferencias sobre los factores de mayor peso del instrumento, en especial los factores que conforman a las escalas de contenido y las suplementarias, mismas que no se encontraban reportadas en la literatura. Asimismo se establecieron parámetros de las conductas, medidos a través de los rasgos tanto generales como particulares que caracterizan el desarrollo adolescente de la muestra objeto de estudio incluyendo los perfiles que se encuentran dentro de la media normal y los perfiles que se salen de la misma, así como algunos códigos específicos derivados de la muestra. **Palabras clave:** Adolescencia, Confiabilidad, Validez, MMP1-A.

---

---

## ABSTRACT

José Manuel Pérez y Fariás

**ABSTRACT:** Most of the confusion and the controversy that has traditionally surrounded the use of instruments to evaluate adolescents is a result of applying this instrument without a proper knowledge of a specific developmental view of the adolescence. Instruments like the MMPI-A have been used to evaluate and to offer a description of the variation and the conduct itself, or as a wide range prediction method. Even though this instrument has been used and studied with adolescents in several settings, there has not been enough studies with this samples. To evaluate samples of adolescents, clinicians and investigators would use the scales developed, empirically, from the adult sample. The few relevant items developed for adolescents in the MMPI can explain the absence of scales developed specifically to evaluate symptoms and conducts, in comparison to the substantial development of scales for adults. Even though some of the scales are clearly relevant for the evaluation of adolescent problems, other are not valid or could be more valid if the content of the scale would be modified. This is the background for the need to archive the reliability for psychological tests, because if repeatedly measurements are obtained, and they are similar, the test has temporal consistency. It's more evident in a group of adolescents where the development is suffering changes. This is important because it can be reflected on the results of the test. Relying on the different models to obtain reliability, it has been proposed for this investigation of the Clinical and Validity, Content and Supplementary scales of the MMPI-A, a test-retest design with a time range period of one, seven, fourteen and twenty-one days was proposed. **METHOD:** The sample consisted of 1056 adolescents from Mexico City, who were tested and three subgroups were elected randomly for the retests, to minimize the strange variables of this design. The Spanish version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents, (MMPI-A) was used, (Lucio & Cols., 1998). The adolescents were also screened with a Sociodemographic instrument, the Autodescriptive inventory for adolescents, (Lucio & Cols., 2001), and the Life events questionnaire for adolescents, (Lucio & Cols., 2001). This to evaluate some other conduct that may affect the development of the adolescent. **RESULTS:** Frequencies for age, sex, school level, the Sociodemographic questionnaire, the Autodescriptive inventory and the Life event questionnaire were obtained. Means, standard deviations, t Student correlations coefficient for the test-retest, for the one-seven, one-fourteen and one-twenty-one period range of time were also obtained with no statistical significant differences. In the Pearson correlations the relations were higher than .70 in most of the scales. The factor analysis was obtained for the Clinical and Validity, the Content and the Supplementary scales with the test sample. Identifying 4 factors for the Clinical scales: I Psychopathic Ideation, II Neurotic Preoccupation III; Personality Disorder and IV Gender role identification. Most of the scales were in factor I. For the Content scales there were two factors: I General Adaptation Problems and II Social Adaptation Problems. In the Supplementary scale two factors were found for girls: I Problems related with the Alcohol and Drug Use, and II Problems related with Anxiety and Immaturity, while for the boys this factor corresponds to factor I, which was the only one found for this group. **CONCLUSIONS:** Correlations were statistical significant, meaning that not only the administration of the test was adequate, but also that the stability of this instrument for all the time range of administration was high. It can also be said that the Correlations tend to decrease while the time period range is larger, but this needs more investigative support. Nevertheless this instrument can be widely used in measuring Mexican adolescents. This investigations gives data concerning the reliability and validity of the MMPI-A. Besides, it not only enlarges the data concerning the reliability and the validity of this instrument, but it also does it relying on a larger sample than the rest of the investigations reported. And it also uses a test-retest design with four administrations, something that is not frequently found in the literature. Throughout the factor analysis, inferences were made with the factorial structure, especially those concerning the Content and Supplementary scales, because this information was not available in the literature in the moment this study was conducted. Descriptions for the adolescent development were obtained. Parameters and code types for normal adolescents are offered in this investigation. While profiles of boys and girls who are not in the normal range of the MMPI-A are also described in this study. **Key Words:** Adolescence, Reliability, Validity, MMPI-A.

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la personalidad desde la perspectiva de la teoría de los rasgos propuesta por Allport, (1942), debido a que es uno de los puntos de vista considerados en la construcción original del inventario utilizado en esta investigación. Además de que, de una forma empírica surge del análisis de una muestra clínica, pero que no necesariamente hace referencia a los rasgos psicopatológicos. También se describe la conducta del adolescente desde la perspectiva del desarrollo adolescente y de los rasgos o estados psicológicos que se dan en este proceso, y que no necesariamente se tendrán que determinar en un rango de normalidad-anormalidad, sino más bien como conductas descriptoras de dicho desarrollo en nuestra muestra de adolescentes. De esta manera, en este estudio, se intenta hacer aportaciones a la teoría en lo que respecta al desarrollo adolescente.

Además, se toman en consideración algunos de los trabajos de investigación realizados con adolescentes. También, se reseña brevemente la historia del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes, desde su aparición hasta su revisión en 1990. Y, por último, se mencionarán las investigaciones más recientes que han utilizado el método test-retest para obtener la confiabilidad, así como las investigaciones hechas para evaluar la validez del instrumento y aquellas que han incluido adolescentes como parte de la muestra.

Uno de los objetivos de este estudio, fue analizar el grado de confiabilidad y validez del MMPI-A versión en español, (Lucio y Cols., 1998), para adolescentes mexicanos como parte de una propuesta de investigación, que ayudará a determinar la estabilidad del instrumento mediante un diseño de test-retest, a partir de la aplicación del instrumento a un grupo de adolescentes, con un test y tres retests con diferencias de tiempo, para ver cómo se comporta el instrumento, analizando además su relación con otras variables externas planteadas en el diseño. Esto con la finalidad de que los datos obtenidos tuviesen mayor confiabilidad, de manera que se pudieron hacer inferencias a partir de los datos obtenidos en cuanto a las teorías de la personalidad y la adolescencia con el fin de explicar más ampliamente el fenómeno.

## INTRODUCCIÓN

José Manuel Pérez y Fariás

---

---

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS-PC) (Nie, Hull, Steinbrenner, Jenkins, 1985), a partir de la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central como el puntaje de la media y la desviación estándar, se pudo observar cómo se distribuyen los datos.

También se llevó a cabo un análisis de los datos a través de la prueba *t* de Student para conocer las diferencias, así como la correlación (*r*) de Pearson para establecer las relaciones entre las variables. Asimismo, se sometieron los datos al análisis a través del coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento y su estabilidad con la muestra objeto de estudio.

Finalmente se realizó un análisis factorial con rotación varimax para determinar la validez de constructo del instrumento y así, saber si estos factores se mantenían en las escalas clínicas, de validez y de contenido. Siendo que para las escalas suplementarias se realizó un análisis factorial con rotación oblicua dadas las características y las necesidades de éstas. Amén de establecer factores nuevos para las escalas de contenido y suplementarias, mismas que en el momento de realizar esta investigación, no se encontraron en ningún estudio previo.

Se considera que este estudio aportó elementos importantes a la investigación en México ya que sólo se encontró un estudio de este tipo realizado por Lucio y Cols, (1998). Amén de que no existen muchos instrumentos que midan los rasgos psicopatológicos de los adolescentes, sino que se han utilizado los de adultos, que por otro lado no se han confiabilizado ni validado en muestras de adolescentes mexicanos, hecho que no permite evaluar realmente al adolescente, ya que se utilizan parámetros y normas de medición elaborados para sujetos cultural y estructuralmente diferentes.

También se pudieron hacer algunas inferencias en cuanto a la confiabilidad y la validez, a través de analizar la temporalidad (uno, siete, catorce y veintinueve días) del instrumento. Se pretendió ejercer el mayor control sobre las variables extrañas propias de este diseño. Finalmente se intentó aportar elementos en la relación que podría darse entre la confiabilidad y la validez, como dos elementos en un solo diseño test-retest.

---

---

## INTRODUCCIÓN

José Manuel Pérez y Farías

---

---

Se describieron algunos elementos sobre la estructura de personalidad del adolescente mexicano y su relación con variables como edad y sexo. Asimismo se hicieron aportaciones alrededor de algunas conductas del proceso evolutivo del adolescentes y Sucesos de Vida que podrían dar explicación a los mismos. Esto se hizo mediante la aplicación de dos instrumentos que permitieron de algún modo recolectar datos desde la perspectiva de un criterio externo, tanto de los Sucesos de Vida de una submuestra como del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán, Barcelata, 2000), de la misma. Así como una ficha sociodemográfica de 17 reactivos que se le aplicó a toda la muestra para extraer algunas variables que sirvieron como indicadores y que permitieron enriquecer la información respecto a los sujetos de la muestra. Todo esto con el fin de hacer descripciones del desarrollo adolescente, en el que se pudieron obtener los indicadores de psicopatología obtenidos mediante el MMPI-A, además de que se pudieron hacer inferencias a partir de las aportaciones teóricas del desarrollo en la adolescencia.

Amén de que se pudieron hacer aportaciones en el ámbito clínico de los perfiles arrojados por dicho instrumento en la muestra de adolescentes, se obtuvo información específica que se recolectó a través de los instrumentos de criterio externo antes mencionado. Asimismo, se analizaron 146 perfiles que a partir del MMPI-A describen rasgos de escalas que salen de la media de la muestra objeto de estudio. Estos se describieron a partir del desarrollo adolescente y de los códigos que se dan a partir de las combinaciones de los puntajes obtenidos en las escalas. Con estos datos se pudo hacer inferencias sobre el nivel de riesgo existente entre la psicopatología y el desarrollo en una submuestra de adolescentes, a partir de las contribuciones teóricas de la psicopatología, personalidad y el desarrollo adolescente, que permitieron analizar los procesos, conductas y síntomas propios del adolescente mexicano desde una perspectiva clínica.

Se podría decir que en este estudio se hicieron inferencias sobre cuatro puntos centrales:

Hacer deducciones alrededor del diseño test-retest y su relación con la variable "temporalidad".

## INTRODUCCIÓN

José Manuel Pérez y Fariás

---

---

La realización de los análisis factoriales de las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A que no se encontraban publicados, con el instrumento en México.

- 1) Hacer un análisis cualitativo, permitió hacer inferencias sobre las teorías del desarrollo adolescente en cuanto a la descripción, no solo de la muestra normal, sino de una submuestra "en riesgo" en la que se determinaron los rasgos psicopatológicos obtenidos a partir del instrumento objeto de estudio.

Este estudio representa la posibilidad de abrir una línea de investigación futura sobre esta temática con el fin de hacer aportaciones sobre estos y otros instrumentos que permitan la evaluación del adolescente, tan necesaria en este periodo de edad.

De esta manera, evaluar las características de personalidad con un instrumento como el MMPI-A, permitió analizar los resultados en forma sistemática y útil, así como identificar y describir la conducta de los adolescentes de una manera más eficiente y efectiva. Además, al sistematizar el estudio de los rasgos de personalidad, es posible identificar y hacer una estimación de la gravedad de la psicopatología en el adolescente.

Finalmente, el considerar en una evaluación el comportamiento adolescente, en un contexto más amplio de variables, como las propuestas en esta investigación, permitió diferenciar las características de personalidad de grupos adolescentes normales y una submuestra con rasgos psicopatológicos. De ahí la importancia de partir de la observación de variables desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo de la conducta adolescente, considerando en el proceso, instrumentos valorados y adaptados para la población mexicana (como el MMPI-A) que aportan al clínico información importante sobre las consideraciones que debe tener presente para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del adolescente.

---

---

## 1.1. PERSONALIDAD

La personalidad ha sido un área por la que el ser humano se ha interesado profundamente desde la antigüedad. En cierto modo, ha representado una tendencia natural del hombre, ya que por su condición de ente pensante y racional, posee la característica de indagar y explicar los fenómenos naturales, físicos y sociales de su entorno.

Por tal motivo, se ha preocupado por conocer los factores que se involucran con el pensamiento, la conducta y el sentir de determinada manera y, a la vez, descubrir él porqué de las diferencias individuales de los miembros que conforman su especie.

Partiendo del estudio de la personalidad, como un concepto global, es factible conocer diversos aspectos comunes a todos los individuos. La percepción, la motivación, el aprendizaje y el repertorio conductual, que obedeciendo a sus múltiples interrelaciones dan como resultado diferencias individuales en la personalidad. Además, lo anterior permite predecir con mayor probabilidad la conducta de una persona.

Teniendo como marco de referencia lo antes mencionado, la psicología en particular, ha intentado encontrar una explicación al intrincado fenómeno de la personalidad.

Algunos autores, (Cueli, Reidl, Martí, Lortigue y Michaca, 1972), mencionan que para los antiguos hebreos existían un conjunto de poderes internos, inescrutables u oscuros, parecidos a los externos, que manejaban al hombre. Así, el pensamiento griego (en la época de Sócrates y Platón) establecía que mediante el razonamiento es posible alcanzar el entendimiento y control de uno mismo. En este sentido no solo describen la presencia de fuerzas positivas en el interior del hombre, mismas que le sirven para ayudarlo, sino también percibieron la existencia de fuerzas negativas que conducían al ser humano a su derrumbamiento.

Se ha señalado que el estudio de la personalidad ha pasado por tres fases principales Cattell, (1965):

---

---

La literaria y filosófica

La protoclinica

La cuantitativa y experimental.

Cada una de éstas ha elaborado sus propias definiciones, mismas que obedecen a los diferentes momentos históricos y culturales.

En trabajos como el de Saucedo, (1992), se mencionan autores como Horney, (1976), quien dice que la personalidad no queda establecida en la infancia, sino que estas experiencias infantiles son sólo parte de la estructuración continuada de la personalidad. El hombre sigue siendo un producto de su medio y al modificarse éste cambia.

Fromm, (1985), dice que la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo, y que lo hacen único. Las cualidades heredadas constituyen el temperamento que es innato e inmodificable. En cambio, el carácter es la forma relativamente permanente en que la energía humana se canaliza en los procesos de asimilación y socialización.

Sullivan, (1964), sostiene que el hombre es el producto de la interacción con otros seres humanos, y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento.

Como se puede observar y de acuerdo a como lo señala Whittaker, (1968), las definiciones de personalidad se pueden encuadrar en cuatro categorías básicas:

**Definiciones generales:** En las que la personalidad representa a las características globales de la conducta del individuo y se consideran todos los procesos y respuestas que éste presenta.

**Definiciones Integrativas:** Destacan la organización de la personalidad.

**Definiciones jerárquicas:** En las que se determinan la funciones de cada una de las diversas dimensiones que integran la personalidad.

---

---

Definiciones del ajuste: Proporcionan la manera característica en que cada individuo se adapta a su medio ambiente. Para éste, la personalidad es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de conducta de un individuo en términos de las comparaciones con otras personas.

Con el término de organización dinámica, Allport, (1961), se refiere a la personalidad como algo que no es estático, sino que se encuentra en un continuo cambio y desarrollo, aunque existe una organización sistemática que rige a los factores que la componen. Respecto al punto de vista psicofísico explica que la personalidad no es sólo psicológica, sino que su organización está influenciada tanto por procesos psicológicos como por las interacciones a un nivel orgánico. Con el ajuste al medio hace referencia a que ésta mantiene una relación recíproca con el medio, proponiendo que hay relaciones entre lo individual y el medio, y que éstas involucran tanto lo físico (en el sentido corporal) como lo psicológico.

A partir de las definiciones, su clasificación y los esfuerzos por profundizar en el estudio de la personalidad es que surgen las teorías como aproximaciones más funcionales y específicas que intentan analizar este fenómeno propio del ser humano. A su vez, el desarrollo de diversas y variadas teorías ha llevado a la necesidad de clasificarlas de acuerdo a sus orientaciones. Así, se distinguen aquellas que hacen diferenciación entre estructura y dinámica; rasgo y tipo. También se ha situado desde un punto de vista ideográfico y nomotético. Las primeras se sustentan en la interpretación que da el individuo de lo que internamente le sucede, considerando su autopercepción, la subjetividad de su realidad y las características únicas del estudio de la personalidad total. En tanto las segundas se basan en las regularidades interindividuales, para lo cual se estudian un número considerable de sujetos en un mismo momento histórico procurando establecer aquellos factores que le son comunes a todos ellos, así como las leyes bajo las cuales se rigen.

En términos generales e independientes de la orientación teórica que se trate, ésta debe establecer cuál es la relación funcional entre las variables inter e intrapersonales además de las contextuales externas y las que influyen en la aparición de las manifestaciones conductuales.

---

A partir de estas consideraciones es que las diversas posiciones teóricas analizan fragmentos de los fenómenos sociales interpersonales que inciden en la conducta de los individuos; fenómenos que pueden tener alguna o suficiente importancia dependiendo de la orientación teórica a la que se haga referencia. El objetivo fundamental es explicar la variabilidad de los fenómenos, entendiéndose como tal las variaciones de la conducta de una misma persona y/o las diferencias entre las conductas de los individuos. Para explicar de manera más adecuada los cambios de la conducta es pertinente tomar en cuenta las variables contextuales, las consistentes en las conductas de la misma persona en diferentes ambientes y las interrelaciones que se establezcan. A dichas consistencias se les conoce como características, hábitos o rasgos. Así tenemos que para determinar la variabilidad de la conducta a partir de la premisa señalada, se deben establecer aquellas consistencias, características, hábitos o rasgos de la conducta que no estén definidas por variables contextuales. Por tal motivo, no es de extrañar que las diferentes teorías de la personalidad propongan sus propias listas de rasgos y las supuestas interrelaciones entre las características a fin de poder clasificar las conductas interpersonales más estables de una persona.

### 1.1.2. Teorías de los Rasgos

Las teorías cuyo enfoque está centrado en el estudio de los rasgos, utilizan métodos estadísticos de control para definir, o tratar de hacerlo, aquellas características de la personalidad que son comunes o se comporten con un determinado grupo social, utilizando para ello un gran número de dimensiones y/o factores.

Si se consideran los anteriores aspectos, Cueli y Cols., (1972), retoman la postura de Hilgard, Atkinson y Atkinson, (1962), en el sentido de que se puede describir una estructura de personalidad por su posición en un número determinado de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Para sustentar estas afirmaciones, es necesario contar con un instrumento psicológico que permita medir y evaluar los rasgos previamente definidos en un grupo determinado de sujetos que funcionen como norma estadística, de tal manera que al aplicarlo a una persona específica sea posible establecer qué tanto posee de algún rasgo en particular. Desde esta perspectiva, el individuo es descrito cuantitativamente con relación a ciertos rasgos comparados con otros sujetos. El resultado cuantitativo de estas

---

---

comparaciones puede ser una gráfica denominada Psicograma, dependiendo del instrumento de medición psicológico que se esté empleando. Un ejemplo bastante utilizado de un instrumento que mide rasgos de personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y sus versiones revisadas MMPI-2 y MMPI-A. Considerando la perspectiva de Allport, (1961), se puede decir que la personalidad está constituida por rasgos, algunos de ellos son únicos y particulares, en cambio otros son comunes y se encuentran en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Sin embargo, para comprender en su totalidad a la personalidad, es necesario considerar las semejanzas entre los individuos y además las características únicas de cada individuo. Visto así, este estudio ha contemplado ambas posturas, la ideográfica por la importancia que da al estudio de caso, y nomotética porque afirma que en cada persona existen rasgos comunes, en mayor o menor grado, a los de los demás.

Cofer y Appley, (1971), señalan que Allport, (1961), considera que la autobiografía, los documentos personales y fuentes similares de información, son tan apropiados para estudiar la personalidad, como las técnicas cuantitativas que aportan las pruebas psicológicas y los procedimientos de laboratorio y similares, en virtud de que el profesional cuenta con elementos concretos para obtener los datos necesarios en la descripción de la persona.

Allport, en 1961, definió el rasgo como un sistema neurológico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir funcionalmente muchos estímulos en equivalentes y de iniciar y guiar formas similares de conducta expresiva y adaptativa, (Cueli y Cols, 1972). También establece las diferencias entre rasgos, actitud y tipo, intentando ubicar primero como representativo de las consistencias de la conducta por un lado, estableciendo distinciones entre el rasgo común y el particular. Por otro lado, dice que los rasgos y las actitudes son predisposiciones a determinados tipos de respuesta, pero la diferencia básica radica en que mientras que la actitud está vinculada a una o varias clases de objetos específicos, el rasgo es más general en cuanto a su relación con un número mucho mayor y más variado de objetos. De esta manera, se hace una clasificación entre los rasgos comunes y los rasgos individuales.

---

---

Sin embargo, Allport, (1961), con este tipo de afirmaciones, trata de no dejar de lado la influencia que el ámbito sociocultural mantiene con el hombre y que incide directamente con la manifestación conductual de los rasgos. Explica que los individuos desarrollan un número limitado de modos de ajuste aproximadamente comparables.

Cueli y Cols., (1972), añaden que sólo el rasgo individual es una verdadera característica porque los rasgos se dan siempre en los individuos y no en la comunidad y se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias de cada sujeto. También refieren que para Allport, (1961), el estudio de los rasgos comunes tiene siempre una utilidad, toda vez que éstos no sean considerados como aspectos definitorios exclusivos de la individualidad de la persona.

Rivera, (1991), en las consideraciones sobre la aplicación del MMPI y su interpretación, advierte que en las características de una autodescripción, deben considerarse con base en sus relaciones internas, como en la posibilidad de que sean comparadas con los resultados estadísticos obtenidos del estudio de un grupo.

Partiendo de esto, el MMPI, por ser un instrumento autodescritivo con un nivel de medición intervalar, permite en efecto evaluar los rasgos de personalidad desde dos ángulos: cualitativa y cuantitativamente. La parte cuantitativa proporciona información tanto de la severidad con la que un rasgo se acentúa en la personalidad (por la elevación de cada escala), como sobre la comparación de las características de un sujeto con otro de su mismo grupo o de otros grupos sociales. El aspecto cualitativo del inventario debe interpretarse sobre la base de los elementos clínicos y psicodinámicos que proporcionan cada una de las escalas y de las combinaciones con que se relacionan. Por otra parte, también hace mención de la dinámica de aparición, influencia e incidencia de los rasgos. Los rasgos, además de dirigir y guiar la conducta, también incitan o sirven para darle inicio. De esta manera, existen factores y situaciones que en determinado momento fungen como disparadores del rasgo, de tal suerte que el individuo busca entrar en contacto con esos factores a fin de poner en marcha la actuación del rasgo que posee. Por lo anterior, es posible conocer un rasgo sólo en virtud de ciertas regularidades y consistencias en la forma en que un sujeto se comporta, (Cueli y Cols; 1972). Estas actitudes, intenciones y motivaciones, influyen directamente en la dinámica de la personalidad y su desarrollo, por

---

lo que concluyen que la personalidad se va desarrollando a través del tiempo, la historia y experiencias personales.

Desde una perspectiva histórica de la motivación Cofer y Appley, (1971), retoman las propuestas de autores como Woodworth, (1918); Miller y Dollard, (1941); Murphy, (1954) y Allport, (1961), (en Cueli y Cols; 1972); afirmando que sólo pocas pulsiones son innatas, considerando que la mayoría de los motivos humanos se aprenden. Argumentan también que al igual que la personalidad se desarrolla en el transcurso del tiempo, las motivaciones van modificándose e inciden directamente en los rasgos de personalidad y su manifestación conductual. Se ha mencionado que los rasgos aparecen con el desarrollo y, de alguna manera, se aprenden. De esto se deduce que los rasgos y los motivos originales o primeros en surgir van cambiando a través del tiempo. Es decir, van apareciendo nuevos de acuerdo a las metas futuras del sujeto.

Muchas de las investigaciones realizadas en este campo se han basado en los conceptos de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Catell, 1965).

Es evidente que resulta imposible medir la personalidad completamente, para ello tenemos que estimar tanto rasgos como individuos. Además de que todos los rasgos de personalidad continuamente varían en grados. Sin embargo, la proliferación de las pruebas de personalidad publicadas nos indican que los psicólogos han realizado bastantes mediciones en este sentido.

Existen una gran cantidad de pruebas psicométricas para la evaluación de tipos, rasgos, estados emocionales, síntomas psicopatológicos, conductas, actitudes y muchas otras más relacionadas con los seres humanos. Algunos como los unidimensionales sólo miden una variable para producir un puntaje único, y otras llamadas multidimensionales, miden muchas variables para producir varios puntajes. Pruebas como MMPI-A surgidas de la psicopatología, posteriormente han sido aplicadas en la evaluación de rasgos de la personalidad, cuyo sustento estructural, como toda prueba psicológica debe ser la confiabilidad y la validez, base de esta investigación.

---

---

## 1.2. ADOLESCENCIA

Uno de los principales objetivos de la psicología ha sido el ocuparse del estudio del hombre, desde su origen hasta el final de su vida. Identificando cada una de sus características y comportamientos de modo particular, como es el caso de la adolescencia.

Algunos autores enfatizan el aspecto biológico, otros el psicológico y social o bien la combinación de todos, ya que la adolescencia se manifiesta en diversas áreas.

Takanishi, (1995), menciona que muchos autores y estudiosos de la materia no le otorgan la importancia que deberían porque la sienten como un período transitorio de la vida del ser humano.

Sociológicamente, la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Psicológicamente es una situación en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.

Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los 12 o 13 años de edad hasta los primeros de la segunda década, con grandes variaciones individuales y culturales. Tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones y a acortarse en las sociedades más primitivas.

Para poder describir el desarrollo de la adolescencia será importante partir de algunas definiciones las cuales nos permitirán entender las diferentes dimensiones que abarca esta etapa del desarrollo humano.

Para Stern, (1984), la palabra adolescencia se deriva de la voz latina "Adolescere" que significa: "Crecer o desarrollarse hacia la madurez". También menciona que la palabra adolescente se refiere al período de crecimiento que se extiende aproximadamente de los 12 a los 13 años de edad hasta llegar a los 23 años. Agregando que realmente termina con la virilidad en el hombre y la madurez en la mujer. Posteriormente, Gesell, (1956), (en Cicchetti, 1993), define a la adolescencia como un período eminentemente rápido e intenso

---

en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Erikson, (1959), agrega que el niño se ha identificado con muchas personas, incorporando las características de diversos modelos, diferentes imágenes de sí mismo como joven, amigo, estudiante, líder, trabajador, mujer u hombre en una sola imagen, además de elegir carrera y estilo de vida.

Asimismo, este autor divide el desarrollo humano en ocho etapas para ubicarse así el momento de inserción de la identidad, los logros del Yo y sus crisis psicosociales que le permitan un desarrollo adecuado. Estas son:

Confianza Básica vs. Desconfianza Básica

Autonomía vs. Vergüenza y Duda

Iniciativa vs. Culpa

Industria vs. Inferioridad

Identidad vs. Confusión del Rol

Intimidad vs. Aislamiento

Generatividad vs. Estancamiento

Integridad del Yo vs. Desesperación.

Erikson, (1959), sostiene que, a lo largo de éstas existen figuras significativas para el individuo (padre, madre, compañeros, líder y pareja) que van a jugar un papel muy importante para su formación. Así, si las relaciones que ha sostenido con su medio son satisfactorias, puede lograr la identidad del Yo, es decir, un intenso sentido de sí mismo, aceptando la evaluación retrospectiva de su propia vida y sintiéndose satisfecho consigo mismo, (en Maier, 1965). En todas las etapas, la tarea vital es lograr una posición con una actitud básica que concierne al Yo, aunque éste solo accede a una conciencia auténtica después de la tercera edad, tanto consciente como inconsciente, como resultado de la

---

---

relación del individuo con su entorno psicosocial. Este autor describe que en el desarrollo de estas etapas pueden surgir dos posibles desenlaces:

Los conflictos son resueltos en forma satisfactoria, se logrará una calidad positiva que se incorpora al Yo, dándose así un desarrollo saludable.

Los conflictos no son resueltos en forma satisfactoria, esto persiste, integrándose este aspecto a la estructura Yoica, perjudicando su desarrollo y formación. La solución adecuada de los conflictos anteriores puede servir de base para la búsqueda de la identidad, un sentido firme de autonomía le da al adolescente la fuerza para insistir en tomar una decisión libre sobre su propia carrera y estilo de vida. La identidad se refiere a la organización de los impulsos, capacidades, creencias e historia del individuo en esta imagen sostenida del Yo. Representa elegir y tomar decisiones deliberadas, particularmente sobre la vocación y orientación.

El sentimiento de solidaridad en grupos y pandillas de adolescentes es fuerte, el lenguaje, gestos y vestimenta constituyen una defensa necesaria contra los peligros de autodifusión que existe en este periodo. El enamoramiento, acontecimiento común y frecuente en esa edad, es de naturaleza menos sexual que en edades posteriores. Él trata más bien de proyectar en otra persona su propio Yo, aun difuso e indiferenciado, a fin de aclarar el concepto de sí mismo y el de su propia identidad. Llegado a ese punto, pocas veces el joven se identifica con sus padres. Por lo contrario, se rebelan contra el dominio, el sistema de valores y la intrusión de estos en su vida privada, ya que necesita separar su identidad de la de ellos, con todo, existe una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo, sus compañeros y la pandilla ayudan al individuo a encontrar su propia identidad dentro del contexto social.

El adolescente ha perdido la seguridad de la infancia, pero aun no se ha ganado su aceptación como adulto. La madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente.

Blos, (1990), emplea el término de adolescencia para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, o sea, a las manifestaciones físicas de la maduración sexual. Este autor divide la adolescencia en cinco etapas:

---

---

Preadolescencia, de los 10 a los 12 años

Adolescencia Temprana, de los 13 a los 14 años

Adolescencia propiamente dicha, de los 15 a los 17 años

Adolescencia Tardía, de los 18 a los 20 años

Post-adolescencia, de los 20 a los 25 años.

Asimismo, indica que los brotes del crecimiento en relación con el peso, la musculatura y el desarrollo de características sexuales, pueden ser acompañados por importantes cambios en los estados emocionales. También menciona que la mayoría de los adolescentes están interesados en un momento o en otro por la normalidad de sus estados físicos. Además, la ausencia de normas de edad definidas respecto a la fisiología adolescente, contribuye solo a la incertidumbre.

Stone y Church, (1957), (en Ampudia, 1998), hacen una distinción entre las manifestaciones culturales y de conducta por una parte, y las físicas por la otra, pero dan un paso adelante al hacer una distinción entre pubertad, el logro de la madurez sexual y pubescencia, el periodo de aproximadamente dos años que precede a la pubertad. La pubescencia es el lapso de desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras. Es filogenética e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios, la pubescencia corresponde pues, al periodo de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora. Esos cambios se reproducen en un lapso aproximadamente de dos años.

Por otro lado, Barnés, (1967), después de indagar en estudios antropológicos sobre el tema, llega a la conclusión de que los problemas que deben afrontar los adolescentes varían de cultura en cultura. Esta transición a la edad adulta es una etapa complicada, conflictiva y prolongada. Sin embargo, el mismo autor afirma que los principios psicológicos fundamentales que obran en todos estos ambientes sociales deberían ser los mismos.

---

---

Piaget, (1969), señala que psicológicamente la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en la que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a los derechos y, más frecuentemente, por encima de él, de acuerdo con el narcisismo propio de la etapa.

Siguiendo esta línea, Sánchez, (1970), dice que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el narcisismo.

Bartolomeis, (1972), define a la adolescencia como un proceso social por medio del cual se establece una auto-identificación clara y estable.

Erikson, (1972), sostiene que el proceso de identificación solo se completa cuando el adolescente ha subordinado sus identificaciones infantiles a una nueva especie de identificación lograda a través de la sociabilidad adquirida y del aprendizaje competitivo con y entre sus contemporáneos. Al llegar a la madurez, el joven adulto debe haber obtenido un sentido de continuidad y de identidad psicológica y social tanto con lo que fue cuando niño como lo que será dentro de poco, y al mismo tiempo debe hacer concordar el concepto que tiene de sí mismo con el que los demás tienen de él.

Para Hurlock, (1975), el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta se ha convertido en una pequeña subcultura cuyos intereses y actitudes están muy alejados de la responsabilidad del adulto, advierte a los padres que se preocupen por los esfuerzos académicos a que se ven sometidos sus hijos, que la carga emotiva producto de la competencia social por estar "in" y "no out" puede ser mucho más seria de lo que ellos creen.

Debesse, (1977), postula que durante la adolescencia se produce una crisis evolutiva como parte de la dinámica del desarrollo normal, define esa crisis como el advenimiento de la autognoia, dirige su atención hacia el segundo aspecto, la respuesta a la pregunta ¿Quién soy yo?, esto constituye una tarea evolutiva de extrema importancia y que requiere introspección, solo esta, en forma sistemática ayuda al individuo a conocerse a sí mismo en forma más completa y lo conduce al auto descubrimiento.

---

Asubel, (1983), señala que la iniciación social a la edad adulta o bien corresponde a la madurez fisiológica o bien le sigue, pero que el alcance de la madurez sexual siempre precede y jamás sigue a la inauguración social en la adolescencia.

Como puntualiza Lehalle, (1986), la adolescencia se corresponde con una nueva posibilidad o con una nueva incertidumbre en el plano de la génesis, susceptible de desembocar en una mejor cohesión personal, pero portadora también de riesgos específicos.

El período de la adolescencia en nuestra sociedad, aparece con una serie de dificultades para el individuo. Algunos de estos problemas a los que se enfrenta el adolescente en nuestra sociedad quedan incluidos en la índole misma de la situación de cambio del individuo de la niñez a la vida adulta.

En una perspectiva más actualizada del desarrollo adolescente podemos citar a Baltes y Cols., (1980); Lerner, (1981); Keating, (1987), Attie y Cols., (1987), entre algunos autores que postulan, desde la perspectiva del desarrollo adolescente, la teoría básica de que dicho proceso no se puede ver como un desarrollo por etapas sino como un proceso donde el individuo interactúa con otros sujetos y con el medio ambiente que lo rodea, de ahí que existirán tantos factores como variables haya en el desarrollo de cada adolescente.

Algunos trabajos, sustentan que la pubertad afecta el estado psicológico de los varones, especialmente en cuanto al aumento de la agresión. Pero este mismo desarrollo puberal disminuye la sensación de atracción en las mujeres. Lo importante de estas aportaciones es que en estos estudios se sustenta la teoría de que dichos encuentros no solo obedecen al desarrollo puberal del adolescente, sino que también tienen que ver con los procesos culturales. (Meyer-Bahlburg y Cols., 1985; Petersen, Crockett, y Losoff, 1984; Susman y Cols., 1987; Crockett y Petersen, 1987; Brooks-Gunn y Warren, 1987 y 1988).

En cuanto a que en la adolescencia los conflictos familiares surgen en el comienzo de esta y tienden a la homeostasis hacia el final de la misma, podemos citar los estudios de Montemayor, (1983) y Smetana, (1987). Además es importante recalcar que muchos estudios relacionados con las interacciones entre los adolescentes y sus familias se han realizado desde esta nueva perspectiva como podrían ser los relacionados con la

---

---

necesidad de irse a vivir solos de Gottlieb y Chafetz, (1979); o los que huyen de casa de Blood y Dángelo, (1974), o los que se unen a un culto religiosos de Uilmann, (1982), o finalmente los que relacionan a la familia con el uso y abuso de drogas en los adolescentes de Kandel y Cols., (1978) y Mc Cubbin y Cols., (1985). Más aún, los estudios de Rutter y Cols., (1976), que relacionan los padecimientos psiquiátricos de los adolescentes y sus relaciones familiares, o las relaciones existentes entre el suicidio y las relaciones familiares reportados por Jacobs, (1971).

En cuanto al desarrollo social y la relación con el grupo en el proceso adolescente se han hecho estudios que concuerdan en que el grupo de compañeros del adolescente se ve afectado por un incremento sistemático a medida que sus relaciones salen del grupo escolar para verse ampliadas por el grupo de amigos fuera de esta. Asimismo, este grupo lo representa más aún porque son elegidos por él mismo de acuerdo a sus propias necesidades y deseos. Esto determina el círculo social del grupo cohesivo al que él decidió pertenecer, (Crockett y Cols., 1984; Csikszentmihavi y Larson, 1984). También es importante mencionar que estos adolescentes comienzan a compartir sensaciones y emociones en un mundo más íntimo convirtiendo a este en su grupo de referencia, (Hartup, 1983; Younis y Smoller, 1985). Gottmann, (1987), realizó un análisis de las conversaciones entre adolescentes, estudiando los procesos que los conducen a la amistad. El autor refiere que los cambios en el desarrollo de la amistad ocurren porque el adolescente tiene la necesidad de competir afectivamente contra la etiqueta cultural en la que se ve encerrado como niño. Para salir de este proceso cultural requiere de relaciones afectivas que lo salven de ser un niño y lo pongan en el lugar del adulto.

También ha sido de vital importancia el estudio de comportamientos adolescentes como el uso de drogas, fumar, el comportamiento sexual y la delincuencia, (Jassor y Jassor, 1977). Por otro lado Petersen, (1982), dice que estos comportamientos adolescentes no son vistos como problemas en la edad adulta, de ahí que Silbereisen, (1986, 1988), asegura que estos comportamientos, si se dan en un corto espacio de tiempo, no son más que parte del desarrollo adolescente y que deben de ser vistos como un manejo autorregulador del propio desarrollo y como parte de un proceso de manejo de los problemas. Ahora bien si

---

estos se presentan por un período largo de tiempo podrían tener efectos negativos en el desarrollo del adolescente (Baumrind y Moselle, 1985; Fustenberg y Cols. 1987).

Siguiendo con este curso de ideas tendríamos entonces que pensar que el desarrollo adolescente se podría estudiar desde diferentes modelos que podríamos englobar en:

1. **MODELO BIOPSIICOSOCIAL:** Donde se aborda el desarrollo en diferentes niveles, como puede ser en un nivel de desarrollo físico y biológico que incluye el desarrollo del sistema nervioso central y el cerebro hasta la misma etapa adolescente, (Brooks-Gunn y Reiter, 1990). O los procesos de pensamiento, la cognición social, las destrezas para resolver problemas, el lenguaje y la capacidad temporo-espacial que se desarrollan aún en la adolescencia, (Hartes, 1990; Keating, 1990). Estos, a su vez están acompañados por cambios en las funciones sociales y del medio ambiente, así como la definición de su rol social en este contexto, (Brown, 1990; Furstenberg 1990 y Entwisle, 1990). Es la interrelación entre todos estos factores lo que define al modelo biopsicosocial del desarrollo, (Lerner y Mulkeen, 1990; Buchanan y Cols. 1992; Crockett y Petersen, 1993). Muchos ejemplos de investigaciones con este modelo se pueden encontrar en aquellos estudios que analizan el desarrollo puberal desde las teorías del desarrollo como los de Brooks-Gunn y Reiter 1990; Paikoff y Brooks-Gunn, 1991; Belsky y Cols. 1991; Tickett y Putnam, 1993.
  2. **MODELO DEL DESARROLLO COMPORTAMENTAL:** Este modelo puede ser explicado de mejor manera desde los trabajos de Jessor, (1991, 1992 y 1993). Predominantemente este modelo postula la importancia de las interrelaciones en cuanto a las ciencias como son la sociología, la antropología, la psiquiatría, la criminología la pediatría y la misma psicología, concurda en que todas ellas pueden hablar de psicología de la adolescencia. Asimismo postula la interrelación de la familia, los grupos, los padres, la escuela y el trabajo entre muchas otras áreas que podrían dar cuenta del desarrollo humano, y por ende, del desarrollo adolescente. Visto desde esta perspectiva son más los caminos sin resolver en el proceso individual del desarrollo adolescente, que las trayectorias marcadas de un modo lineal por otras teorías.
- 
-

3. **MODELO DEL BINOMIO PERSONA-MEDIO:** Este modelo enfatiza la importancia del ensamble del individuo con sus características personales y el medio ambiente, (Lerner, 1985; Windle y Lerner, 1986; Lerner y Tumban, 1989; Eccles y Midgley, 1989; Eccles y Cols., 1993). Este modelo construye el desarrollo adolescente a partir de las buenas o malas identificaciones que existan entre el medio ambiente y las características individuales de cada adolescente. Visto desde esta perspectiva tendríamos más variables que resolver en cada estudio de la adolescencia. Esto nos llevaría sin duda alguna a estudios de tipo cualitativos y de mayor análisis para poder dar explicaciones a los procesos del desarrollo humano.

No obstante, aun cuando las perspectivas anteriores pueden explicar el desarrollo adolescente, sería importante saber, qué es lo que protege a un adolescente de toparse con las variables contextuales negativas y qué es, lo que hace que otros vayan directamente al encuentro de las variables contextuales negativas, que hacen que un adolescente presente problemas en el proceso de desarrollo adolescente. Desde ahí, y basándonos en los trabajos de Rutter y Rutter, (1993) y Haggerty y Cols., (1994), sería cada vez más difícil delimitar el estudio de la adolescencia como un proceso lineal, cuyas características básicas tendrían que ser parte esencial de cualquier proceso adolescente.

Se deberían de considerar todas estas posturas para replantear los procesos adolescentes como un conjunto de características grupales que determinan una etapa del desarrollo del ser humano, sino más bien como un conjunto de procesos multifactoriales y multidimensionales, determinados por todo tipo de factores que varían constantemente de acuerdo a variables contextuales que se deben de tomar en cuenta para explicar este fenómeno. También se considera de vital importancia para este estudio tomar en cuenta un enfoque holístico donde se consideren diferentes ciencias que en su conjunto expliquen el proceso multifactorial de la adolescencia. En este sentido la presente investigación ofrece una explicación, no solo de los rasgos grupales del desarrollo de adolescentes mexicanos, sino que también analiza algunas variables sociodemográficas, personales y contextuales en cuanto a la familia, la escuela y el entorno del adolescente para poder dar algunas explicaciones alrededor de éstas

---

---

variables. También aporta datos en cuanto a algunos sucesos de vida, tanto normativos como no normativos que ayudan a explicar el proceso del desarrollo. Finalmente, el analizar la diferencia existente entre los perfiles de la muestra total y algunos perfiles extraídos en una submuestra permitió identificar algunos rasgos del adolescente que sin llegar a ser patológicos pueden ser indicadores de problemas futuros en el desarrollo de los mismos.

### **1.2.1. Desarrollo Adolescente**

El desarrollo humano es un proceso continuo, el cual pasa por transiciones críticas con procesos adaptativos o fuertes influencias de fracaso sobre el desarrollo tardío en el ciclo de la vida. Y para entenderlo Achenbach, (1978), sugiere que es el entendimiento de la psicopatología en la niñez y la adolescencia, siendo esta última una de las transiciones críticas del desarrollo humano, presentando mayores retos en el desarrollo de la maduración y estrategias efectivas del proceso de socialización y la posibilidad de contener y replicar la realidad del medio con todas sus demandas, (Petersen y Hamburg, 1986).

Petersen, (1985), puntualizó que en la pubertad hay varias características importantes en el entendimiento del desarrollo adolescente, es una experiencia universal, que puede retrasar o en algunos casos prevenir la ocurrencia de enfermedades físicas o eventos psicológicos traumáticos. La pubertad no es un evento aislado, es un proceso que envuelve cambios que resultan de una inmadurez infantil, logrando su máximo potencial en la etapa de reproducción. Los cambios físicos se manifiestan en el crecimiento del vello púbico y axilar, maduración de los genitales y la primera menstruación en las mujeres. Los más claros signos del desarrollo adolescente y cambios físicos asociados a menudo se reflejan al finalizar la pubertad.

Durante la adolescencia, cuando un individuo aumenta un 25% de altura y 100% de su peso corporal, (Stone y Church, 1957), los cambios físicos se definen en términos de endocrinología, bioquímica y procesos fisiológicos. También se presenta un incremento en la actividad de la pituitaria especialmente en la producción de hormonas como tiroideas, adrenal y otras glándulas que están centralmente involucradas en la maduración sexual.

---

Asimismo existen notables diferencias entre la maduración física entre niños y niñas, y hay también amplias variaciones en la maduración sexual dentro de los sexos.

La adolescencia puede ser también definida en términos de cambios que ocurren en los procesos cognitivos. El paradigma de Piaget, (1975), nos ofrece una aproximación al entendimiento de esos cambios cognitivos. De acuerdo con Piaget, (1969), el adolescente es un individuo que es capaz de construir y entender ideas y teorías abstractas y conceptos. El niño no construye teorías, pero en la adolescencia es capaz de discernir la realidad del ideal, y se compromete pasionalmente con conceptos y nociones abstractas. Los adolescentes comienzan a pensar sobre su mundo de manera diferente, incluyendo la habilidad de pensar sobre lo pensado.

Elkind, (1978, 1980), argumentó que como los adolescentes comenzaban a pensar sobre sus pensamientos, ellos podían concebir como eran percibidos por los demás. Esta preocupación incluía una exagerada visión sobre lo único de sus propias experiencias, y la cantidad de tiempo dedicado por otros a su apreciación. La tendencia egocéntrica de los adolescentes al creer que su conducta está intensamente escrutinizada por los demás como la audiencia imaginaria.

Finalmente durante la adolescencia se estructuran las tareas emocionales, los procesos de individualización, la formación de la identidad y maduración del ego. Blos, (1990), discutía que para asumir un rol funcional como miembro adulto de la sociedad se necesita un proceso de individualización determinado por la independencia de las relaciones familiares, y el abandono de la debilidad de los lazos infantiles. Éste definió esta tarea como un esfuerzo primitivo para la individualización y el mantenimiento de la constancia del objetivo que ocurre cerca del final del tercer año de vida. Entonces en la adolescencia existe una ambivalencia como resultado de la independencia vs. la dependencia, particularmente en la relación con sus padres.

Erikson, (1956), describe que la formación de la identidad del Yo durante la adolescencia es una mezcla de previas identificaciones de la niñez dentro de uno nuevo, el cual asienta la personalidad adulta, así como una lucha consciente por una continuidad del carácter personal. Una resolución negativa de este reto es una confusión del Yo, o

---

---

---

incierto sobre quién es uno y en que se convertirá uno en el futuro, (en Ampudia, 1998).

Marcia, (1966), presentan un nuevo concepto sobre la identidad del Yo de Erikson en términos de 2 variables:

Comisión: En todo caso que el individuo acepte un determinado esquema de valores

Crisis: En todo caso que el individuo haya experimentado una lucha interna sobre la aceptación personal de un determinado esquema de valores.

Estas dos variables, combinan el campo de 4 status de identidad en el modelo de Marcia:

Difusión (no compromiso, no crisis)

Excluir (compromiso sin crisis)

Moratoria (crisis sin compromiso)

Logro de la identidad (compromiso después de crisis).

Estas categorías en el orden proporcionado representan niveles de desarrollo de maduración incrementada. El proceso de individualización se nota más en las primeras etapas de la adolescencia, mientras el proceso de formación de la identidad y consolidación se manifiesta durante los últimos estados de la adolescencia. Específicamente, los adolescentes comienzan a incrementar sus desentendimientos con sus semejantes, mientras decrece su identificación con los miembros de su familia, puede reflejarse como un conflicto con los padres, así como tratar de definir como sus sentimientos, pensamientos y actitudes pueden diferir de los padres.

Para Loevinger, (1976), el desarrollo del Yo es una dimensión de diferencias individuales, así como una secuencia de desarrollo de funcionamientos complejos incrementados en términos del control de impulsos, desarrollo de carácter, relaciones interpersonales y complejidad cognitiva. Hay tres niveles más bajos del desarrollo del Yo:

---

**Preconformista:** El individuo puede describir como impulso motivado por una ganancia personal para no ser castigado, y orientado al presente antes que al pasado o futuro. Los estilos cognitivos son estereotipados y concretos, y las relaciones interpersonales son oportunas, proezas y demandadas.

**Conformista:** El individuo comienza a identificar su bienestar con su grupo social. La colocación individual enfatiza sobre la conformidad de aprobar normas sociales y la tarea de la aceptación social en términos de actitudes y conductas.

**Postconformista:** El autocuidado, la complejidad, la cognitividad y el estilo interpersonal se incrementa y se presenta un balance entre autonomía e interdependencia.

Los estados maduracionales descritos por Loevinger, (1976), no se refieren a grupos de edades específicas, pero ella menciona que los más altos estados de desarrollo del Yo pueden raramente presentarse en los adolescentes.

### 1.3. DESARROLLO ADOLESCENTE

#### PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

Es importante desde la perspectiva del desarrollo adolescente no hacer inferencias de normalidad y anormalidad tan a la ligera. Hablaremos pues de modelos para definir las conductas que se describen como generales y que particularizan cualquier desarrollo de los adolescentes. Así es importante tomar en cuenta que es en esta etapa del desarrollo donde se pueden detectar muchas de las conductas que podrían desencadenar problemas psicológicos de mayor seriedad posteriormente. De ahí la importancia de remitirse a algunos modelos de personalidad y psicopatología con el fin de establecer parámetros, mediante el MMPI-A, (Lucio y Cols, 1998), y algunas variables externas con el fin de asentar parámetros posteriores de descripción de la muestra de adolescentes mexicanos y las variables analizadas en este trabajo.

---

# CAPÍTULO I

## Desarrollo Adolescente

Partiendo de este sustento teórico, descrito en el apartado de desarrollo adolescente y las investigaciones remitidas en este capítulo; podremos inferir que de estas psicopatologías como tales, no se encuentren muchos casos en la muestra objeto de este estudio, pero es evidente que se hallarán rasgos específicos de estas instancias en la misma. Esto con la debida cautela, ya que como se menciona en este capítulo, encontramos que en el proceso adolescente se dan muchos rasgos como parte inherente al mismo. Por ejemplo, los rasgos depresivos, de ansiedad, el control de impulsos, los procesos de socialización y algunos rasgos de desviación psicopática se podrán ver exacerbados por el propio proceso adolescente. Esto se remitirá en la discusión como parte de la aportación de este estudio en la relación existente entre los rasgos psicopatológicos y la adolescencia.

Autores como Hall, (1904), Erikson, (1959) y Weiner, (1992), coinciden en que la adolescencia está rodeada de torbellinos emocionales, hasta el grado de convertir a estos en un sello del propio proceso adolescente. Como afirma Strober, (1986), efectivamente es real este proceso de torbellino en el desarrollo adolescente, pero también afirma que, a pesar de ello, y solo con algunas diferencias en cuanto a la disforia adolescente, la irritabilidad y otras alteraciones menores dentro del propio esquema del adolescente normal, no se encuentran altos índices de psicopatología adolescente, en contraste con la de las otras etapas.

Algunas investigaciones que se han realizado con referencia a la psicopatología y la adolescencia han aportado algunas conclusiones válidas alrededor de esto. Así, Petersen, (1988), dice que el 11% de los adolescentes manifiestan alteraciones crónicas, mientras que el 32% de estos manifiesta alteraciones de un modo intermitente y dadas como resultado de situaciones específicas. Mientras que Costello y Angold, (1995), en una revisión de reportes de niños y adolescentes encontraron que el rango de prevalencia entre estos de desórdenes psicopatológicos se encuentra entre un 10% y un 12%. Mientras que en una revisión de diferentes fuentes de datos, elaborada por estos mismos autores, nos dicen que este rango se encuentra alrededor del 20%.

Gans y Blythe, (1990); Jessor, Donovan y Costa, (1991), encontraron que los adolescentes tendían a abusar del alcohol y las drogas, más que en tiempos anteriores. Mientras que Hammond y Yung, (1993), reportan en un estudio con adolescentes

---

---

norteamericanos, que éstos parecen estar más expuestos a cargas más extraordinarias de violencia, y tienen un 15% más de posibilidades de ser víctimas de homicidio que los adolescentes de Inglaterra.

Según el Children Safety Network, (1991), el rango de homicidios de los varones de color en los E.U. se había visto incrementado de 1985 a 1990 en un 111%. Asimismo el rango de relaciones sexuales entre los adolescentes se había visto incrementado en un grado ostensible.

Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmer y Grant, (1993), reportaron que de un 7% a un 33% de los adolescentes pueden sufrir de depresión. También Moffitt, (1993), dice que la edad donde se encontró mayores rasgos de desviación psicopática es alrededor de los 17 años.

Cicchetti, (1984, 1993); Cicchetti y Toth, (1991); Cicchetti y Cohen, (1995), están de acuerdo que se debe revisar la adolescencia desde la perspectiva de un proceso global que encierra muchos cambios y desde el cual se pueden predecir, de algún modo, conductas futuras.

En contraste a los modelos que se basaban en la explicación de la adolescencia desde una perspectiva de las relaciones y el desarrollo psíquico, ahora se toman en cuenta elementos que tienen que ver con el medio ambiente y con modelos interdisciplinarios. (Compas, Cols., 1994).

Brooks-Gunn, (1987), y eminentemente Jessor, (1991, 1993), están de acuerdo en la perspectiva de un modelo de la adolescencia que contemple una ciencia del desarrollo comportamental del mismo. Los autores reconocen una relación entre el desarrollo físico y el biológico, los procesos cognitivos y el medio ambiente. Asimismo, (1984, 1993), Sroufe y Rutter, (1984), proponen el estudio del desarrollo psicopatológico como parte integral e importante en la explicación de las conductas adolescentes.

Kohlberg, La Crosse y Ricks, (1972); Sroufe y Rutter, (1984) y Rutter, (1989, 1995), han orientado sus trabajos al descubrimiento del desarrollo psicopatológico en el proceso entre la niñez y la adolescencia.

---

---

Block, (1971, 1993), Moffitt, (1993), Rutter, (1989), Sroufe, Carlson y Shulman, (1993), han concluido a partir de sus estudios de desarrollo atípico de la adolescencia, que el trabajo de investigación podría seguir diferentes caminos como son: A) El funcionamiento estable del adolescente, B) Mala adaptación estable del adolescente, C) La recuperación, D) El declive del adolescente, y E) La mala adaptación o la desviación temporal del adolescente.

Windle, Miller-Tutzauer y Domenico, (1992), encontraron problemas en el desarrollo adolescente relacionados más bien con problemas de abuso de sustancias, delincuencia y con jóvenes que conducen bajo la influencia del alcohol.

Simmons, Blythe y McKinney, (1983) y Blythe, Simmons y Zakin, (1985), encontraron una correlación importante entre la autoimagen de las adolescentes y el hecho de si asisten a una escuela primaria o a una escuela secundaria. Asimismo, Magnusson, Stattin y Allen, (1985), encontraron que las jóvenes con mayor madurez tendían a ingerir alcohol más que las menos maduras, también se encontró que estas jóvenes tendían a tener relaciones amistosas con personas mayores que ellas.

Para Brooks-Gunn, (1988) fue un hallazgo que el proceso puberal fuese aceptado de diferentes modos, dependiendo del medio ambiente de la adolescente. Así, por ejemplo, las bailarinas de ballet devaluaban la pubertad porque les ofrecía problemas de adaptación para la propia disciplina.

Rutter, (1990); Cicchetti y Garnezy, (1993); Compas, (1994) y Rutter, (1995), estudiaron los efectos de los eventos de vida negativos durante el desarrollo adolescente. Concluyeron que tienen una influencia directa sobre el adolescente en cuanto a la posibilidad de tener problemas posteriores relacionados con estos eventos estresantes.

De acuerdo a Cicchetti y Toth, (1992); Kazdin, (1993) y Toth y Cicchetti, (1993), existe una necesidad de conocer y entender los factores de riesgo que llevan a una conducta dada, de crear teorías y modelos de desarrollo que contemplen causas y efectos para dirigirnos hacia una estrategia de intervención preventiva y que nos permita monitorear los procesos del desarrollo adolescente para no solo entenderlos mejor, sino prevenir en lo posible, problemas relacionados con éste.

---

---

De ahí que, algunas teorías del desarrollo humano, (Damon y Cols., 1997), se sustentan en perspectivas de un desarrollo adolescente que se consideran importantes en esta investigación, ya que pueden ofrecer elementos para hacer descripciones de las configuraciones individuales que ayudan a contribuir a la descripción del trayecto adolescente de esta muestra.

Así, tenemos que para Ford, (1987); y Ford y Lerner, (1992), es importante tomar en cuenta que en el proceso del desarrollo adolescente no hay un solo nivel de organización que deba de ser considerado como primario o como la causa esencial que influye el desarrollo o explica el comportamiento. Más bien existen configuraciones que dan explicación de la causalidad de los eventos que a su vez describen el desarrollo. Además las variables de diferentes niveles del desarrollo son vistas desde el mismo nivel de importancia en la explicación de los eventos y conductas del desarrollo del adolescente.

Para, Lehrman, (1953,1979) y Tobach y Schneirla, (1968), existe una relación entre el tiempo en donde se da la interacción entre el medio ambiente y las características biológicas del individuo en el escenario del desarrollo.

Amén de lo anterior, tenemos que agregar que cualquier cambio en el patrón intraindividual puede ser combinado con cualquier diferencia interindividual en cuanto a los propios cambios en el individuo, (Lerner, 1986; y Lerner y Tubman, 1989). Siguiendo con este concepto, (Baltes y Nesselroade, 1973 y Lerner, 1976, 1986), nos dicen que el concepto de continuidad-discontinuidad son dimensiones de los cambios intraindividuales y son distintos e independientes del concepto de estabilidad-inestabilidad que involucran los cambios entre individuos y por consiguiente es un concepto de grupo y no de individuos. Con sustento en lo anterior se podría decir que la temporalidad se ve inmersa en todos los niveles del desarrollo e influye directamente en todo proceso de organización de la personalidad, (Elder, Modell y Parke, 1993).

Luego entonces, la pregunta sería no si los cambios ocurren, sino más bien habría que preguntarse si los cambios que ocurren explican de algún modo el desarrollo.

Es así, que este estudio pretende explicar algunos patrones específicos del desarrollo adolescente que tienen que ver con los procesos psíquicos, físicos, y ambientales para tratar

---

de dar explicaciones alrededor del desarrollo adolescente y las variables edad y sexo. Esto con la finalidad de aportar, no solo en cuanto a los indicadores de psicopatología del proceso adolescente, sino en cuanto a los rasgos que intervienen en este proceso, y que nos permitirán hacer aportaciones teóricas con respecto a la población adolescente haciendo hincapié en que existen posibilidades de diferencias dependiendo de las edades y del sexo de los sujetos objetos de este estudio. Así se podrán hacer inferencias alrededor de un proceso adolescente, que amén, de ayudarnos a hacer algunas contribuciones al proceso adolescente en general, tal vez nos permita hacer algunas inferencias sobre los indicadores de psicopatología del adolescente mexicano.

### 1.3.1. Psicopatología del Adolescente

Cuando un individuo llega a la adolescencia bien constituido y fortalecido, con un sentido de la realidad logrado a través del desarrollo, este estará bien preparado para enfrentarla. Se dice que cuando el joven ha adquirido adecuadas funciones defensivas, cognoscitivas y el desarrollo de sus propios recursos es un adolescente que puede responder adecuadamente a su ambiente y, más aún, si encuentra una relación con los padres en la que éstos no se sienten amenazados por su crecimiento sino que, por el contrario, alientan y aceptan sus cambios, se puede decir que éste puede desarrollarse en forma normal.

Por las funciones hormonales desencadenadas por la adolescencia misma, el individuo experimentará conflictos que se intensifican por las imprevistas situaciones producidas por la necesidad de lograr una continuidad adaptativa, sin sacrificar la precaria identidad que ha alcanzado hasta este momento, así como la necesidad de movilizar su interés emocional hacia nuevas, aunque provisionales, figuras como adultos jóvenes, amigos de ambos sexos, etcétera, (Blos, 1990).

A pesar de las tensiones a las que se encuentra sometido el adolescente normal, éste logra vivir esta etapa del desarrollo con una buena capacidad de transacción. Aún con fricciones que habrán de existir con los padres y con el mundo de los adultos, y con conductas que produzcan cierta extrañeza en éstos, la adolescencia normal sigue su curso sin que el individuo se aparte mayormente de una línea aceptable, (Kendal y Cols., 1990).

---

El adolescente normal se compromete en una ocupación (estudios, empleo, etcétera) en forma más o menos consistente, con mayor o menor afectividad, dedicación e interés intermitentes, pero sin poner en peligro la línea base o, tal vez, haciéndola peligrar sólo a niveles controlables. También en otras áreas de la conducta los adolescentes normales se aventuran a situaciones inaceptables como reprobar una materia, fumar, beber sin moderación en algunas circunstancias o incluso, incurriendo en conductas más inaceptables como mostrar altanería, insolencia o cierto grado de rebeldía hacia padres u demás figuras de autoridad, pero sin poner en peligro su estabilidad con ellos. También podrían llegar a jugar con conductas hasta cierto punto antisociales, básicamente en grupo, respaldándose en éste y permiten ciertos escapes a sus impulsos agresivos.

Algunos autores coinciden en que el mismo fenómeno se presenta en la situación normal y en la patológica, que ocurren como resultado de desviaciones graves que surgen durante el desarrollo mismo del proceso (Jensen, Bloedau, Degroot, Ussery y Davis, 1990; Sarason y Sarason, 1996). Dentro de la gama que va de la normalidad a la patología, la conducta reflejará distintos grados de afectación de la fenomenología adolescente. Es decir, la conducta será más o menos estrambótica o impredecible, el oposicionismo será más o menos brutal, la impulsividad variará de moderada a incontenible, y alarmante en lo antisocial o en lo autodestructivo (Ajuriaguerra, 1984; López, 1988; Sarason y Sarason, 1996).

Normal o anormal, el adolescente manifiesta una imposibilidad de armonizar sus impulsos consigo mismo y con la realidad externa debido a la falta de integración psicológica, (Weissman y Cols., 1987). La desarmonía se agrava por la confusión acerca de sus propias emociones. La fracción defensiva es un determinante importante de la conducta observable del adolescente, así como la fuente más importante en la determinación de la experiencia subjetiva (afecto). La intensidad y modalidad que la fracción defensiva adopta, determina asimismo la diferencia entre lo que se describe como conducta normal y lo que se considera conducta anormal del adolescente. A otro nivel el proceso psicológico adolescente se considera normal mientras mantiene su movilidad y características plásticas. Cuando el proceso se detiene o se paraliza y el adolescente adopta la estabilidad inapropiada en un nivel de poco control, puede considerarse que dicho proceso se ha tornado en patológico, (Ajuriaguerra, 1984). En términos generales, la psicopatología se puede presentar:

---

Por defecto en el proceso psicológico determinado muy temprano en la vida del sujeto. Es decir, en el desarrollo temprano ha de lograr tanto la representación mental como la emocional y cognoscitiva de sí mismo a través de las figuras del padre y la madre. A través del desarrollo que hace posible estas diferenciaciones se establece la distinción nítida de la procedencia de los afectos. El defecto en el desarrollo de éstas determina la confusión de los afectos provenientes de otras personas con los de sí mismo.

Cuando el individuo no posee recursos defensivos adecuados para enfrentar el embate de los impulsos agresivos, éstos cobran gran intensidad en la adolescencia debido a los cambios biológicos (hormonales) propios de la edad.

Cuando el sistema familiar o comunitario del adolescente interfiere en su proceso de desarrollo, ya sea por crisis o patología del sistema familiar o social (escuela) o por adhesión a patrones arcaicos. Generalmente estas situaciones hacen que el proceso evolutivo, aun en el adolescente normal, llegue a ser sumamente perturbador. Cuando estos factores sociofamiliares complican la situación de un adolescente, el resultado puede llevarlo a desencadenar conductas patológicas.

Desde el punto de vista de la psicología diferencial, se pueden describir diversos tipos de personalidades que se consideran como simples particularidades emocionales del humor, del contacto social, del modo de organización del pensamiento o bien como verdaderos trastornos. Se distinguen, por una parte, los trastornos del modelo de la personalidad en el que raramente se modifican las estructuras, sin importar el tipo de tratamiento y en los que el diagnóstico sólo puede realizarse cerca de la edad adulta; por otra parte, los trastornos de los rasgos de la personalidad, cuyo frágil equilibrio emocional puede alterarse bajo la influencia del estrés. En este grupo de trastornos el modelo de la personalidad incluye las personalidades inadecuadas y próximas a la psicosis; personalidades esquizoide, ciclotímica y paranoide. Las perturbaciones de los rasgos de la personalidad describen personalidades compulsivas, en relación con una estructura que predispone a una descompensación psiconeurótica, las personalidades emocionales inestables y pasivo-agresivas. Se trata sin duda de tipos de personalidades que no pueden clasificarse ni en el marco de las psicosis ni en el de las neurosis y que se caracterizan por tipos particulares de

---

---

---

adaptación o inadaptación con relación a una cierta norma, y que adquieren un valor normativo de inadaptación después de su agrupamiento más o menos artificial, (Ajuriaguerra, 1984).

Sarason y Sarason, (1996), dicen que es necesario observar detenidamente los síntomas para decidir si se trata de una personalidad y de una reacción anormal o bien de un proceso mórbido. Weissman y Cols, (1987), distinguen personalidades inadecuadas que se caracterizan por respuestas inadecuadas a demandas intelectuales, emocionales, sociales y físicas, que muestran una inadaptación, una ineptitud y una pobreza de juicio, una falta de resistencia física y emocional y una incompatibilidad social. En este grupo se incluyen las personalidades esquizoideas, caracterizadas por la prevención de relaciones cercanas con los demás, la incapacidad de expresar directamente la hostilidad e incluso los sentimientos agresivos y un pensamiento autista; la personalidad ciclotímica, caracterizada por cambios de humor; la personalidad paranoide, caracterizada por excesiva suspicacia, envidia, celos y tendencia a proyectar sus propios pensamientos y sentimientos sobre los demás.

Entre los trastornos de los rasgos de la personalidad, Weissman y Cols; (1987), describen la personalidad compulsiva, la personalidad histérica y la personalidad psicopática. Dichos trastornos son menos graves y se deben a una fragilidad del equilibrio emocional que puede vacilar bajo la influencia del estrés. En este tipo de descripciones pueden entrar también las variedades tipológicas del carácter descritas por Michaux y Duché en 1963, (en Ajuriaguerra, 1984); variedades que no deben considerarse como necesariamente fijas y que pueden ser constitucionales o adquiridas, representar una particularidad psicológica o realizar otro determinado tipo psiquiátrico, por ejemplo: emotivo, inestable psicomotor, ciclotímico, psicasténico, paranoide, epiléptico y epileptoide, esquizoide, mitómano y perverso, (Ajuriaguerra, 1984 y Sarason y Sarason, 1996).

Una de las alteraciones que puede presentar el adolescente es la conducta psicopática. Sin embargo se han planteado algunos problemas relacionados con este padecimiento, inclusive este término no es siempre preciso y a menudo se emplea como juicio más que como diagnóstico. Asimismo se ha clasificado en este cuadro un tipo de personalidad que no puede integrarse ni en las neurosis, ni en las psicosis (Ajuriaguerra, 1984; Sarason y Sarason, 1996).

---

Otros autores, (Blos, 1990; Watson y Clay, 1991 y Salles, 1992), ponen de manifiesto la organización de la personalidad desde un punto de vista psicodinámico, tomando en cuenta aspectos biográficos del sujeto. Esos autores plantean todo el problema de la identidad de la persona con relación a la alteración de la organización de mecanismos de identificación y de introyección, es decir, del desarrollo de la conciencia individual, muy unido desde el punto de vista psicoanalítico a la formación del Superyo y a las relaciones de éste con el Ideal del Yo. Todos coinciden en la importancia que debe otorgarse a las primeras experiencias infantiles, y al mismo tiempo muestra el problema como impreciso y considera que las investigaciones deben basarse en las hipótesis de Winnicott, (1985), sobre el desarrollo precoz del Yo, el falso Ello, el tipo de objeto transicional y el trauma narcisista infantil precoz. Estudios con la prueba de Rorschach, (Salles, 1992), admiten que en los futuros psicópatas no sólo no se producirá la introyección de los demás, sino que es todo el proceso de la elaboración simbólica inconsciente el que quedará atrofiado por su incapacidad de dar al adolescente suficientes gratificaciones.

Se ha usado la categoría de trastornos del comportamiento en los adolescentes, en donde se incluyen los producidos en la infancia y adolescencia y que son más estables, interiorizados y resistentes a los tratamientos que las perturbaciones transitorias situacionales, pero menos que las psicosis, las neurosis y los trastornos de la personalidad. Esta estabilidad intermedia se ha atribuido al tipo de comportamiento característico a esta edad, (Ajuriaguerra, 1984).

La mayoría de los autores han intentado describir algunos tipos particulares de perturbaciones del comportamiento, según las características de una sintomatología manifiesta; según el pronóstico de educación y el punto de vista médicosocial, y según el tipo de reacciones organizadas sobre el fondo familiar, (Ajuriaguerra, 1984).

En la literatura se describen frecuentemente algunos adolescentes agrupados según la naturaleza de sus reacciones y sus componentes caracterológicos o temperamentales como: Inestables, agresivos, coléricos, ladrones, huidizos, mitómanos, reprimidos o excitados, inhibidos o desinhibidos, impulsivos, hiperemotivos, rasgos de carácter fóbico, obsesivo, histérico, proyectivo, etcétera. Esta clasificación es criticable, ya que por un lado reúne síntomas cuya patogenia está lejos de ser unívoca y, de otro, organizaciones

---

caracterológicas que pueden ser más transitorias que fijas, como destacan Michaux y Duché, (1963), (en Ajuriaguerra, 1984). En función de un pronóstico de educabilidad y desde un punto de vista médico-social, Lang, (1972), propone tres tipos de perturbaciones caracterológicas, (en Ajuriaguerra, 1984):

Perturbaciones caracterológicas reaccionales cuyo desequilibrio e inadaptación resultan de la situación presente. Estas manifestaciones parecen desempeñar un papel defensivo, sobre todo, comprometiendo poco la estructura profunda del sujeto.

Perturbaciones caracterológicas y estructurales. La persona está ya estructurada en determinado sentido; las reacciones desviadas, aberrantes, ineficaces o exageradas son parte integrante del adolescente, pero sólo importa su armonía, su equilibrio o su utilización; mientras que, por el contrario, los mecanismos patológicos de adaptación a la realidad son raros o están ausentes. Se trata de un modo más o menos anormal de la forma de enfrentar el mundo.

Perturbaciones caracterológicas patológicas, aquí las perturbaciones del comportamiento o de la conducta tienen por fundamento profundas perturbaciones afectivas y los sujetos expresan su incapacidad para resolver sus conflictos por su estructura patológica a través de verdaderos síntomas.

Jenkins, trata de establecer en los grupos siguientes la descripción que se relaciona con el tipo de reacción específica (en Sarason y Sarason, 1996):

Una reacción hipercinética, frecuente antes de los 8 años de edad y que tiende a desaparecer hacia los 15 o 16, cuyas características se asemejan a las de la inestabilidad psicomotriz de la nosología francesa sin que pueda llegar a suponerse que todos los casos tengan su origen en lesiones orgánicas. Cuando estos adolescentes hipercinéticos se desarrollan en un hogar fuerte, comprensible y estable, se suelen socializar, aunque su aprendizaje necesita algo más que la dosis normal de paciencia, insistencia, firmeza y constancia. En un hogar inestable e inconsciente, tienden a desarrollar un conflicto creciente con sus padres y hacerse incontrolables.

---

---

Una reacción caracterizada por aislamiento, desapego, sensibilidad, timidez e incapacidad general para lograr relaciones interpersonales sociales estrechas entre sujetos que no están todavía bien estabilizados para justificar el diagnóstico de personalidad esquizoide. La reacción aparece cuando la relación con los padres es insatisfactoria y falta de ternura. La enfermedad materna bajo la forma de psicosis, inestabilidad, enfermedades crónicas, alteraciones físicas, es muy frecuente.

Una reacción hiperansiosa en los sujetos que sufren una ansiedad crónica, miedo excesivo y poco realista, respuestas autónomas excesivas y que se presentan como seres inmaduros, carentes de confianza en sí mismos, conformistas, inhibidos, sumisos y celosos; por lo que precisan que se les autorice y guíe ante situaciones nuevas surgidas en un entorno no familiar. En general, las reacciones hiperansiosas tienden a sobrevenir en las familias de la clase media cuyos padres tienen ambiciones intelectuales y esperan demasiado de sus hijos. Desde una edad temprana, el adolescente es presionado por una madre hiperansiosa, se le impone un estándar conformista y se exigen de él resultados a veces excesivos.

Una reacción huidiza, que se observa en los adolescentes tímidos que presentan tendencia al robo y a la fuga, por lo que se muestran desanimados y a menudo aislados y apáticos, con tendencia a asociarse con compañeros que la comunidad considera indeseables. Se ha observado que en este tipo de casos se encuentra un típico rechazo de los padres por considerarlos hijos no deseados o ilegítimos.

Una reacción agresiva no socializada, que se observa en adolescentes que se caracterizan por una obediencia hostil (manifiesta o velada), un humor belicoso y agresividad física y verbal. También presentan espíritu de venganza, destrucción, crisis de cólera y desinhibición sexual. El hogar familiar es por lo regular frustrante, los padres son típicamente inestables en sus relaciones conyugales y no han dedicado afecto al adolescente si no rechazo, por lo que es súper protegido. La consecuencia de este tipo de reacción no socializada es la personalidad antisocial o psicopática.

Una reacción de delincuencia en grupo, se trata de delinquentes socializados que se rebelan en grupo contra las estructuras de la sociedad y las limitaciones que ésta les

---

Impone. Este comportamiento de grupo es en gran parte un comportamiento aprendido; representa más bien un conflicto social de grupo que una psicopatología individual. La causa de la patogenia se debe principalmente al tipo de socialización particular con la que reacciona y a su capacidad de lealtad al código que elige. El delincuente socializado representa no un fracaso de socialización, sino una limitación de la lealtad a un grupo más o menos preestablecido.

Ajuriaguerra, (1984), refiere que las separaciones y los divorcios traen como consecuencia frustración en el adolescente, además de la atención dada a éste sin calor y únicamente por uno de los padres. En estos casos la atención está desprovista de estímulo y autoridad eficaces. Los tipos de separaciones familiares son tan diversos y su influencia tan diferente para cada edad que es imposible generalizarla.

Hewitt y Jenkins, (1975), describen algunos tipos de comportamientos cuya asociación es bastante característica:

- Comportamiento social agresivo (crueldad, riñas, desafíos)
- Comportamiento delictivo socializado (robo en grupo, hacer novillos, vagabundeo)
- Comportamiento de inhibición (timidez, apatía, irritabilidad).

Además, subrayan tres tipos de situaciones que pueden tener influencia:

Rechazo paterno

Carencia de educación y contacto con camaradas delincuentes

Medio represivo. Asimismo, piensan que cada tipo de comportamiento tiene una estrecha correlación con el medio familiar correspondiente (Ajuriaguerra, 1984; Sarason y Sarason, 1996).

La importancia de la familia con relación al desarrollo social y cognoscitivo del adolescente y los estudios han sido por más de 50 años la aportación más importante en la literatura del desarrollo del adolescente y estudios sobre la familia. Hasta la última década el punto dominante de esta literatura ha sido que el desenlace de la infancia es

---

---

fundamentalmente una función y una respuesta a la calidad y cantidad de los cuidados paternos recibidos por los adolescentes. Rollins y Thomas, (1979); Maccoby y Martín, (1983); Martín, (1987), estudiaron las variables relacionadas con la diada padres-hijos por lo que proponen lo siguiente:

Todas las variables que pueden incidir sobre el desenlace de la infancia, disposiciones paternas, influencias de los padres y hermanos y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve la familia, están dadas dentro de una secuencia de interacción que puede definir la relación padre-hijo.

Las dos dimensiones de cuidados paternos más importantes en la crianza y control aportan los elementos con base en los cuales se genera la interacción padre-hijo. Los trastornos en alguna o en ambas dimensiones de los cuidados paternos pueden tener efectos severos y amplios en el desarrollo socio-emocional y cognitivo del adolescente. Más importante aún, cuidados paternos inadecuados caracterizados por la falta de afecto y/o niveles elevados de desaprobación y hostilidad, disciplina y supervisión laxa o inconsistente y falta general de cobertura, aportan los fundamentos para el desarrollo de un patrón de conducta agresiva y antisocial. Dicho patrón puede verse desde los años preescolares bajo la forma de desobediencia que evoluciona, llegando a convertirse en un patrón de conducta caracterizado por el rechazo de los pares y un pobre desempeño académico así como por continuas manifestaciones de actos de delincuencia, abuso de alcohol y drogas y la asociación con pares desviados.

En diversos estudios, (Rollins y Thomas, 1979; Maccoby y Martín, 1983 y Martín, 1987), se han propuesto un modelo de socialización del adolescente y se ha referido específicamente al desarrollo de la delincuencia, al abuso del alcohol y de drogas en el adolescente. A pesar de que las pocas propuestas del modelo de efectos de los cuidados paternos podrían negar la etiología multivariada del alcoholismo, han permitido un enfoque y aportación que implican un cuidadoso examen de las interacciones, a un nivel micro, entre padre e hijo y el continuo refinamiento de la teoría psicosocial, conjugando los procesos familiares con el desenlace del adolescente.

---

---

Por otro lado es razonablemente claro que una evolución adversa en el adolescente, frecuentemente se desarrolla en un contexto de relaciones disfuncionales entre esposos. No se puede afirmar si es cierto o falso que los desacuerdos maritales tengan un efecto directo en la conducta del adolescente o si está mediada por otras relaciones familiares o de otro tipo, (Emery, 1982 y Belsky, 1984). De cualquier modo, desde la perspectiva del modelo de socialización del adolescente, el mediador más probable podría ser el trastorno en la relación padre-hijo, a través de la modificación de los cuidados paternos; es decir, conflicto marital aunado a otras influencias secundarias como privación económica, estrés familiar, aislamiento social o psicopatología paterna. Trastornos que pueden modificar la conducta de los cuidados paternos, incluyendo los patrones de apoyo y control. Dentro de los límites de tal trastorno se puede esperar un comportamiento adverso del adolescente. De cualquier modo, es posible limitar este comportamiento adverso si se le contiene y no se le permite perderse dentro de las relaciones con sus padres. Algunos autores proponen que los futuros estudios sobre los mecanismos específicos que pueden mediar el vínculo entre el conflicto marital y los cuidados paternos trastornados serán de gran valor para sustentar este modelo, (Fauber, 1990).

Para muchos investigadores las relaciones familiares implican un complejo sistema dentro del cual los miembros se desenvuelven, y que tienen impacto sobre el individuo y sus conductas de interacción, (Steinglass, 1987). El concepto de medio ambiente familiar de Moos y Moos, (1976), y el trabajo de Reiss y Klein, (1987), sobre el paradigma de la familia, son producto de este enfoque. Wolin, Bennett y Noonan, (1980), sugieren que un aspecto más relevante de la etiología del alcoholismo es su transmisión a lo largo de generaciones, lo cual incrementa la posibilidad de que las fronteras del alcoholismo invadan al sistema familiar y constituya un elemento disruptivo en la estructura de los rituales familiares. A pesar de que estos investigadores sostienen que tales interrupciones en la continuidad de la dinámica familiar se presentan en la misma, son independientes de la severidad del alcoholismo. Más aún, con respecto al modelo de socialización del infante, es muy posible que tales interrupciones en los ritos familiares que reflejen una disfunción familiar generalizada, constituyan una vía de escape a través de las cuales se canalizan las conductas crítica de los padres y es justamente esta disrupción la que explica la relación entre el nivel de fenómenos familiares y los desenlaces adversos de la infancia.

---

Algunos modelos familiares se han considerado como fundamentos empíricos y racionales. A pesar de que los modelos del ambiente familiar han incluido muchos tipos de efectos familiares, la contribución más importante para esta literatura proviene del estudio sobre las interacciones padre-hijo relacionadas con la socialización del adolescente en general, y sobre la conducta agresiva y antisocial en particular. Tales relaciones son de gran importancia para la comprensión de la etiología del alcoholismo pues esclarecen importantes asociaciones que se han encontrado repetidamente entre el trastorno de conducta del adolescente, delincuencia en la adolescencia y conducta antisocial en la edad adulta, entre conducta antisocial en la adolescencia y el inicio en el abuso del alcohol; y, finalmente, entre conducta antisocial y alcoholismo en adultos (Jessor y Jessor, 1977; Loeber y Dishion, 1983; Lewis, 1984; Zucker y Gomberg, 1986; Zucker, 1989 y Lewis y Bucholz, 1991). Para muchos investigadores estas variables familiares específicamente no alcohólicas y su relación con un síndrome conductual de desviación generalizada son consideradas herramientas conceptuales más poderosas en un intento por comprender el desarrollo del abuso del alcohol y las drogas.

En el fundamento teórico y empírico de la relación entre influencias familiares y trastornos de la infancia se han considerado diversos modelos como los de Patterson y Dishion, 1985; Patterson, 1976, 1982, 1986; Zinder y Huntley, 1990), (en Ampudia 1998). A pesar de que Patterson, (Op. Cit.), apunta claramente que el desarrollo socio-emocional del adolescente implica una compleja interacción entre diversas fuerzas, su principal objetivo se ha centrado en la interacción padre-hijo, mencionando que es necesaria una conducta de cuidados paternos adecuada en donde los padres sean capaces de brindar calidez, apoyo y enriquecimiento, por un lado, y por el otro que sean capaces de controlar y supervisar. Los trastornos en alguna o en ambas esferas irrumpen y desvían el desarrollo de la auto aceptación y autocontrol del adolescente. Los autores enfatizan los trastornos en la esfera del control como los más relevantes en el desarrollo de la conducta impulsiva, un estilo de interacción coercitivo que evoluciona a un trastorno de conducta, y la conducta antisocial durante la infancia tardía y la adolescencia. Concretamente, éste es el desarrollo de una conducta opositora, ya evidente a los 3 o 4 años de edad, y que aporta las bases para desviaciones posteriores en el desarrollo. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la conducta opositora implica un proceso de aprendizaje, por lo que la coerción llega a ser

---

un motivo para vivir, en el cual un programa de reforzamiento negativo bidireccional llega a caracterizar la relación padre-hijo. La continuación de esta forma de relación coercitiva llevará posteriormente a un rechazo hacia los padres y a un menor contacto con el adolescente a lo largo de la latencia y los años de preadolescencia. Lentamente pero de forma segura, el estilo de interacción coercitivo se generaliza a las relaciones del adolescente con sus pares y maestros, lo cual a su vez incrementa la posibilidad de rechazo de los padres y dificultades académicas, así como la asociación a grupos de pares desviados (antisociales).

El fundamento empírico de la relación hipotetizada entre los cuidados paternos inadecuados y el desarrollo de conductas agresivas y antisociales en la infancia y adolescencia se obtiene de dos fuentes:

La extensa literatura referida al desarrollo del adolescente generada en los últimos 50 años que ha ligado consistentemente las prácticas de cuidados paternos al desarrollo de la agresión en la infancia (Rollins y Thomas, 1979; Maccoby y Martin, 1983; Martin, 1987 y Peterson y Rollins, 1987).

Los estudios de la teoría del aprendizaje social acerca de la psicopatología de la infancia y sus tratamientos, que han reportado interacciones específicas entre padre e hijo y que preceden a la aparición de conductas antisociales y agresivas que se asocian con éstas, (Wahler y Dumas, 1987). Investigaciones longitudinales acerca de la delincuencia y su desarrollo que han identificado repetidamente cuidados paternos inadecuados en la historia temprana de la infancia de aquellos que en la adolescencia y edad adulta desarrollarán conductas antisociales y abuso del alcohol (Loeber y Dishion, 1983; Zucker y Gomberg, 1986).

Además de las múltiples aportaciones metodológicas y teóricas provenientes de la investigación, algunos modelos han propuesto para su evaluación diversas formas de explicar la incidencia de la drogadicción y el alcoholismo en el adolescente:

Los efectos y la interacción potencial entre el resultado de los cuidados paternos y los genes comunes. A pesar de que todos los modelos familiares reconocen la importancia potencial de estas consideraciones en términos de un modelo de interpretación, los

---

---

investigadores no han realizado estudios que integren este sistema de interacción más complejo.

Algunos modelos se refieren al desarrollo del síndrome del desvío general, caracterizado por un patrón de conducta agresivo y antisocial (Jessor y Jessor, 1977 y Donovan y Jessor, 1985), y como tal puede limitarse su relevancia, como en el caso del alcoholismo, donde se proponen subtipos de alcoholismo más que alcoholismo antisocial. Si bien la interacción familiar influye en el desarrollo de la depresión adolescente, también aporta una base para la explicación del desarrollo de otras trayectorias del alcoholismo (Zinder y Huntley, 1990), (en Ampudia, 1998).

Aún es necesario desarrollar más ampliamente muchas variables clave que son parte de este modelo familiar, fundamentalmente las variables en el cuidado paterno y en la relación padre-hijo que pueden ser válidamente mensurables con promedios y no con aproximaciones observacionales largas costosas.

Williams, Hearn, Hostetler y Ben-Porath, (1990), compararon resultados de entrevistas estructuradas en la "Cédula de Entrevista Diagnóstica para Niños" con autoinformes para medir la psicopatología en donde se incluía al MMPI. Los hallazgos indicaron niveles significativos de desacuerdo entre esas medidas en la identificación de trastornos psicológicos en los sujetos. Los autores sugieren que las estimaciones diagnósticas sobre la psicopatología del adolescente relaten no sólo cómo deben ser realizadas las preguntas sino a quién van dirigidas, dado que esto puede generar importantes problemas metodológicos y limitaciones. Además de que a partir de dichas estimaciones es posible formular conclusiones generales reales sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos durante la adolescencia y hacer algunas observaciones concernientes a la forma de esos desórdenes.

Ciertas condiciones psiquiátricas habían mostrado incrementos sustanciales durante la adolescencia, incluyendo la ocurrencia de desórdenes afectivos y condiciones depresivas. A lo largo del incremento en la depresión, se presenta un aumento dramático en la frecuencia de la tentativa de un suicidio o la consumación de éste. Gould, Wunsch-Hitzing y Dohrenwend, (1988), reportaron que la prevalencia media de desajuste entre niños y

---

---

adolescentes fue de 11.8% basado en la revisión de 25 estudios realizados entre 1928 y 1975. La mayoría de esos estudios utilizó informes de profesores para identificar trastornos psiquiátricos en niños. Brandenburg, Friedman y Silver, (1989), refieren que en los estudios epidemiológicos de psicopatología de niños y adolescentes se han empleado diversos métodos de definición de casos y frecuentemente se usa un multimétodo, multiescenario de aproximación, para la identificación del caso. Basados en la revisión de 8 estudios, los autores describen la prevalencia estimada de desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes de 14 a 20 por ciento.

En otras investigaciones, se ha intentado identificar la prevalencia relativa de tipos específicos de sintomatología psiquiátrica o desórdenes en muestras de adolescentes. Kashani y Cols, (1987), utilizaron entrevistas estructuradas tanto para niños como para adolescentes para determinar la prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en 150 adolescentes seleccionados. Aproximadamente 41% tenía por lo menos uno de los diagnósticos del DSM-III y en el 19% se pudo identificar un diagnóstico que además indicaba la necesidad de un tratamiento. Se encontró también que los tres diagnósticos más comunes en esta muestra fueron desórdenes de ansiedad (8.7%), de conducta (8.7%) y depresión (combinada con categorías de mayor depresión y desórdenes distémicos) con una frecuencia de 8%.

Kashani y Orvaschel, (1988), seleccionaron al azar 150 adolescentes de entre 14 y 16 años, de una población de 1,703 estudiantes del sistema de escuelas públicas. El objetivo de este estudio era identificar los desórdenes de ansiedad durante la adolescencia. Las entrevistas fueron realizadas en el hogar de los adolescentes y se aplicaron tanto a ellos como a sus padres, empleando formas estandarizadas del DICA. Los resultados fueron videograbados y calificados por tres jueces entrenados con confiabilidad interjueces. Adicionalmente, los sujetos recibieron algunos instrumentos de estimación objetiva personal relacionada con autoconcepto, afecto, y estilos de vida. En el 17% de la muestra se encontraron criterios de una o más formas de desórdenes psiquiátricos y en el 8.7% se identificó un caso positivo de desorden de ansiedad. Los resultados de este estudio tienden a apoyar la hipótesis de que los desórdenes de ansiedad son una forma mayor de psicopatología en poblaciones adolescentes. En otra investigación, Hillard, Slomowitz y Levi,

---

---

(1987), estudiaron a 100 adultos y 100 adolescentes admitidos en el Hospital psiquiátrico del servicio de emergencia universitario. Los autores reportaron que los adolescentes eran comúnmente los que menos recibían diagnósticos de desórdenes de la personalidad y psicosis, pero eran los que más recibían diagnósticos de desórdenes de conducta y de ajuste. Además, fue observado en un 40% de los adolescentes, ideas autodestructivas y problemas conductuales.

La ideación suicida y conductual, ha recibido especial atención en estudios recientes de adolescentes. Friedman, Asnis, Boeck y DiFiore, (1987), investigaron 300 estudiantes de preparatoria, quienes anónimamente accedieron a participar en este estudio. Los adolescentes refirieron algunas de sus experiencias sobre conductas e ideas de suicidio. Aproximadamente el 53% manifestó que había tenido pensamientos suicidas pero no lo habían intentado hasta el momento; 9% indicó que había intentado suicidarse por lo menos una vez. Estos resultados indican que la idea de suicidio es relativamente común entre los adolescentes, pero también sugiere que los intentos actuales son frecuentemente un trastorno. Kimmel y Weiner, (1985), encontraron que el suicidio era la tercera causa más común de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años, pero en su mayor parte en mujeres adolescentes blancas. Además, estos autores reportaron que el rango de suicidio de los adolescentes se duplicó de 1960 a 1975 y cerca del 10% de los adolescentes parecían estar mentalmente sanos. Sin embargo, más del 25% fueron admitidos en clínicas psiquiátricas, y habían tenido tratamiento o habían intentado suicidarse, (Kimmel y Weiner, 1985). Finalmente los autores mencionaron que los hombres presentaban 4 veces más que las mujeres el intento suicida, pero las adolescentes habían hecho algo para suicidarse con una frecuencia tres veces mayor.

Algunas de las conclusiones generales a partir de éste y otros estudios sugieren que la mayoría de los adolescentes no muestran evidencia psicopatológica, además de que las manifestaciones de cualquier tipo de psicopatología durante la adolescencia parecen ser más elevadas que las encontradas en los principios de la niñez o al final de ésta, (Petersen y Hamburg, 1986). Existe evidencia de que la frecuencia y severidad de la depresión se incrementa durante la adolescencia, y hay un marcado incremento tanto en intentos de suicidio como de suicidios consumados durante este período del desarrollo. Algunos

---

---

desórdenes tienden a hacer su aparición durante la adolescencia, incluyendo la anorexia nerviosa, enfermedades bipolares, bulimia, desórdenes obsesivo-compulsivos, esquizofrenia, abuso de sustancias y otros desórdenes como enuresis y encopresis, aunque son menos frecuentes, (Burke, Burke, Regier y Rae, 1990; Graham y Rutter, 1985). En el tipo de desórdenes de ansiedad y conductuales se pueden mostrar pequeños cambios durante la adolescencia, especialmente en la expresión de síntomas. El tipo de desórdenes fóbicos más específicos parece disminuir durante la adolescencia, mientras que la violencia se presenta con mayor frecuencia en los desórdenes conductuales, (Graham y Rutter, 1985; Petersen y Hamburg, 1986).

Blos, (1990), también encontró que los síntomas típicos presentados durante la adolescencia eran de inestabilidad y de naturaleza transitoria. De igual manera, Erikson, (1972), propuso que como resultado de la lucha del adolescente por autodefinirse, pueden esperarse desviaciones o una conducta normal a la cual le da el nombre de difusión de la identidad o confusión de identidad.

Algunos autores han objetado sobre el punto de vista del modelo de turbulencia del desarrollo del adolescente, particularmente el significado del desarrollo normal que está caracterizado por una turbulencia y labilidad sustancial. Bandura y Walters, (1989), por ejemplo, argumentaron que algunos adolescentes establecían relaciones más relajadas con sus padres durante la adolescencia y al mismo tiempo incrementaban el contacto con grupos de iguales. Entonces, el abandono del núcleo familiar a un grupo de iguales no es necesariamente e inevitablemente una fuente de tensión familiar. Pope y Cols., (1990), investigaron adolescentes masculinos suburbanos y encontraron que aunque los episodios transitorios de depresión y la ansiedad no son incapacitantes, sí era lo más común y sólo el 20% de estos adolescentes mostró sintomatología de moderada a severa. Se ha visto que esta estimación es generalmente consistente con reportes en donde la prevalencia de la psicopatología es significativa en población adolescente. Esas investigaciones también encontraron que en el 20% de la muestra no se manifestó experiencia significativa de desórdenes durante el desarrollo de su adolescencia.

Rutter, Graham, Chadwick y Yule, (1976), examinaron el concepto de disturbio adolescente junto con el contexto de los descubrimientos de la isleta de Wight de 14 y 15

---

años de edad. Esos autores concluyeron que la alienación padre-hijo no fue común en los adolescentes, pero pareció restringido a los adolescentes quienes habían mostrado señales de problemas psiquiátricos. Por otro lado, disturbios internos (término definido por los investigadores como un sentimiento de miseria y de auto depreciación), aparecieron frecuentemente asociados con la adolescencia. Concluyen que el disturbio adolescente no es una ficción y tuvo una importancia psiquiátrica probablemente sobreestimada en el pasado. Ciertamente esto indica que el adolescente puede crecer fuera de sus problemas.

En una revisión de la literatura sobre psicopatología, Flament y Cols., (1990), llegaron a las siguientes conclusiones:

Síntomas psiquiátricos no son un proceso normal de la adolescencia

Segundo, límites entre lo normal y lo anormal pueden conducir a dificultades inherentes

Quizás como una fase rápida, los disturbios psicológicos durante la adolescencia requieren típicamente de tratamiento o remisión. Este concepto ha sido expresado por Kimmel y Weiner, (1985), quienes mencionan que las personas pueden recordar, básicamente, lo que piensan y actúan a través del tiempo, manejando sus relaciones interpersonales de acuerdo a como son percibidos por otros. Por lo que de adultos tienden a desplegar algunas de las mismas características de personalidad y los mismos niveles de ajuste que emplearon durante la adolescencia.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales, (DSM-IV), (1994), la prevalencia de desórdenes psiquiátricos durante la adolescencia, siempre tiende a ubicarse desde la estabilidad de la sintomatología adolescente que aparece para centrar y marcar la distinción entre la psicopatología definida por las categorías del DSM-III, y términos como turbulencia y turbulencias. La prevalencia estimada de la psicopatología durante la adolescencia parece caer razonablemente en el rango de 12 al 22%. Los adolescentes identificados en estos estudios manifiestan desórdenes descritos en el DSM-IV pero no se espera que remitan sin tratamiento activo y efectivo. Por ejemplo, está estimado que casi la mitad de los niños o adolescentes reciben diagnósticos de desórdenes conductuales, de los cuales se convertirán en adultos antisociales y que el tratamiento de

---

---

desórdenes depresivos y de ansiedad durante la adolescencia persisten en la edad adulta (Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales, (DSM-IV), (1994). Por otro lado, algunos adolescentes que a través de este período manifiestan disturbios y labilidad en su desarrollo, pero que no califican como desórdenes en el DSM-IV, comúnmente se asocian con diversas formas de adaptación durante este período del desarrollo. Es claro que la línea divisoria entre lo que puede identificarse como normal y anormal en el adolescente es difícil de discernir y sirve para ver esos grupos como homogéneos en términos de severidad en las implicaciones de sus síntomas o las aplicaciones de ajustes a largo plazo.

Se ha observado a través de diversos estudios que el problema del adolescente normal suele presentar alteraciones pero que en la medida que puede responder a ellas de manera más o menos funcional corresponde a un adolescente adaptado. Por otro lado cuando el adolescente busca formas diferentes de responder que alteran su conducta ésta puede tornarse patológica. Se han considerado diferentes factores por los que un adolescente presenta alteraciones emocionales, como cuando el adolescente se plantea el problema de la recuperación por su familia o por su madre; es entonces cuando se descubren adolescentes moral y realmente abandonados por mucho tiempo, años quizá. Aunque la familia o la madre recupere al adolescente, ni una ni otra está preparada para recibirlo la mayoría de las veces. En realidad, son pocas las cosas que se conocen sobre la evolución de estos adolescentes.

De esta manera, el conocimiento de la adolescencia requiere en la actualidad del uso de nuevos y más amplios criterios y puntos de vista. La sola explicación de los rasgos del desarrollo psicofísico en esta edad, es un enfoque básico pero simultáneamente unilateral y a fin de cuentas insuficiente. Los cambios cada vez más profundos que se producen en la vida moderna, y que se perciben en la estructura de la familia, en la escuela (con los debates en torno a su crisis), en los cambios psicológicos, en los medios masivos de difusión y en la sociedad entera, con su fundamento tecnológico y económico, terminan por repercutir hondamente en el adolescente, induciéndolo a nuevas respuestas ante el mundo que le rodea.

---

---

Muchas variables han sido estudiadas para predecir la conducta psicopatológica del adolescente pero es necesario entenderlo en un contexto más amplio, dado que muchos pueden ser los factores que influyen en su conducta. Estos factores han sido investigados conceptualizando medio ambiente-cultura-sociedad, comunidad inmediata, fuerzas interpersonales, escuela, compañeros y familia, o como el modelo biopsicosocial que propone numerosas perspectivas sobre la organización de múltiples influencias en la respuesta patológica del adolescente. Sin embargo, poco se ha considerado la interacción de esta variable con la personalidad, (Newcomb, 1992).

En el modelo clínico del desarrollo adolescente que propone esta investigación se basa en el análisis de múltiples variables considerando tanto factores sociodemográficos y sucesos de vida y rasgos medidos con el MMPI-A, y su relación con Sucesos de Vida y el Inventario Autodescriptivo del adolescente en la vida del adolescente para observar de qué manera inciden en el desarrollo del mismo. En conclusión, este trabajo parte de una perspectiva importante y necesaria con la cual se puede entender lo siguiente:

La evaluación de los rasgos de personalidad puede ser predictor de la desviación general en el adolescente.

La medida de diversas variables, como los aspectos sociodemográficos y sucesos de vida pueden explicar la influencia de ciertas conductas en los problemas de los adolescentes.

### 1.3.2. Modelos de Personalidad y Psicopatología

Las distintas intervenciones clínicas relacionadas con la evaluación se han basado principalmente en diferentes suposiciones correspondientes a las relaciones causales que existen entre la personalidad y la psicopatología, (Gilbert y Connolly, 1995), por lo que ésta al igual que la personalidad se ha definido de varias formas, y su etiología se ha visto sometida a mucha especulación.

La psicopatología se ha ubicado tanto dentro del individuo como en la interacción de éste con lo social y en la estructura de la sociedad. Mientras que los teóricos de la personalidad tienden a centrarse en los recursos y los procesos internos individuales, los

---

---

teóricos ambientales y orientados hacia las habilidades generalmente incluyen el término de adaptación conductual pobre o afrontamiento conductual inadecuado ante el ambiente como parte esencial de la definición, (Gilbert y Connolly, 1995). Dohrenwend y Cols., (1992), mencionan que la psicopatología es el resultado de un fuerte estrés entre individuos. Kumar, (1982), en forma similar, afirma que la patología resulta de la interacción de recursos personales deficientes combinados con circunstancias estresantes que el individuo no puede resolver satisfactoriamente, así, se presta atención a la interacción entre el nivel de habilidad y el nivel de estrés ambiental.

Teóricos de la personalidad como Eysenck, (1967), contemplan la psicopatología a partir de un modelo algo más complejo de diátesis (predisposición genética más aprendizaje) por estrés ambiental. El modelo de diátesis-estrés es un avance conceptual significativo respecto a los modelos de rasgos de la personalidad considerados como más simples, ya que combina conceptos de personalidad con las predisposiciones genéticas a ser hábil, así como a ser más reactivo ante el estrés. Además, el modelo de diátesis-estrés incluye las contribuciones genético-temperamentales y sugiere que ciertos ambientes favorecerán ciertos tipos de personalidad.

Los investigadores de los rasgos de la personalidad y aquellos basados en conceptualizaciones empíricas de la psicopatología han contribuido al rápido desarrollo y uso extensivo del estudio de la personalidad, (Phillips, 1985), otros autores con un enfoque social, (Gottman 1979); y teóricos sobre sistemas sociales han considerado el aspecto del ambiente como un punto de partida para el estudio de la personalidad, (Watzlawick, 1977; Watzlawick y Beavin, 1977).

Los modelos psicodinámicos y de rasgos asumen que los defectos en el desarrollo, la biología o la personalidad son los causantes de los trastornos psicopatológicos y el estrés interpersonal. Estos modelos intentan explicar los diferentes trastornos psicopatológicos y conductuales a partir de las características que identifican al individuo, (L'Abate y Milan, 1985).

Los teóricos sobre aprendizaje enfatizan los modelos psicopatológicos y de personalidad en donde la conducta de los individuos es muy específica situacionalmente,

---

dado que puede ser aprendida, (Epstein, 1979, 1983); aspecto que no consideran los modelos más simples de rasgos y biológicos.

La crítica a estos modelos biológicos y de rasgos ha persistido a pesar del hecho de que los investigadores con orientación biológica han desarrollado medicaciones psicotrópicas efectivas y han demostrado contribuciones genéticas y biológicas importantes en la personalidad, (Eysenck y Eysenck, 1985), y los principales trastornos psicopatológicos, (Berger y Brodie, 1986). Además, otros estudios realizados durante estas dos décadas han demostrado que aunque la conducta es situacionalmente específica, es también generalizable a lo largo del tiempo y de las situaciones como han argumentado algunos teóricos de la personalidad, (Epstein, 1979, 1983).

Los modelos de personalidad / temperamento con base biológica minimizan, ignoran o rechazan la importancia de los factores de aprendizaje y de habilidades sociales en el desarrollo de los trastornos psicopatológicos; sin embargo, demuestran claramente la contribución causal de variables entre la personalidad y los trastornos psicopatológicos en donde los aspectos teóricos que se consideran, son las relaciones entre genes, ambiente, temperamento, personalidad y psicopatología.

La genética, el ambiente, la personalidad, y la psicopatología son factores que pueden estar interrelacionados a través de numerosas vías causales posibles, plausibles, directas e indirectas. Algunos de estos lazos han sido explorados seriamente, mientras que otros, igualmente factibles, no han tenido una atención adecuada. Parece claro que un ambiente extremadamente disfuncional puede conducir directamente a defectos de la personalidad y desarrollo de psicopatología.

Una razón ambiental simple daría como resultado correlaciones entre personalidad y psicopatología, independientemente de cualquier interacción casual entre ambas. En contraste con estas relaciones causales tan simples y directas, muchos teóricos reconocen que, en muchos casos, los factores genéticos-temperamentales y ambientales interactúan con la etiología de la personalidad y la psicopatología. Sin embargo, pocos han considerado la posibilidad, igualmente razonable, de que la genética influya en un importante porcentaje en las habilidades sociales, el aprendizaje y la experiencia ambiental, y por tanto explique

---

---

las relaciones entre la personalidad y la psicopatología. Scarr y McCartney, (1983), han esbozado una serie de posibles factores que explicarían cómo la genética influye en estas variables. En su modelo enfatizan los efectos del genotipo que han sido más olvidados en la determinación de los efectos ambientales.

Algunos de los constructos de base temperamental/genética, (Gilbert, 1991), proponen factores de personalidad, (disposiciones conductuales), como la extroversión y la neurosis, que desempeñan un papel más importante en las diferencias individuales. Estas dimensiones de personalidad están relacionadas con la expresión y la inhibición de la conducta. Los procesos emocionales correlacionan con distintos rasgos de base temperamental y están implicados en la inhibición y el tipo de conducta mostrada en determinadas situaciones, (Schwartz y Gottman, 1976; Michenbaum, Butler y Gruson, 1981 y Gilbert, 1985).

Scarr y McCartney, (1983), sugieren que la variable genética es la mediadora de importantes asociaciones entre la personalidad y la psicopatología, aunque sus contribuciones en la conducta y la psicopatología pocas veces han especulado acerca de cuáles pueden ser los mecanismos bioconductuales mediadores de estas contribuciones genéticas, (Vandenberg, Singer y Pauls, 1986 y Pogue-Geile y Rose, 1987).

Existen modelos simples y causales directos sobre la conducta, la personalidad y la psicopatología, así como también modelos complejos y múltiples, (Loehlin, 1987; Schwartz, 1982). A partir del conocimiento que se tiene no parece probable que alguno de los modelos teóricos simples y con causas directas se pueda aproximar de forma precisa a las relaciones que existen entre los genes, el ambiente, la personalidad y muchas formas psicopatológicas.

A partir de éstos estudios se puede inferir, que las variables de personalidad evaluadas tempranamente predicen problemas emocionales posteriores como el alcoholismo, la drogadicción y de conducta.

Las tentativas para estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre adolescentes están directamente influenciados por algunos resultados metodológicos que incluyen la definición y medidas empleadas para identificar los desórdenes psiquiátricos entre adolescentes, así como los métodos y los informes empleados (padres, profesores y

---

---

entrevistas psiquiátricas directas). Weissman y Cols., (1987), por ejemplo, evaluaron los resultados de entrevistas independientes a 220 sujetos entre 6 y 23 años. El diagnóstico para este estudio fue reunido de entrevistas a niños y adolescentes empleando la cédula de desórdenes afectivos y esquizofrenia de escolares derivado del uso del DSM-III relatado por padres y otros informantes. Los investigadores encontraron discrepancias considerables entre los reportes de los padres y el grado de psicopatología de los niños y adolescentes. Encontraron que los informes de los niños evidenciaban patologías mayores a las descritas por los padres. Resultados similares han sido reportados por Reich y Earls, (1987), quienes realizaron entrevistas a los padres, que compararon posteriormente con entrevistas estructuradas usadas directamente en niños y adolescentes, como la entrevista diagnóstica de niños y adolescentes (DICA). Rosenberg y Joshi, (1986), en otro estudio, encontraron una relación significativa entre el grado de disturbio y discrepancias maritales entre los padres.

Gilbert y Connolly, (1995), exploraron la personalidad y la psicopatología a partir de una serie de aspectos que hacen referencia a cómo y por qué la conducta puede predecirse a partir de evidencias que sugieren que los individuos heredan temperamentos que interactúan con el ambiente, a partir de la infancia y que continúan en la vida adulta.

Otra forma de abordar la personalidad y la psicopatología ha sido desde una perspectiva del status como lo informa Hogan, (1983), quien considera a la personalidad desde dos perspectivas:

La del observador, obtenida a partir de otros observadores

La del propio sujeto, obtenida a partir de autoinformes.

Con base en las descripciones de otros investigadores, la personalidad se puede describir adecuadamente a través de dimensiones básicas, y se correlaciona significativamente con la auto evaluación de la personalidad, (Johns, Mednick y Shulsinger, 1982).

Otros autores, (Golden y Meehl, 1979; Goldberg, 1981 y Finn, 1886), consideran que cada persona tiene un temperamento diferente desde su nacimiento, y que los distintos ambientes que interactúan sobre ella determinan su personalidad. Todos los seres humanos

---

---

estarían biológicamente programados para buscar atención, aceptación, aprobación, status y poder, debido a que estos atributos tienen potencial de supervivencia. Los padres proporcionan estas necesidades básicas a sus hijos, pero cuando éstos maduran deben aprender a obtenerlas por sí mismos. Con esta finalidad adoptan estrategias, seleccionando una identidad o estilo personal para responder a ellas.

El papel de la personalidad y los trastornos psicopatológicos de Hokanson y Rubert, (1982), proporcionan una excelente revisión de las principales teorías de la personalidad, y cómo se adaptan a la luz de los datos empíricos actuales. A partir de estos conceptos teóricos, se infiere que la persistencia de los síntomas en la persona que manifiesta un trastorno influye en la conducta de los otros y provoca en ellos patrones de respuesta mixtos de apoyo y rechazo. Prestar tanta atención a la sensibilidad de los sentimientos y pensamientos de las demás personas es parecido en algunos aspectos al modelo evolutivo-interaccionista de Buck. Finalmente, Hokanson y Rubert, (1982), consideran (de la teoría de Harris) que la patología es consecuencia sobre todo de tres factores:

- Los agentes provocadores, como el estrés, que pueden considerarse la base para que se desarrolle una patología
- Una historia familiar de desajuste y vulnerabilidad puede ser un factor fundamental para la formación del síntoma.
- La predisposición a desarrollar una psicopatología que está determinada principalmente por la estructura de la personalidad del sujeto (Hokanson, Sacco, Blumberg y Landrum, 1980; Hokanson y Rubert, 1982; Hokanson, Lowenstein, Edén y Howes, 1986).

Brown y Harris, (1978), inciden en los factores familiares en la formación y desarrollo de una patología. Coyne y Cols., (1987), se han centrado en los aspectos interpersonales, no específicos, de la historia familiar. El modelo de Brown y Harris, (1978), incorpora aspectos de Lewinsohn, es decir, el soporte social. Cada uno de estos modelos presta especial atención a los aspectos ambientales y enriquece la conceptualización de su influencia. Sin embargo, ninguno de estos modelos trata específicamente las contribuciones biológicas, temperamentales y de personalidad en la psicopatología, aspecto que

---

permitiría que los modelos se enriquecieran especialmente al incorporar estos factores, (Gray, 1981; Tiggermann, Winefield y Brebner, 1982; Gilbert y Connolly, 1995).

Chiauzzi y Cols., (1991), se ha centrado en la evaluación y tratamiento del abuso del alcohol, tanto en adultos como en población adolescente. Sin embargo, los investigadores y terapeutas no estudian los rasgos estables y situacionales más generales asociados con el abuso del alcohol. Este enfoque teórico contempla la personalidad como algo central en la forma de conceptualizar el trastorno psicopatológico o su tratamiento. Chiauzzi y Cols, (Op. Cit), sugieren que la gran heterogeneidad de la población alcohólica probablemente sea el aspecto que más contribuye a la falta de resultados definitivos en las investigaciones. La heterogeneidad es otra palabra que hace referencia a las diferencias individuales, un concepto central en la teoría de la personalidad. Ya que los factores genéticos y ciertas formas de trastornos afectivos y psicopatológicos influyen en las diferencias individuales observadas respecto a la tendencia por el abuso en el consumo del alcohol y las drogas, sería útil evaluar cómo estos factores se relacionan con el desarrollo de los síntomas (Pogue-Geile y Rosen, 1962; Martin, 1985 y Loehlin, 1987).

Los teóricos interpersonales se han centrado sobre todo en el modelo conocido como Circulo Interpersonal, que se basa en las conceptualizaciones teóricas de Leary, (en Gilbert y Connolly, 1995) quien fue el primero en construir un método simple, y a la vez sofisticado, de dibujar los principales tipos de conductas que la gente tiene al interrelacionarse. Rausch, Dittman y Taylor, (1959), en Gilbert y Connolly, 1995 y Carson, (1969) incorporan, a partir del modelo del Circulo Interpersonal, otras características importantes de la conducta social. Refieren que cualquier conducta puede ser localizada a lo largo de algunas dimensiones. Los modelos interpersonales presuponen que las interacciones diádicas reflejan un proceso de negociación entre dos personas y que definen quién ejercerá más control (quién será más dominante y quién más sumiso) así como si la relación será hostil o amistosa (Kiesler y Goldston, 1988). Con este modelo se han utilizado otros instrumentos de evaluación conjuntamente para explorar los aspectos referidos por los sujetos como el Interpersonal Check List (ICL); (Lees-Haley, 1981; LaForge y Suczek, 1985 y Pepe, 1985).

Un modelo sobre personalidad y psicopatología que retoma el estudio de la estructura y las dimensiones bipolares que se evalúan en los inventarios auto descriptivos, es el del

---

---

"Círculo Interpersonal de Wiggins", (1979, 1982), que, a diferencia del "Círculo de Leary", reflejan opuestos semánticos verdaderos, (ambicioso-dominante vs. vago-sumiso, gregario-extrovertido vs. distante-introvertido). Este modelo propone que sin verdaderos polos opuestos no se podrían derivar predicciones precisas y consistentes de la complementariedad interpersonal, (Kiesler, 1983), en donde la conducta interpersonal puede ser representada en el círculo con el "Interpersonal Adjective Scales" (Wiggins, 1979). Perkins, Kiesler, Anchin, Chirio, Kyle y Federman, (1979) y Kiesler y Goldston, (1988), a partir del trabajo de Leary, Lorr y Wiggins, ofrecen lo que parece una reconstrucción más sofisticada del modelo de Leary, conocida hasta ahora como el "Círculo Interpersonal", (en Kiesler, 1982).

Offord, (1986), en su importante revisión de 14 estudios empíricos sobre complementariedad, indica que las predicciones teóricas sobre complementariedad son una sobre simplificación del modelo de Leary, como lo señalan también Wright y Graham, (1990). Al revisar estos estudios, Offord, (1986), encontró que las predicciones de complementariedad son bastante precisas para las conductas de amistad en el círculo: Se observaba que las conductas amistosas-dominantes y amistosas-sumisas operan frecuente y consistentemente de forma complementaria. Por otro lado, las predicciones de complementariedad no parecen ser dependientes, (Kiesler y Goldston, 1988; Offord, 1986 y Wiggins, 1982).

Muchos teóricos han comparado la conducta normal con la anormal. Esta perspectiva se refleja en el postulado de un género de Sullivan, (en Gilbert y Connolly, 1995). Así, se puede esperar que cualquier personalidad humana, adaptativa o no, pueda ser descrita y medida mediante una serie de dimensiones comunes. En principio la salud y el bienestar emocional dependen del nivel de adaptación que posee cada individuo, pero considerando también sus relaciones con el ambiente en forma satisfactoria. Kiesler y Goldston, (1988), consideran que la inadaptación se caracteriza por formas de comunicación alteradas. A través de la realización de conductas extremas e intensas la persona inadaptada provoca consistentemente en los otros un rango muy limitado de respuestas aversivas, aunque no se hace responsable de la conducta que genera en los otros y no se da cuenta de los aspectos contraproducentes de su estilo de adaptación, (Kiesler y Goldston, 1988).

---

Una investigación sobre el papel que desempeñan las emociones en la esquizofrenia es la de Vaughn y Leff, (1976 a,b), quienes sugieren que ciertas formas de expresar las emociones en las familias están relacionadas con el curso que siguen los trastornos que forman la esquizofrenia. Entre otros descubrimientos, se ha asociado el ambiente familiar donde existe mucha expresión de emociones negativas, (aquellas que comprenden gran cantidad de crítica, hostilidad o excesivas dificultades), con tasas altas de recaída entre los esquizofrénicos que volvían al hogar, así como con el inicio del espectro de trastornos esquizofrénicos entre adolescentes con algún tipo de trastorno (aunque no eran aún psicóticos) (Doane, Falloon, Goldstein y Mintz, 1985; Miklowitz, Strachan, Goldstein, Doane y Snyder, 1986; Goldstein, 1988 y Goldstein, Judd, Rodnick, Alkire y Gould, 1988).

La personalidad saludable se manifiesta en la habilidad para negociar con éxito los roles recíprocos con otras personas. Las negociaciones exitosas implican una mutua aceptación del rol de cada persona y de las mutuas experiencias recompensantes. Las relaciones adaptativas se basan en intercambios interpersonales equitativos. Se ha pensado que cada individuo inicia y mantiene voluntariamente una relación, sólo en la medida en que le sea realmente satisfactoria en lo que a beneficio y costo se refiere, (Carson, 1969; Wachtel, 1977; Brokaw y McLemore, 1983).

Las respuestas patológicas pueden surgir de las relaciones inadecuadas del adolescente con su ambiente familiar y social, si estas relaciones persisten durante largos periodos, probablemente agudizarán estas respuestas, (Cashdan, 1982). Un punto importante dentro el estudio de la personalidad saludable es que se caracteriza por el nivel de adaptación que puede tener cada individuo. La persona inadaptada tiende a desarrollar sobremanera un ilimitado número de respuestas conflictivas que expresará intensa y frecuentemente, aunque sean o no apropiadas a la situación. Sin embargo, aunque las personas inadaptadas no responden apropiadamente a las posturas interpersonales usuales, serán muy hábiles para interactuar con otros a pesar de su limitado repertorio conductual, (Carson, 1969; Kiesler y Goldston, 1988). Así, la habilidad para interactuar con el ambiente puede considerarse como un criterio central en la integridad psicológica, (McLemore y Hart, 1982). Es decir, la habilidad para mantener y establecer

---

relaciones emocionales con otra persona es uno de los principales indicadores de salud mental.

Correlativamente, la inadaptación se caracteriza por la dificultad para mantener formas estables de relación. En general, se ha observado que una respuesta emocional saludable comprende tanto un equilibrio entre la dependencia y la independencia, como igualdad en cuanto al poder manifiesto, (Beavers, 1985). Con relación a esto, Benjamín, (1979), caracterizó las relaciones saludables como las relaciones donde uno atiende a sus propias necesidades, reacciones y estados, aproximadamente con la misma frecuencia con que atiende los de la otra persona. Estas dificultades se reflejan en los patrones interpersonales que comprenden dependencia extrema (simbiosis, límites débiles del ego), independencia extrema (distanciamiento, esquizofrenia, pérdida de contacto), desequilibrios significativos de poder (expresarse a través de la intimidación, inducción de culpa y ataques de cólera o, desde la posición del débil, tener pensamientos de suicidio, dejar de ser funcional o ser infantil), extrema ambivalencia (dificultad con los compromisos), comunicación confusa o desordenada (pérdida de las asociaciones, dobles mensajes, incongruencia, confusión de palabras) y otras, (Kiesler, 1982; McLemore y Hart, 1982; Beavers, 1985).

Las conductas adaptativas se amoldan generalmente a las normas sociales. Carson, (1969), sugiere que la adaptación y la inadaptación se pueden diferenciar en función de los criterios de convencionalismo social. Aquellos que rompen las reglas culturales muestran una conducta trastornada, sobre todo cuando los demás no pueden ignorarlo por más tiempo o no encuentran alguna razón normal de por qué han roto estas formalidades. Benjamín, (1979), se sitúa en una posición compatible, definiendo la conducta social deseable como aquella que comprende afiliación sin un excesivo poder o autonomía. Las desviaciones de este estándar se definen como patológicas, (Benjamín, 1979; Cerling, 1980; Bohosian, 1982; McLemore y Brokaw, 1987).

---

### 1.3.3. El Modelo de Diagnóstico Clínico y la Conducta Disfuncional

El diagnóstico clínico es especialmente importante para la definición y tratamiento eficaz de los problemas que conducen a gran parte de los individuos a las consultas psiquiátricas o psicológicas, (Adams, 1964; Carson, 1969; McLemore y Benjamín, 1979).

Los psiquiatras que normalmente ejercen la práctica clínica definen el trastorno mental en términos de sintomatología, pero, implícitamente y en un sentido más amplio, conlleva también un tratamiento interpersonal, (Horowitz y Vitkus, 1986), en este sentido McLemore y Benjamín, (1979), recomiendan una taxonomía conductual interpersonal, un sistema diagnóstico que se centre en las transacciones interpersonales características y sus secuencias.

El diagnóstico clínico permitiría no sólo una mejor comprensión de la conducta anormal sino que implicaría objetivos y estrategias de tratamiento adecuados. Obtener un diagnóstico clínico de las conductas psicopatológicas del adolescente ayudaría incluso a identificar varios de los factores asociados con el desarrollo humano saludable, proporcionando una serie de esfuerzos para prevenir el deterioro de la salud mental.

La conducta disfuncional se produce típicamente cuando el sujeto, desde la estructura de su personalidad, no permite un buen nivel de adaptación que junto con otros elementos externos presentara conductas emocionales alteradas. Algunas personas con trastornos tienden a manifestar sólo un repertorio limitado de conductas, expresadas de forma extrema y rígida. Sus respuestas tienden a ser más intensas e inflexibles que las de personas normales. Así, cuando un individuo pobremente adaptado interactúa con alguien que es más saludable, es el primero el que determina la naturaleza de la relación en su gran intensidad y resistencia al cambio, (Wachtel, 1977).

A partir de la propuesta de diversos modelos de personalidad, y su psicopatología, las conclusiones al respecto deberían anclarse en distintos niveles, considerando en principio la conducta observable, las autodescripciones y las motivaciones subyacentes, como lo propuso inicialmente Leary, quien expuso que las afirmaciones obtenidas en este nivel permitirían

---

---

definir, en principio, las características de la personalidad del individuo, (Gilbert y Connolly, 1995).

Es importante considerar en el estudio además de la personalidad del adolescente, los aspectos del medio ambiente que tienen que ver con la conducta real del individuo o con sus descripciones verbales, con sus propias conductas o las observadas por quienes tienen contacto con él. Asimismo debemos tomar en cuenta lo que el método ideográfico ha considerado tradicionalmente en el estudio del proceso evolutivo del desarrollo del adolescente: La exploración de los aspectos de la observación de un solo individuo, que representa el análisis de la conducta interna de la personalidad, la estructura, el inconsciente inexpressado y la identidad adolescente; temas abordados por diversos autores como Blos, (1990), y que tiene que ver con los aspectos conscientes que expone el individuo, así como sus concepciones acerca del bien y del mal.

Por último, considerar los factores que pueden influir en la conducta del individuo es un punto que se ha considerado por separado en forma individualizada. Por ello es necesario, a partir de un modelo clínico, retomar el estudio de la personalidad desde diferentes niveles, tomando en cuenta que la personalidad como tal se refiere a la estructura y predisposición de un sujeto para actuar de cierta manera. Reflexionar en los aspectos estresantes de la vida diaria que dan lugar a manifestaciones o alteraciones en la conducta y considerar que los aspectos sociodemográficos del sujeto pueden coadyuvar en el análisis de un modelo global de la personalidad.

Para Cooper, (1988) y Gilligan, (1989), se sigue discutiendo alrededor de la unificación de criterios en una teoría del desarrollo adolescente. No solo es difícil explicar las tendencias de esta década al intentar ver el proceso del desarrollo adolescente más allá de un proceso unilateral ligado a las relaciones con las imágenes parentales. Se pretende ver el mismo como constructos relacionales recíprocos entre el adolescente y su medio ambiente, en donde la familia es una parte nuclear, pero no el único elemento que interviene en este proceso, (Maccoby y Martín, 1983; Cooper, 1988).

---

Así, el modelo de individualidad de Cooper, 1988 arroja cuatro factores que son:

Asertividad

Separación

Permeabilidad

Mutualidad.

Este modelo que conjunta varios conceptos de las terapias de sistemas familiares. Concluyeron que la individualidad y el apego en las interrelaciones familiares proveen al adolescente de un buen proceso de adaptación futuro.

Maccoby y Martín, (1983), concluyen que los patrones familiares son de suma importancia en el desarrollo del Ego del adolescente. Así tendríamos que a partir de un sondeo de la historia familiar podríamos conocer el desarrollo del adolescente.

Partiendo de lo anterior, la presente investigación hará inferencias en cuanto a la descripción de las configuraciones individuales adolescentes dependiendo de los rasgos de personalidad y las variables edad, sexo y algunas otras que tendrían que ver con sucesos de vida y autodescripciones del adolescente que nos permitirán hacer inferencias en cuanto al trayecto del desarrollo adolescente de una muestra de sujetos mexicanos. Es a partir de estas descripciones que se aportaron elementos que explican el proceso adolescente a partir de elementos del medio ambiente del mismo y la medición de sus rasgos psicopatológicos. Entrelazando los cambios históricos y contextuales del sujeto y los rasgos de personalidad se podría llegar a causas que podrían explicar la trayectoria del desarrollo adolescente de una muestra mexicana. Así desde un sistema de perspectivas reduccionistas e individuales del desarrollo se podría lograr reconstituir el proceso, no solo del desarrollo adolescente, sino del complejo sistema del desarrollo humano. Todo esto sin perder de vista que la temporalidad de los cambios entre los niveles de organización estará siempre en constante movimiento, lo que limita los resultados de los trabajos a momentos de medición y tiempos históricos que son limitados ante toda la ecología del desarrollo humano.

---

---

Así, a partir de las propuestas de Bronfenbrenner, (1979); Cairn y Hood, (1983); Batles y Cols., (1983) y Elder y Cols., (1993), se podría hacer la descripción de una instancia específica del tiempo o un indicador de lo que podría existir. Asimismo, si tomamos en cuenta las teorías del desarrollo que están centradas en la diversidad, todo lo anterior adquiere una relevancia importante y justifica que estos estudios focalizados se hagan basados en dichas conceptualizaciones teóricas, ya que es así como se podrá armar el universo teórico que describa desde la individualidad, con sus restricciones, la descripción de grupos que contribuyan a armar una perspectiva total del trayecto del desarrollo adolescente.

Los efectos maduraciones pueden demostrarse en los niveles de las escalas, particularmente en relación con las escalas infrecuencia, desviación psicopática, socialización y hipomanía. Estas últimas escalas han mostrado tradicionalmente diferencias en promedios de los valores obtenidos de muestras de adolescentes y adultos, (Archer, 1984, 1987). Es razonable interpretar estas diferencias como reflejo del proceso de maduración más los niveles de patología. Entonces, las escalas del MMPI están sujetas a efectos maduraciones que pueden servir para oscurecer o confundir la interpretación de patologías basadas en las calificaciones del inventario.

En este sentido, Achenbach, (1978), argumenta que a menudo se pasa por alto las complicaciones de la búsqueda de las diferencias individuales en niños que son distintas en el desarrollo a causa de variaciones significativas en casi todas las conductas medibles. Una consecuencia es que repetidas mediciones en los mismos sujetos pasando algunas semanas comúnmente difieren como un factor de desarrollo, aún si los sujetos mostraron estabilidad con respecto a su rango. Una segunda consecuencia es que a no ser que todos los sujetos en una muestra estén en el mismo nivel de desarrollo no se pueda concluir con algo como un rasgo característico que represente a ese grupo. Una tercera consecuencia es que la covariación entre algunas medidas puede reflejar la varianza que demuestran en el desarrollo. Este fenómeno está ciertamente limitado en poblaciones adolescentes. Colligan, Osborne, Swenson y Offord, (1983), muestran los efectos maduracionales y de edad en muestras con estudiantes y adultos con el MMPI.

---

El uso del MMPI-2 y el MMPI-A con adolescentes requiere de la perspectiva del desarrollo adolescente para entender e interpretar estos hallazgos. Este capítulo describió brevemente los cambios fisiológicos y sexuales, cambios en procesos cognitivos y algunos de los retos psicológicos que ocurren durante la adolescencia. Esos procesos contribuyen a la observación de diferencias entre adolescentes y adultos en los patrones de respuesta de los reactivos, las escalas y los perfiles del MMPI. El reconocimiento de esos factores de desarrollo y maduración son un factor mayor en la decisión de crear una forma especializada del MMPI para adolescentes: el MMPI-A.

Es así como desde la perspectiva de todos los cambios que se dan en el proceso del desarrollo adolescente se pretende arrojar alguna descripción de la psicopatología del adolescente mexicano y ver como se comporta al ser correlacionada con las variables de este estudio en un continuo de tiempo, esto permitió saber que tanto se mantienen los rasgos de personalidad en un esquema tan cambiante en las esferas tanto físicas como psicológicas como lo es el desarrollo adolescente y su relación con algunas variables sociodemográficas que funjan como indicadores que nos permitan explicar el desarrollo adolescente desde una perspectiva de la personalidad en sus ámbitos tanto individuales como sociales de los adolescentes mexicanos, todo esto, visualizado desde una perspectiva de la adolescencia como un proceso evolutivo donde no se pueden separar las características individuales del sujeto, su historia y su relación con el grupo. Desde esta perspectiva, el presente estudio hizo aportaciones a las teorías del desarrollo adolescente desde la descripción cualitativa de los perfiles de personalidad del grupo tanto en el ámbito individual como grupal para tomar en cuenta las variables inter e intragrupos en este estudio. También el presente estudio trató de tomar como punto de referencia las teorías expuestas en este capítulo desde el punto de vista donde parecen coincidir la mayoría de ellas. Este punto de coincidencia es que el proceso adolescente debe de analizarse tomando en cuenta las variables individuales, las contextuales y las sociales para dar una explicación de este proceso más aterrizado en la muestra de adolescentes mexicanos y poder hacer aportaciones basadas en un esquema multifactorial.

---

---

## CAPÍTULO II

### Psicopatología

**S**i se considera que el MMPI es un instrumento que mide rasgos o síntomas que de algún modo se correlacionan con las conductas que se manifiestan en los diferentes patrones psicopatológicos, se considera de vital importancia establecer las conductas que hemos de considerar dentro de cada una de las instancias psicopatológicas que mide este.

Partiendo de este marco referencial la siguiente descripción de algunas entidades psicopatológicas corresponden a las representadas por las escalas clínicas del MMPI-A. Asimismo han sido extraídas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Padecimientos Mentales DSM-IV, (1994), por considerarse éste un criterio generalizado de la descripción de las mismas.

## 2.1. HIPOCONDRIASIS

### 2.1.1. Psicopatología y Psicodinamia

En términos generales, la hipocondría o reacción hipocondríaca, desde hace mucho se ha aplicado a un grupo de síntomas psiconeuróticos. La reacción se caracteriza por una preocupación e interés obsesivos del individuo respecto a su estado de salud y las condiciones de sus órganos. Los pacientes a menudo relatan una multiplicidad de molestias relacionadas con sus diferentes órganos o sistemas corporales que según el insistente comentario del enfermo, deben estar incurablemente afectados.

El hipocondríaco, no sólo está pendiente de diversas sensaciones que la mayoría de las personas pasan por alto, sino que también amplifica la intensidad de las sensaciones normales para otros sujetos.

En muchos casos este padecimiento parece ser un desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo, con las resultantes molestias somáticas. Algunas reacciones hipocondríacas pueden volverse obsesivas en forma persistente y excesiva, e incluso pueden aparecer compulsiones asociadas. La hipocondría como tal, no es una entidad patológica, sino un complejo de síntomas que se encuentran en las enfermedades paranoides, esquizofrénicas, depresivas, las neurosis obsesivas, fobias, psicosis orgánicas y en algunos trastornos de la personalidad.

---

Los pacientes, frecuentemente se quejan de dolores y malestares que son difíciles de identificar y para los que no se encuentran ninguna base orgánica esclarecida (Goldman, 1989). Es característico del hipocondríaco, el ser inmaduro en su forma de enfrentarse a los problemas como persona adulta, teniendo la tendencia a fracasar adecuadamente en la resolución de los mismos. Las quejas del paciente hipocondríaco son diferentes a las del histérico, debido a que los malestares del hipocondríaco son más vagos en el área descriptiva. Tampoco muestra evidencia esclarecida de haber abandonado situaciones no aceptables, debido a su sintomatología, como lo hace el histérico. El hipocondríaco generalmente ha tenido una larga historia en la que ha presentado malestares físicos y búsqueda de simpatía.

### 2.1.2. Etiología y Dinámica Del Desarrollo

Aunque el síntoma de hipocondría contiene elementos importantes de naturaleza depresiva, tal vez sea mejor considerarla como una excesiva preocupación por la salud física, como un trastorno del contenido ideático. El paciente ante la exagerada preocupación se muestra deprimido y sus pensamientos son la preocupación obsesiva por algún órgano corporal; está convencido de que dicho órgano sufre una enfermedad incurable, aunque no se pueda demostrar un proceso patológico. Puede presentarse un sentimiento de cambio en la persona. La angustia se desplaza de las fuentes mentales inconscientes a los órganos que así se transforman en el centro de la inquietud afectiva y la preocupación. El órgano sobre el que se enfoca el síntoma corporal, habitualmente es de los que en especial están sujetos a las expresiones fisiológicas de la angustia o a la tensión muscular del estado angustioso.

La hipocondría se manifiesta con más frecuencia en personas que han mostrado previamente una tendencia a implorar afecto o a evadir las responsabilidades de la vida por medio de la enfermedad. En sus formas ligeras, puede originarse en una sensación de inseguridad que se racionaliza como una amenaza a la salud física. Visto desde la perspectiva de este trabajo, se tendría que tomar en cuenta que durante los procesos adolescentes el individuo tiende a querer llamar la atención y ser el centro de una demanda afectiva urgente, lo que lo podría llevar a somatizar. Es en este sentido que

---

tendría que hacerse un diagnóstico diferencial entre un rasgo de personalidad producto del mismo proceso del desarrollo adolescente y si realmente tuviésemos a un adolescente que si no en este momento, posteriormente podría desarrollar esta entidad psicopatológica. Instrumentos como el MMPI-A a son útiles en la búsqueda de esta diferenciación.

### **2.1.3 Pronóstico**

El periodo involutivo puede caracterizarse por la hipocondría, ya que en esta etapa la vida cambia de perspectiva psicológica, se entorpecen los procesos fisiológicos y la seguridad psicobiológica comienza a fallar. Pero si la hipocondría es simbólica o no tiene relación con el estado de ánimo, como sucede en la esquizofrenia, la hipocondría indica un trastorno grave, (DSM -IV, 1994).

## **2.2. DEPRESIÓN**

### **2.2.1. Psicopatología y Psicodinamia**

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañada de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas. Las tendencias autodestructivas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida. Los síntomas depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos aumentados por la preocupación hipocondríaca.

### 2.2.2. Diagnóstico Diferencial

La depresión constituye por otro lado una de las dos fases de la psicosis maniaco depresiva. En nuestros días se sabe que muchos pacientes pueden presentar sólo reacciones depresivas recurrentes, sin fases de exaltación, unos cuantos muestran alternancia entre los dos afectos. Por lo tanto estos trastornos se clasifican en la nomenclatura como reacción maniaco depresiva de tipo depresivo. Sin embargo, los estudios genéticos, clínicos y terapéuticos recientes han puesto en tela de juicio la clasificación gnoseológica actual del enfermo maniaco depresivo como una sola entidad. Y sugieren la necesidad de distinguir los estados bipolares (pacientes que muestran las dos fases), de los unipolares, (pacientes que muestran sólo depresiones recurrentes). Se ha publicado que la enfermedad bipolar se encuentra aparentemente sólo en los descendientes de familias con antecedentes previos.

Por lo tanto, hay que diferenciar si se trata de un paciente puramente depresivo o de un enfermo maniaco depresivo, es indispensable antes que nada distinguir qué tipo de trastorno afectivo estamos tratando. Cabe mencionar que es de suma importancia señalar que en el proceso del desarrollo adolescente se han descrito en la literatura episodios de depresión que son inherentes a este. El instrumento utilizado en este estudio puede ayudar ostensiblemente con su escala de depresión y algunas combinaciones de perfiles, si estamos ante una depresión que podría considerarse dentro de los límites normales o si existen indicadores de que deberíamos sondear más profundamente en esta área para hacer un diagnóstico más fino que nos permita establecer un pronóstico de una posible depresión o la posibilidad de desarrollarla a futuro.

### 2.2.3. Pronóstico

Por lo general, el pronóstico de un sólo episodio afectivo suele ser benigno, sin embargo no son raras las recurrencias. El pronóstico para la enfermedad a lo largo del tiempo también es favorable. En publicaciones recientes se ha confirmado que solo una quinta parte de los pacientes no se recuperan por completo y menos de una décima se vuelven enfermos crónicos. Otro aspecto importante es que incluso los episodios repetidos habitualmente dejen intacta la mente en sus aspectos intelectuales, afectivos y conativos, y no van seguidos de una desorganización de la personalidad.

---

## 2.3. HISTERIA

### 2.3.1. Psicopatología y Psicodinamia

El término histeria es uno de los más antiguos en la literatura psiquiátrica; no obstante sigue existiendo confusión y desacuerdo acerca de la definición y utilidad del concepto. Por ejemplo, términos como histeria de ansiedad, histeria de conversión, carácter histérico, histeroide, reacción disociativa y psicosis histérica, se han utilizado para describir estados que pueden ser semejantes, muy diferentes o coincidentes en parte. En general, el uso se sirve del término histérico para describir exhibiciones emocionales no controladas. Sin embargo, aunque semejantes reacciones puedan constituir efectivamente una manifestación de psicopatología histérica, estas reacciones se producen también en otras situaciones.

En términos generales existen dos tipos de reacciones histéricas: las reacciones disociativas y las reacciones de conversión. En las reacciones disociativas la angustia abruma y desorganiza la personalidad a tal grado que algunos aspectos de la misma se disocian entre sí, llegando incluso a veces, los mecanismos de defensa, a gobernar la conciencia y la memoria, (DSM IV., 1994).

Una de las más frecuentes reacciones disociativas defensivas provocada por la angustia es la amnesia, proceso activo en el que se borra totalmente la percepción de rasgos desagradables, los cuales implican terror intenso, como en la guerra, o periodos en que la conducta se asocia a sentimientos de vergüenza, culpa u otros intensamente afectivos. Aunque la mayoría de las amnesias disociativas son de corta duración, en ocasiones borran por completo periodos largos o toda la vida previa del paciente.

En algunos casos hay pérdida de la identidad personal. En la fuga, el paciente solo se permite actos que solo eran fantasía y que están en conflicto con el Superyo. La función de la fuga es permitir que se lleven a cabo estos actos, el enfermo intenta proteger a su Superyo y saca a relucir su mecanismo de defensa, olvidando su nombre e historia pasada. En otros casos no hay pérdida, sino un cambio en la identidad personal en donde el paciente adopta un nombre falso, y una vez terminada la fuga, el enfermo puede tener una amnesia total respecto a su jornada a menos que se restituya la memoria por medio de hipnosis u otros medios psíquicos.

En el segundo tipo de reacciones histéricas, las reacciones de conversión, la angustia, en lugar de experimentarse conscientemente, ya sea en forma difusa como en las reacciones de angustia, o en forma desplazada como en las fobias, se convierte en síntomas funcionales que afectan órganos inervados por el sistema nervioso sensorio-motor. Dichos síntomas sirven para disminuir o evitar cualquier angustia consciente y palpable, y suelen simbolizar el conflicto mental primario que produjo dicha angustia. Habitualmente satisfacen una necesidad del paciente y; por lo tanto, no solo sirven como defensa contra la angustia sino que proporcionan también una ventaja secundaria. Los rasgos de carácter histérico, podrían ser:

Autodramatización

Egocentrismo

Emocionalidad

Problemas sexuales y maritales

Seductividad

Síntomas somáticos

Dependencia y desamparo

Mecanismo de defensa

Carácter desordenado

En su frustración y depresión se retrae en fantasías románticas, lo que la conduce a menudo al temor de infidelidad impulsiva, la cual si se llega a presentar, se viene a complicar todavía más su vida, con sentimientos de culpabilidad y depresión. Sin embargo, se desarrollan falta de satisfacción madura, sentimientos de soledad y depresión, como resultado de la inhibición del paciente. Asimismo, los rasgos de carácter y síntomas histéricos, proporcionan más ganancias secundarias que la mayoría de los otros patrones defensivos. Los mecanismos de defensa que desarrolla el paciente histérico son:

La represión

Somatización y conversión

El soñar despierto y la fantasía

---

- Regresión
- La emocionalidad intensa
- Negativa
- Aislamiento
- La identificación
- La Externalización

Es importante considerar que los adolescentes a veces presentan rasgos histéricos como parte de su desarrollo normal y este inventario con su escala de histeria nos permite establecer parámetros confiables para tomar en cuenta la necesidad de hacer un diagnóstico más fino que nos conduzca a una buena apreciación diagnóstica de los síntomas.

### 2.3.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

El DSM-IV, (1994), establece que en la actualidad todos aceptan que la histeria de conversión y las reacciones disociativas, son de origen psicógeno. La principal influencia que ayudó a establecer este punto de vista se encuentra en las contribuciones freudianas. Según Freud, (1958), aunque el individuo no permita la expresión franca de un deseo u otro tipo de material reprimido, éste se expresa en forma disfrazada por medio del mecanismo de conversión, que transforma el conflicto psíquico en un síntoma físico o mental. Freud, (Op. Cit.) explicó que los síntomas histéricos se deben a un conflicto entre el Superyó y un deseo que, debido a su naturaleza conscientemente objetable, es reprimido por el mismo Superyo.

Los patrones de desarrollo de los pacientes histéricos son menos consistentes que los del paciente obsesivo. Un rasgo común es, el que el paciente haya ocupado una posición especial en la familia, tal como la de ser el niño más joven. Se describen con frecuencia enfermedades físicas que condujeron a un tratamiento de atención especial, y a menudo, fue otro miembro de la familia el que padeció de mala salud, ofreciendo al paciente la oportunidad de observar el privilegio concedido a los enfermos, (Ey, Bernard y Bisset, 1965).

La histérica, podrá emular a su madre durante la niñez, pero en la adolescencia temprana, la relación entre ambas se caracteriza por la pugna abierta. En dicho momento no quiere o admira tanto a su madre como a su padre y esto favorece también la identificación con los hombres. Entre los 13 y los 20 años, la histérica femenina tiene pocas relaciones con otras muchachas, especialmente con muchachas atractivas. Es demasiado celosa y competitiva con ellas. No se siente cómoda con su femineidad en desarrollo y teme las complicaciones sexuales. Por consiguiente, podrá ocurrir que solo tenga relaciones platónicas con muchachos. A medida que avanza a través de la adolescencia, la histérica desplaza su atención hacia los hombres, pero los sobrevalora, y elige a hombres que en alguna forma son inaccesibles, lo cual le causa disgusto, frustración y desilusión, reaccionando con depresión y ansiedad.

En el caso del varón, la situación es algo distinta, ya que el problema se complica a menudo con homosexualidad manifiesta. En estos casos, se da una fuerte identificación con la madre, que manifiestamente fue en la familia el elemento agresor. El padre expresaba a menudo su propia agresión inhibida, mostrándose demasiado crítico y dominador con su hijo. En ocasiones el padre estaba ausente del hogar o se desinteresaba de su hijo, o tal vez era excesivamente competitivo con éste. En ambos casos, el muchacho teme la castración como represalia de sus impulsos edipales. Y siendo incapaz de renunciar a su apego con la madre, ha de reprimir todos los deseos sexuales de mujeres.

Así tenemos que, la falta de una vigorosa figura de padres, con quién poder identificarse, conduce a un desarrollo deficiente del Superyo y a un ideal inapropiado del Yo. Cuando esta constelación de factores se prosigue en la adolescencia, el paciente desarrolla predisposición para la perversión sexual.

En su busca de cariño y afecto paternos, el muchacho adopta técnicas utilizadas por su madre para conseguir la atención y el afecto de los hombres. Mientras mayores sean la debilidad, el desinterés o la ausencia del padre, mayor será la manifestación de afeminada del muchacho.

### 2.3.3. Diagnóstico Diferencial

La histeria suele compartir a menudo rasgos de otras reacciones neuróticas, aparte de éstas, debe hacerse un diagnóstico diferencial entre la histeria y los trastornos orgánicos, la simulación, la esquizofrenia y las reacciones psicofisiológicas.

Muchas personas confunden entre una reacción de conversión y una simulación. Las discrepancias, las contradicciones y exageraciones de los síntomas, son más frecuentes en la simulación; por otra parte, el simulador habitualmente expresa una gran preocupación por sus síntomas. El uso de pruebas psicológicas apropiadas como el MMPI, tal vez revele que el enfermo tiende a mentir y simular. A diferencia del simulador, el histérico de conversión grave, manifiesta poco interés por sus molestias. La diferencia entre la simulación y la histeria de conversión, radica principalmente en el grado relativo en el cual la conciencia participa en la reacción. En la simulación hay un sutil entrelazamiento de factores conscientes e inconscientes.

Como en la esquizofrenia puede haber reacciones muy parecidas a la histeria, el diagnóstico no siempre es fácil. En ésta suele existir un afecto dominante, no hay incongruencia en los síntomas, ni alteración en las asociaciones, hay una mayor respuesta ante cualquier reacción emocional de la enfermera o cualquier familiar, y no hay deterioro en la forma habitual de vestirse ni en la limpieza. Existe un deseo aparente de ser el centro de atención, y habitualmente se encontrará que los padres o los compañeros del enfermo se han acostumbrado a mostrar una reacción emocional exagerada y cariñosa ante cualquier padecimiento que muestre el paciente.

### 2.3.4. Pronóstico

El grado en el cual pueden eliminarse los mecanismos de conversión, depende en gran parte, del grado hasta donde las evasiones se volvieron habituales durante los primeros años de vida, y de la madurez e independencia que ha alcanzado el patrón de la personalidad. El pronóstico depende también de la fuerza o debilidad con que reaccione el enfermo ante las demandas ambientales y ante otras causas de estrés que tiene que afrontar.

---

Si el paciente ha mostrado una limitada capacidad de adaptarse a la sociedad, si ha tenido el hábito de manejar las dificultades pequeñas con métodos evasivos, o si ha llevado una existencia sin rumbo u objetivos, es probable que siga utilizando la conversión como defensa. Pero, si el paciente se encontraba bien adaptado y el estrés provocó la reacción de conversión, el pronóstico es favorable. El paciente infantil y egocéntrico que cada vez se vuelve más dependiente de sus síntomas conversivos, tienen un mal pronóstico.

En general, el pronóstico es mejor cuando la histeria es monosintomática y aparece en la edad adulta, la perspectiva empeora cuando el trastorno aparece en la adolescencia, (DSM-IV, 1994).

## 2.4. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA

### 2.4.1. Psicopatología y Psicodinamia

El término de desviación psicopática se refiere a los individuos que son antisociales en forma crónica y no son capaces de formar ligas importantes o tener lealtad hacia otras personas. Son por lo tanto, personas insensibles que se dan a los placeres inmediatos, carecen de un sentido de responsabilidad y, a pesar de humillaciones y castigos repetidos, no aprenden a modificar su conducta. Carecen de juicio social, y sin embargo, a menudo son capaces de elaborar racionalizaciones verbales que suelen convencerlos de que sus acciones son razonables y justificadas. El defecto esencial en la estructura del carácter radica en que no se desarrolló un Superyo que concuerde con las normas sociales, ni tampoco se desarrollaron ideales Yoicos.

Muchos psicópatas aunque no son intelectualmente deficientes, lo parecen desde el punto de vista emocional. Sus sentimientos carecen por lo tanto de sutilezas y delicadezas. El psicópata típico no siente cariño hacia nadie, es egoísta, desagradecido, narcisista y exhibicionista, es egocéntrico, exige mucho y da poco. Muestra pocos sentimientos de angustia, culpa o remordimiento. Carece de un objetivo definido, y su habitual estado de inquietud tal vez se deba a que busca lo inalcanzable. Algunos signos son:

Son deficientes en el trabajo

Embotamiento moral y ético

Actitud rebelde hacia la autoridad y la sociedad

Delitos sexuales

Las pruebas psicométricas suelen revelar una capacidad intelectual normal o superior en estos individuos.

El individuo psicópata no desarrolla control sobre la expresión de sus necesidades básicas

El hecho de no desarrollar funciones del Yo maduro, tiene que ver con relaciones de objeto inadecuadas o patológicas en la vida temprana.

#### 2.4.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

El individuo que en el futuro desarrollará una personalidad antisocial, a menudo proviene de un hogar donde los padres no deseaban su nacimiento, no es raro que sea hijo ilegítimo. Incluso cuando los padres del futuro psicópata se casen, su relación habitualmente termina en abandono o divorcio. Por lo tanto, a menudo el niño pasa de un hogar a otro, o bien lo internan en una institución. Si permanece con los padres se ve expuesto a la violencia, insultos y escenas sexuales que ocurren entre ellos. En este tipo de familia, para el niño no se establecen con claridad objetivos de autoridad, y las reglas que se dictan nunca se basan en afecto mutuo, ternura y confianza.

Algunos de estos niños son hipersensibles, tercos y presentan berrinches con gran frecuencia, lo habitual es que estos psicópatas preadolescentes roben, se escapen de sus hogares, sean destructivos, pendencieros, mentirosos y desvergonzados. En ocasiones muestran rebeldía o antagonismo franco hacia el progenitor dominante. Se resisten a adoptar los ideales y costumbres de la familia y tiende a desenvolverse en un nivel social inferior.

Jonson y Szurek, (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1975), han encontrado que el más importante de los progenitores, que habitualmente es la madre, inconscientemente ha

fomentado la conducta antisocial y amoral en el niño. Aunque verbalmente el progenitor repudia dicha conducta ante el niño y ante otras personas, la acepta inconscientemente.

La desconfianza del individuo psicopático hacia los demás empieza muy tempranamente en la vida. En efecto, las experiencias tempranas con los progenitores o demás miembros de la familia, podrán conducir al sentimiento de que no se puede confiar en nadie y que la seguridad ha de obtenerse de alguna otra fuente, distinta de aquella de la relación humana íntima.

La grave patología del Yo que resulta en estos primeros años de vida se complica más todavía en la etapa del desarrollo de la conciencia del Superyo. La capacidad del Yo para madurar a través de identificación con objetos importantes, no se desarrolla; y se puede decir que es en la adolescencia cuando se presentan las conductas antisociales del individuo, si bien no se podría hablar de desviación psicopática, en esta etapa del proceso del desarrollo humano, propiamente si se pueden pronosticar, a partir de estos rasgos la posibilidad de desarrollar dicha psicopatología posteriormente. Desde ahí el MMPI-A. Nos ofrece con su escala de conductas antisociales y la de desviación psicopática una buena alternativa que nos indicaría la necesidad de profundizar en el diagnóstico del adolescente.

### 2.4.3. Diagnóstico Diferencial

No hay que considerar a todos los criminales y delincuentes como casos de personalidad psicopática, incluso se trata de individuos que han delinquido en forma repetida. La estructura de la personalidad y sus antecedentes en la historia constitucional y psicogenética de dichos criminales, difieren de los datos que se encuentran en el pasado. Las personas de los grupos criminales difieren del psicópata, en la estructura de su personalidad.

Las técnicas psicológicas proyectivas, en ocasiones proporcionan información importante acerca de la estructura de la personalidad y de la psicopatología subyacente en estos individuos. Las escalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota también revelan información muy importante para ayudar al profesional de la salud.

---

#### 2.4.4. Pronóstico

Se ha tenido la impresión de que conforme pasan los años, los individuos con trastornos antisociales maduran poco a poco y participan menos en actos criminales o de otro tipo destructivo, conforme se hacen viejos. Lo anterior se cree, basado en investigaciones hechas al respecto, Por ejemplo, Maddock, (en Goldman, 1989), descubrió que la frecuencia de condenas penales disminuye conforme envejece el psicópata, sin embargo, más o menos, tres de cada cinco no establecen una adaptación satisfactoria en sus años posteriores. Este autor sugiere que, aunque estos individuos vayan menos a la cárcel conforme se hacen viejos, muchos entran en el sistema de cuidados médicos gratuitos, lo cual revela que su desajuste continúa, (DSM-IV, 1994).

### 2.5. PARANOIA

#### 2.5.1. Psicopatología y Psicodinamia

La paranoia es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso que se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, el habla y las reacciones emocionales y de conducta no se alteran, excepto por la influencia que sobre ellas ejercen las creencias delirantes, que se vuelven el motivo predominante y guía de la vida del enfermo, y puede por lo tanto, alterar la prudencia y el juicio. La etimología del nombre que se da a los trastornos mentales de este tipo, indica que el síntoma más conspicuo en estos enfermos se encuentra en el campo del pensamiento. El síntoma inicial de la paranoia son las ideas delirantes que en ocasiones se originan en un hecho real.

La dotación intelectual del paranoide puede permanecer sin alteraciones y su juicio puede ser defectuoso sólo en relación con su sistema de creencias anormales. Las ideas que predominan son de persecución o de grandiosidad. Conforme se desarrollan los giros persecutorios, el paciente atribuye motivos hostiles o agresivos a otras personas, y se vuelve cada vez más reservado.

El paciente, en su esfuerzo por controlar dichos sentimientos hostiles (en los cuales suelen encontrarse el origen de la reacción paranoide), los proyecta y experimenta como si otras personas dirigieran tales impulsos contra él.

El estado de ánimo de muchos paranoicos es de mal humor prolongado. Aparecen ideas de referencia: Existe un significado escondido en todo lo que sucede en torno al enfermo, el paciente se imagina desaires y afrentas, adjudica un profundo significado a los detalles triviales de la conducta de otras personas. Los rasgos de carácter principales del individuo paranoico son:

- Susplicacia
- Resentimiento crónico
- Justicia y normas
- Grandiosidad
- Vergüenza
- Envidia y celos
- Depresión y masoquismo

Delirios tales como:

- Delirio de persecución
- Delirio de grandeza
- Delirio de ser amado
- Delirio somático
- Delirio de celos.

## 2.5.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

Parece haber hechos convincentes que demuestran que las causas de la paranoia y de los estados paranoides son principalmente psicológicas. Entre éstas están los anhelos ambiciosos pero frustrados, el hecho de que la personalidad sienta necesidad de defenderse contra tendencias indeseables e impulsos repudiados:

Los sentimientos de inseguridad, de culpa u otros factores angustiantes

El fracaso continuo al no lograr objetivos sobrevalorados o la necesidad de aumentar el propio prestigio y la autoestimación.

Un gran número de casos muestran que el paranoico proviene de una familia que ha sido autoritaria, áspera y cruel en grado excesivo. Generalmente la persona paranoide experimenta dificultad de establecer una relación cordial y de confianza con su madre. Al percibir a su madre como rechazante, el futuro paranoide se vuelve hacia el padre como sustitutivo. En el varón esto conduce a temores de deseos homosexuales pasivos; en la niña surgen temores de complicación sexual al volver hacia el padre para el afecto que no está en condiciones de obtener de la madre, lo que causa una regresión a afectos homosexuales anteriores. El temor de la muchacha de ataque por parte de la madre se ve intensificado, desarrolla un temor secundario de ataque por parte de los hombres, ya que sus deseos incestuosos son desviados por medio de proyección.

Aunque los síntomas obsesivos, fóbicos, depresivos e histéricos son corrientes en la niñez y en la preadolescencia, los síntomas paranoides son poco usuales antes de mediados de la adolescencia. Y es en este estadio de la adolescencia tardía donde el MMPI-A puede servir para detectar rasgos que podrían desembocar en un proceso paranoide en la adultez.

La conducta paranoide es en gran parte aprendida y se basa en las actitudes de los padres. En la personalidad paranoide encontramos una exageración en la tendencia común a atribuir la responsabilidad a otras personas, a repudiar los aspectos de la propia personalidad que no concuerdan con los estándares que él mismo se ha fijado, a obtener satisfacción por medio de tendencias compensadoras, a mantener la autoestima elaborando

---

para los propios fracasos explicaciones emocionalmente satisfactorias, pero irracionales, y atribuir a los demás motivos hostiles y agresivos.

Las causas de la paranoia por lo tanto deben buscarse en la necesidad de proteger los aspectos particularmente vulnerables de la personalidad, en el anhelo de lograr un prestigio mayor del que ameritan los éxitos del paciente, en los conflictos mentales particulares del individuo, en las frustraciones, en los medios imprecisos y en la necesidad de aliviar (culpando a otros) la propia angustia debida a sentimientos de culpa.

### 2.5.3. Diagnóstico Diferencial

Con frecuencia es difícil determinar si una persona sufre de paranoia o de personalidad paranoide no psicótica. Puede diagnosticarse personalidad paranoide cuando la conducta del individuo está gobernada por la realidad (lo cual indica un estrecho contacto con la misma), cuando la persona no ha sufrido empobrecimiento del afecto o de la personalidad ni tiene alucinaciones, pero constantemente emplea la proyección y otras medidas defensivas. Pero si la reacción exagerada se prolonga, si las creencias a través de las cuales se manifiesta no pueden corregirse, si dichas carencias revelan una falta de lógica, y especialmente si tienden a propagarse y a revelar que las fuerzas afectivas y conativas se mantienen y poseen una gran energía, la reacción debe considerarse como de tipo psicótico.

### 2.5.4. Pronóstico

Es dudoso que un caso clásico de este padecimiento llegue a recuperarse. En los casos de la serie paranoide que más se acercan a la esquizofrenia paranoide, rara vez se presenta una remisión, y aún en el caso de que ocurra, el pronóstico es malo.

En el verdadero padecimiento hay poca o ninguna desorganización general de la personalidad, y la conducta del paciente suele permanecer dentro de los límites que la sociedad tolera. Y esto es lo que hace que una gran proporción de tales casos no se interne en un hospital para enfermos mentales, (DSM-IV, 1994).

## 2.6. PSICASTENIA O REACCIÓN FÓBICA

### 2.6.1. Psicopatología y Psicodinamia

Una fobia es una reacción defensiva en la cual el paciente, es un intento de manejar su angustia, la desliga de una idea, objeto, o situación específica de su vida cotidiana, y la desplaza en forma de un miedo neurótico específico hacia una idea, objeto o situación asociados a la primera idea. Aunque el enfermo reconoce conscientemente que no existe un peligro real, si se expone al objeto o situación simbólico y específicos que la estimulan, no puede evitar una intensa sensación de miedo. Dicha aprensión, aflictiva en grado extremo, en realidad se deriva de otras fuentes que el enfermo no percibe. Por medio de los mecanismos de desplazamiento y simbolización, el paciente logra una defensa contra la angustia que surge de la fuente que él no reconoce, (DSM-IV, 1994). Si se expone a la situación específica que provoca su miedo, el fóbico puede experimentar:

- Desmayo
- Náuseas
- Fatiga
- Transpiración
- Palpitaciones
- Temblor

Es posible que el paciente no pueda continuar con el trabajo que está desempeñando y sea presa del pánico. Si evita el objeto o la situación fóbica, puede controlar su angustia, pero al llevar a cabo una actividad fóbica, para él significaría inconscientemente, desempeñar la actividad prohibida que provoca la angustia que tanto teme. El paciente también se castiga constantemente por sus impulsos y tendencias inconscientes, a través de las penosas restricciones y los sufrimientos que su fobia le impone. El individuo fóbico se caracteriza por su empleo de la evitación como un medio primario de resolver sus problemas. Su vida mental se centra en miedos de carácter irreal y angustiosos como por ejemplo:

- Espacios abiertos
- Alturas o lugares cerrados

---

Con frecuencia, los síntomas fóbicos progresan y se extienden de una situación a otra. Una mujer que al principio teme a los autobuses, siente miedo luego de cruzar las calles, y acaba no atreviéndose a salir de su casa, (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975). Los mecanismos de defensa de que hace uso el fóbico son:

Desplazamiento y simbolización

Proyección

Evitación

### 2.6.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

Según Goldman, (1989), el individuo fóbico aprende de niño, que el mundo es un lugar de miedo e imprevisible. Sus padres reforzarán este punto de vista, ya sea mediante su timidez o sus ataques explosivos y violentos. En algunas familias la madre es algo fóbica ella misma y el padre es imprevisiblemente irritable y colérico.

Para Freedman, Kaplan y Sadock, (1975), la persona fóbica sobrestima tanto los peligros del mundo exterior como el emocional interior de la ansiedad. Los temores de los peligros exteriores se ha aprendido a menudo de los padres. El miedo exagerado de ansiedad se relaciona con la incapacidad de la madre para percibir el estado emocional del niño y por consiguiente protección defensiva exagerada.

La combinación de poca confianza en sí mismo, y poca tolerancia en relación con la ansiedad, un modo dependiente de adaptación, una tendencia al pensamiento mágico, exposición temprana a modelos que utilizan defensas fóbicas y el empleo de síntomas y sufrimientos como medio de tratar con las autoridades, todo esto conduce al desarrollo del carácter fóbico, (Ey, Bernard y Bisset, 1965).

### 2.6.3. Diagnóstico Diferencial

En términos de diagnóstico diferencial, las fobias pueden aparecer junto con muchos otros síntomas psiquiátricos y se distinguen de los pensamientos obsesivos por el afecto que a ellas se asocia. Con las fobias el afecto es angustia y culpa obsesiva. La mayoría de los adultos sufren de miedos menores de naturaleza emocional, que de manera transitoria dificultan, pero no distorsionan su funcionamiento social. Según Marks, (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1975), las fobias de los adultos se pueden clasificar en:

Las que se relacionan con situaciones externas, de las cuales el síndrome agorafóbico es el más común y perturbador

Las que se relacionan con situaciones internas asociadas a cáncer, padecimientos cardíacos, enfermedades venéreas y temores semejantes que con gran frecuencia tienen un carácter obsesivo y se descubren en los estados neuróticos hipocondríacos; así como síntomas de esquizofrenia incipiente.

Las fobias a los animales habitualmente son miedos monosintomáticos raros, que comienzan en la niñez, antes de los ocho años de edad. Marks, (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1975), afirma que los pacientes con estas fobias se condicionan en forma diferente a como lo hacen los fóbicos adultos. Las fobias a los animales suelen responder bien a las técnicas conductistas de desensibilización, lo cual contrasta con lo que sucede en el síndrome agorafóbico de los adultos, (DSM-IV, 1994).

Es en la niñez y en la adolescencia donde se perciben rasgos fóbicos en los individuos. Dada esta instancia, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota puede ser un instrumento idóneo para dar parámetros que nos conduzcan a la necesidad de establecer un diagnóstico más preciso de este.

---

## 2.7. REACCIÓN OBSESIVO-COMPULSIVA

### 2.7.1. Psicopatología y Psicodinamia

El individuo obsesivo está envuelto en un conflicto entre obediencia y desafío. Esto conduce a una alteración constante entre las emociones de miedo e ira, esto es: Miedo de que se le ataque en su mala conducta y se le castigue por ella, e ira por el hecho de abandonar sus deseos y someterse a la autoridad. Este conflicto tiene su origen en las experiencias de la niñez y, por consiguiente, se expresa en términos infantiles. En la reacción obsesivo-compulsiva, la angustia del enfermo se controla de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. El enfermo reconoce que sus actos son irracionales pero no puede dejar de hacerlos. La ideación obsesiva puede relacionarse con diversos temas. No es raro que el enfermo tenga que luchar contra pensamientos que son repugnantes para su moral consciente y para sus sentimientos estéticos. Los pensamientos inoportunos persistentes pueden ser incluso a veces insustanciales y absurdos. Mientras mayor es el esfuerzo para disipar los pensamientos obsesivos con mayor terquedad retornan. Estos pensamientos, por regla general, nunca llevan a la práctica los pensamientos recurrentes que sugieren un acto inmoral o violento, sin embargo, pueden volverse muy aprensivos por miedo a que esto suceda. Entre los tipos de compulsión obsesiva se encuentran:

Folie du Doute

Actos compulsivos: Habitualmente el paciente experimenta en forma consciente cierto rechazo y resistencia a ejecutar su acto defensivo y compulsivo

Fóbicos y compulsivos.

### 2.7.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

Se cree que, psicogenéticamente el origen de la conducta obsesivo-compulsiva radica en la lucha inicial que el niño experimenta al crecer, entre sus impulsos coercitivos hacia el logro de una omnipotente seguridad en sí mismo, y la necesidad de adaptarse a las exigencias de sus padres, y así conservar el amor y respeto que le tiene. El conflicto se inicia cuando se empieza a enseñar al niño a controlar sus esfínteres. A menudo, estos individuos crecen bajo el influjo de una madre rígida y compulsiva, que de manera insistente exige a su hijo que se doblegue ante sus deseos, y lo amenaza con no darle amor y con diversas formas de castigo, si el niño no se comporta en una forma apropiada. El niño se ve expuesto entonces a accesos repetidos de rabia, cada vez que la madre insiste de nuevo en que hay que ser limpio y seguir las reglas, no obstante, dicha rabia tiene que ser reprimida para conservar la relación con el progenitor. Desde muy temprano el niño aprende a considerar como tabú sus pensamientos subyacentes de venganza hostil, y piensa por lo tanto, que dichos pensamientos merecen castigo y requieren penitencia.

### 2.7.3. Diagnóstico Diferencial

En ocasiones es extremadamente difícil hacer el diagnóstico diferencial entre el comienzo de la esquizofrenia y las reacciones obsesivo compulsivas. El pensamiento obsesivo del psiconeurótico puede ser semejante al material subjetivo que rumia el esquizofrénico, mientras que el ritual compulsivo del primero puede sugerir los amaneramientos del segundo. Los simbolismos que se observan en los actos compulsivos del individuo neurótico y la naturaleza substitutiva de las fobias, tienen un gran parecido y una relación estrecha con los símbolos que se observan en la esquizofrenia. Con frecuencia sucede que aquello que se interpretó con el estado de tensión obsesiva y rumiativa de un neurótico, subsecuentemente se vuelve una esquizofrenia obvia, casi siempre de tipo paranoide. El neurótico compulsivo nunca pierde la capacidad de distinguir entre las experiencias subjetivas y la realidad, como sucede en la esquizofrenia.

---

Finalmente, como señala Bleuler, (en DSM IV, 1994), el neurótico compulsivo lucha contra su obsesión, mientras que el enfermo que presenta ideas delirantes lucha por defender y hacer una demostración de su idea, como es el caso del enfermo con paranoia.

A veces las depresiones genuinas de la reacción maniaco-depresiva pueden acompañarse de ideas obsesivas. Para diferenciar tales casos de los estados compulsivos, hay que investigar qué fue lo que apareció primero, si la depresión o las ideas obsesivas, (DSM-IV, 1994).

#### 2.7.4. Pronóstico

Cuando el estado obsesivo-compulsivo se inicia en la niñez o en los primeros años de la edad adulta, la evolución habitualmente es crónica pero variable, muchos pacientes sufren episodios de gravedad, aunque son capaces de adaptarse socialmente. Esta reacción no aumenta el riesgo de suicidio, homicidio o la adicción a drogas de cualquier tipo, ni tampoco prolonga la hospitalización psiquiátrica. Las necesidades compulsivas del paciente con frecuencia intervienen mucho en su comodidad y en su eficiencia. En los casos extremos la constante preocupación de llevar a cabo sus rituales protectores le hace imposible convivir con otros.

Algunos psiquiatras definen las reacciones obsesivas como estados intermedios entre la neurosis y las psicosis. Los estados obsesivo-compulsivos del niño suelen desaparecer con el tiempo, pero es necesario no darles importancia en presencia del niño. Tales compulsiones surgen de la angustia infantil que a menudo se conecta con una sola cosa. El pronóstico es mucho más grave si la reacción aparece durante la adolescencia o en el adulto joven. Y es aquí donde el MMPI-A nos ayuda a establecer un parámetro de medición psicométrica de rasgos que nos podría ayudar a establecer un diagnóstico futuro.

## 2.8. ESQUIZOFRENIA

### 2.8.1. Psicopatología y Psicodinamia

El síndrome de esquizofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinámica, su etiología y su curso clínico. Dos pacientes diagnosticados ambos como esquizofrénicos pueden parecer totalmente distintos. Esta variabilidad ha conducido a la comprensión de la esquizofrenia, no como una sola entidad, sino como un grupo de entidades clínicas. El paciente esquizofrénico padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. La dificultad más aparente puede comprender patrones de conducta y relaciones interpersonales manifiestos, procesos mentales subjetivos regulación fisiológica. Algunos de estos se manifiestan en diferentes áreas como pueden ser las siguientes:

Trastornos del afecto

Trastorno del pensamiento

Trastornos de la conducta

Trastornos en relaciones interpersonales

Síntomas secundarios

Problemas de identidad personal

Dependencia

### 2.8.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

El hecho de que la personalidad se desarrolle en forma adecuada o inadecuada, depende de una dotación genética y constitucional de cada individuo. Sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones maternas y más tarde las transacciones familiares, que dinámicamente producen el desenvolvimiento de diversas funciones Yoicas y Superyoicas, y van formando el Ideal del Yo de cada individuo.

Conforme se desarrolla la personalidad y pasa el tiempo, se tiene que hacer frente a oportunidades y causas de seres sociales que actúan sobre el individuo que crece, y

---

---

pueden servir para precipitar un trastorno, incluso de tipo esquizofrénico. Algunos de los que se podrían mencionar son:

El factor genético

La transición familiar.

La teoría psicoanalítica sostiene que en el esquizofrénico, los primeros lazos en la relación entre la madre y el lactante deben haber sido diferentes, puesto que la patología del enfermo adulto sugiere un aislamiento regresivo hacia conducta emocional infantil que se revela en el comportamiento omnipotente, en las reacciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad. Según Burnham, (en Ey, Bernard y Bisset, 1965), la consecuencia de la falta de constancia inicial en los cuidados maternos, puede alterar la capacidad del niño para mantener la representación estable de la persona a quien él necesita cuando se ausenta. El niño intensifica su necesidad de la presencia de la madre y siente miedo de perderla. Así, el esquizofrénico desarrolla una vulnerabilidad especial a la separación, la cual se vuelve el factor crucial para poder establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. La timidez infantil, la vida posterior de encierro y la limitación de amistades, son característica del preesquizofrénico y quizás tiene su origen en la búsqueda de seguridad que hace que el niño se aferre a la madre durante los primeros años y en el miedo a perder relaciones. Es poco probable que los trastornos de los primeros procesos de los cuidados maternos, por sí solo sean capaces de explicar toda la gama de la psicopatología esquizofrénica, como por ejemplo:

La alteración en el sentido de la identidad que a menudo se asocia a una confusión en el papel sexual

El uso de procesos primitivos de pensamiento y comunicación

La falta de habilidad para discriminar fantasías de la realidad

Los defectos que impiden establecer y mantener relaciones de objeto interpersonal.

Es más lógico pensar que estas fallas en el desarrollo, se deben a diferencias que aparecen en etapas posteriores de la vida o a distorsiones en el proceso del desarrollo de la personalidad. En diversos estudios de la dinámica familiar en los últimos diez años, se han encontrado con frecuencia significativa, que los pacientes esquizofrénicos han pasado su

---

niñez en el seno de grupos familiares gravemente anormales, en los cuales ambos progenitores dieron signos de trastorno en su personalidad. Estos grupos familiares carecen de integración y se relacionan entre sí a través del conflicto en el cual uno de los progenitores se opone al otro, desprecia y desafía los deseos de su cónyuge y se esfuerza por ganar a los niños a su lado. Así la cantidad cada vez mayor de negación y represión de su propia rabia interiorizada, con el tiempo produce la quiebra, con aislamiento psicótico o actos impulsivos sexuales o actos agresivos asesinos.

### 2.8.3. Pronóstico

Aunque el principio de la desorganización esquizofrénica obvia, a menudo ocurre en forma súbita, si se examina con cuidado la historia del desarrollo del paciente, se encontrará que ha habido signos de alteración en la personalidad desde varios años atrás.

En algunos casos la evolución es progresiva en forma continua, en otros es intermitente. De los pacientes confinados que mejoran lo suficiente para ser dados de alta, cerca del 80% abandonan el hospital en el primer año de tratamiento. Las probabilidades de recuperación disminuyen con cada año que se prolonga la hospitalización continua. A grandes rasgos, más o menos una tercera parte de los pacientes que se hospitalizan, durante el primer año de su enfermedad, logra una recuperación bastante completa, otra tercera parte mejora y están capacitados para reincorporarse a la vida exterior, pero su personalidad sigue dañada y es posible que tenga que reingresar periódicamente al hospital; y la tercera parte restante requiere trabajo hospitalario indefinido.

La edad en que se inicia el padecimiento no tiene importancia para el pronóstico, excepto en los casos de edad relativamente mayor, que tiene un pronóstico menos favorable.

El pronóstico mejora mientras mejor adaptada haya estado la personalidad prepresicótica del paciente, mientras mayor haya sido su costumbre de encarar directamente y confiadamente los problemas y dificultades de la vida, más variados hayan sido sus intereses, más definida haya sido la situación externa que precipitó la psicosis y más rápido haya sido el principio.

---

La presencia de factores ciclotímicos en los antecedentes de la personalidad, hace el pronóstico más favorable. La presencia de alucinaciones, una vez que ha cedido la tensión emocional inicial, no es un indicio favorable. Si la psicosis ha estado presente durante un año, sin signos definidos de mejoría, difícilmente puede esperarse un desenlace favorable.

También nos refiere la literatura que este padecimiento puede manifestarse durante el desarrollo adolescente por lo que el instrumento objeto de estudio, con su escala de esquizofrenia, nos ofrece una alternativa, que junto con otros instrumentos nos puede dar parámetros para establecer un diagnóstico de este padecimiento. A la vez que nos puede dar elementos para describir el proceso adolescente con sus rasgos esquizofrénicos propios del desarrollo.

## 2.9. HIPOMANÍA

### 2.9.1. Psicopatología y Psicodinamia

El aspecto de la personalidad del paciente cuyos episodios son de tipo Maníaco, habitualmente ha sido el de un individuo satisfecho de sí mismo, confiable, agresivo, extrovertido, que se siente a gusto con otras personas, ha mostrado tendencia a dispersar su energía en un amplio campo de intereses, su actitud afectiva ha consistido en expresar sus emociones y responder a los estímulos.

La fase maniaca de la reacción maniaco-depresiva, habitualmente va precedida de una leve depresión simple de breve duración (solo unos cuantos días) que la familia del paciente no nota o no considera importante. Este breve episodio va seguido de regocijo o excitación moderada. Algunas veces el ataque en esta forma atenuada se conoce con el nombre de hipomanía. En este estado hipomaniaco existen:

Una seguridad exagerada

Un aire de autosuficiencia

Alegria despreocupada

Afabilidad viva

Autosatisfacción

Una animada confianza en sí mismo y energía sin límites

Discute con extraños y sin reservas, asuntos de la naturaleza íntima y privada.

El hipomaniaco a menudo es erótico

---

El hombre puede presentar excesos sexuales, mientras que una mujer joven casta y pudorosa puede darse a la promiscuidad sexual, o casarse con un hombre muy por debajo de su nivel social. Aunque por costumbre y conveniencia se denomina hipomaniacos a los síntomas acabados de describir, cualquier tentativa de dividir en grupos clínicos las gradaciones imperceptibles de sobreactividad que se presentan en la psicosis maniaco-depresiva, es enteramente arbitraria. En un cuadro bien desarrollado de manía, los trastornos abarcan las siguientes áreas:

- Tonalidad afectiva
- Curso del pensamiento
- Actividad psicomotora, con alteraciones en el ámbito de:
  - Percepción
  - Juicio
  - Estado físico.

### 2.9.2. Etiología y Dinámica del Desarrollo

La capacidad para establecer relaciones sociales cálidas que existan en el maniaco surge, tal vez, de un contacto satisfactorio con la madre durante los primeros años de la infancia, gracias al cual el niño comienza a estructurar el núcleo inicial de su identidad personal y una sensación de seguridad.

No obstante, por razones mal explicadas, el individuo no llega a controlar por completo la capacidad de aceptar separaciones, con las limitaciones que imponen las respuestas afectivas asociadas. Los maniacos niegan con persistencia las pérdidas, y a veces utilizan la proyección como defensa para no darse cuenta de las limitaciones personales impuestas a consecuencia de las pérdidas ya sean reales o imaginarias. Esta negación está presente de manera visible en los estados maniacos y en los hipomaniacos.

La conducta del maniaco es esencialmente una defensa total e interna contra la depresión subyacente. Aunque el paciente parezca confiado y desempeñe el papel de líder, básicamente es un individuo en exceso dependiente. Aunque parezca emprendedor y

---

amigable, es egoísta y activamente controla y manipula a las personas, debido a su necesidad emocional de establecer una relación de dependencia. Cuando se frustran sus exigencias se genera hostilidad, la cual tiene que ser reprimida para que no haga peligrar más la relación de dependencia. La hostilidad mal reprimida, a su vez, produce depresión.

Su repertorio de actitudes requiere que aparezca con fuerza, como alguien extraordinariamente independiente, que no necesita de nadie. El maniaco consigue situarse en el papel dependiente que necesita, pero al mismo tiempo se revela contra cualquier coartación, bajo el disfraz de una pseudo independencia agresiva. Muchos datos sugieren que la hostilidad es el común denominador tanto de las fases maníacas como depresivas.

### 2.9.3. Diagnóstico Diferencial

El problema más difícil en el diagnóstico diferencial de la psicosis maniaco depresiva, es distinguirla de la esquizofrenia. En los casos típicos no hay dificultad, pero muchas veces se duda de cómo hay que interpretar los síntomas. En general, el trastorno de la personalidad de la fase maníaca de la psicosis maniaco depresivo parece ser de tipo cuantitativo, una cuestión de demasiado o demasiado poco, y una desorganización de personalidad misma, como en la esquizofrenia.

Al enfocar el problema de la diferenciación, es necesario obtener un conocimiento lo más completo posible de la personalidad prepsicótica del paciente, determinar si han predominado las características ciclotímicas o esquizoides, y si los rasgos de la energía psicobiológica se han dirigido hacia canales extrovertidos y si se han caracterizado por objetividad y realismo, o hacia canales de naturaleza introvertida, que han caracterizado por subjetividad. En general, el contacto interpersonal en el maniaco es más convencional desde el principio. En cambio en el esquizofrénico existe la sensación de que, en la entrevista hay incomodidad, distancia, falta de familiaridad y sospecha.

La presencia de fuga de ideas y de actividad psicomotora durante las primeras etapas de un trastorno mental, pueden no constituir un criterio diagnóstico inequívoco, ya que ambas pueden existir en las reacciones que ocasionalmente resulten ser esquizofrenia, en la cual tiende a haber más incoherencia y mayor pobreza de ideas.

---

La excitación del esquizofrénico carece de la profundidad de expresión emocional que habitualmente se observa en la excitación del maníaco depresivo, esta menos influida por la realidad del ambiente, es más episódica e impulsiva, tiende a ser estereotipada, sin dirección y a confinarse en un espacio limitado, y en el cual tiene mayor importancia las alucinaciones, las ideas delirantes y los procesos autísticos. Mientras más grotescas sean las ideas, más deben considerarse como esquizofrénicas, (DSM-IV, 1994).

#### 2.9.4. Pronóstico

El pronóstico de un solo episodio afectivo suele ser benigno, sin embargo estos son casos raros. El pronóstico para la enfermedad también es favorable. Otro rasgo importante es el hecho de que, incluso los episodios repetidos habitualmente dejan intacta la mente en sus aspectos:

Intelectual

Afectivo

Conativo

Estos no van seguidos de una desorganización de la personalidad. Muchos individuos, altamente productivos y representados por la sociedad han sufrido este trastorno de la personalidad.

La edad en que con mayor frecuencia aparece el primer episodio maníaco es entre los 20 y los 25 años. Mientras más temprano sea el principio, peor es el pronóstico respecto a la aparición de más episodios. Si el primer ataque es de tipo maníaco casi con seguridad no será el único. A partir de esto se puede inferir que instrumentos como el MMPI-A pueden ser útiles en una aproximación diagnóstica de este padecimiento de la personalidad.

Estudios recientes, como el de Kenneth, (1999), (en DSM IV, 1994), muestran que el pronóstico es peor cuando los factores que precipitan la enfermedad se relacionan en forma directa con una pérdida real, y que dicho pronóstico es mejor cuando el padecimiento se debe a experiencias o factores ocultos.

Si el individuo ha mostrado ser flexible, tolerante, conciliador, sin signos defensivos compensatorios, y si ha tenido intereses variados y sanos, el pronóstico es más favorable

---

que si los patrones de su personalidad han sido de tipo opuesto. Conforme aumenta la edad, los ataques muestran ser depresivos y no maníacos, tal vez debido al cambio de la perspectiva de vida. Mientras más frecuentes son los ataques peor es el pronóstico, (DSM-IV, 1994).

## 2.10. PSICOPATOLOGÍA Y MMPI-A

En relación con los resultados de desarrollo de la conciencia de los adolescentes, es importante el uso del MMPI-A. para desarrollar teorías que nos ayuden a entender la naturaleza de la psicopatología típicamente encontrada durante la adolescencia. Las tentativas para explicar los trastornos psiquiátricos entre adolescentes, así como los métodos utilizados por medio de informantes, (padres, profesores, entrevistas psiquiátricas directas) son elementos que nos pueden aportar datos significativos. Weissman y Cols., (1987), por ejemplo, evaluaron los resultados de entrevistas independientes de 220 sujetos de edades entre 6 y 23 años. Para hacer los diagnósticos de este estudio se reunieron datos de entrevistas de niños empleando la Cédula de desórdenes afectivos y esquizofrenia de niños escolares derivadas del uso del DSM-IV, (1994), extraídos de entrevistas con padres y otros informantes.

Williams, Hearn, Hostetter, y Ben-Porath, (1990), compararon resultados de entrevistas estructuradas en la Cédula de Entrevistas diagnósticos para niños (DISC.) con autoreportes medidos de psicopatología que incluían al MMPI. En suma, los padres de los sujetos contestaron la cédula de entrevista. Los hallazgos indicaron niveles significativos de desacuerdo entre esas medidas en la identificación de trastornos psicológicos en los sujetos. Entonces es claro que nuestras estimaciones de psicopatología en los adolescentes no solo relatan el cómo las preguntas de diagnóstico son formuladas, pero a quiénes las preguntas son conducidas. Despreciando esos problemas metodológicos y las limitaciones, es posible formular conclusiones generales sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos durante la adolescencia, así como algunos significados de observaciones concernientes a la forma de esos desórdenes.

Unos de los estudios más citados con referencia a los desórdenes más comunes de niños y adolescentes es de la Isleta de Wright estudio reportado por Rutter, Graham, Chadwick y Yule, (1976), y retomado y resumido por Graham y Rutter, (1985). El estudio de la Isleta de Wight tiene como muestra un total de 2,000 británicos de 14-15 años, a los que les fueron aplicados cuestionarios a padres y profesores para identificar a esos adolescentes con patrones de ajuste desviados. Adolescentes de quienes las calificaciones desviadas producidas de uno u otro cuestionario, junto con un grupo seleccionado al azar como sujetos controles. Estos fueron evaluados además con entrevistas directas tanto de ellos como con las de los padres y profesores. Todas las elecciones se dieron de una manera ciega en términos de conocimiento del entrevistador de la pertenencia de los adolescentes al grupo control o al grupo experimental. Los autores estimaron que el período de un año en la prevalencia del rango de desórdenes psiquiátricos en su muestra fue del 21%. En general, las condiciones psiquiátricas aparecieron con una frecuencia leve pero elevada durante la adolescencia, en contraste con los datos disponibles de los niños de mediana edad. Se observaron incrementos substanciales durante la adolescencia, incluyendo la ocurrencia de desórdenes afectivos y condiciones depresivas. A lo largo del incremento en la depresión, se presenta un incremento dramático en la frecuencia de la tentativa o de un suicidio consumado.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Gould, Wunsch-Hitzing, y Dohrenwend, (1981), reportaron que la prevalencia media de desadaptación, entre niños y adolescentes fue de 11.8% basado en la revisión de 25 estudios llevados a cabo entre 1928 y 1975. La mayoría de esos estudios emplearon reportes de profesores como medio para identificar trastornos psiquiátricos en niños. Brandenburg, Friedman, y Silver, (1989), se dieron cuenta que recientemente habían empleado diversos métodos de definición de casos. Tenían frecuentemente un multimétodo, multiescenario de aproximación para la identificación del caso. Basado en la revisión de 8 estudios recientes, los autores colocaron la prevalencia estimada de desórdenes psiquiátricos en niños y adolescentes de 14 a 20%. Más allá de esa prevalencia de estudios de psicología general, algunos estudios han intentado identificar la prevalencia relativa de tipos específicos de sintomatología psiquiátrica o desórdenes de muestras adolescentes.

---

---

Kashani y Orvaschel, (1987, 1988), utilizaron entrevistas estructuradas tanto para niños como para adolescentes para determinar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre 150 adolescentes seleccionados de una muestra de una comunidad. Aproximadamente, 4% se encontró que tenían por lo menos uno de los diagnósticos del DSM-IV, (1994), y 19% fueron propensos a tener un diagnóstico y necesitar de un tratamiento. Los tres diagnósticos más comúnmente encontrados en la muestra fueron:

Desórdenes de ansiedad (8.7%)

Desórdenes de conducta (8.7%)

Depresión (combinada con categorías de depresión mayor y desórdenes distémicos) con una frecuencia de (8%)

Kashani y Orvaschel, (1988), seleccionaron al azar 150 adolescentes entre 14 y 16 años de un catálogo de 1,703 estudiantes del sistema de escuelas públicas de Midwestern. En este estudio de desórdenes de ansiedad durante la adolescencia, tanto niños como sus padres fueron entrevistados en sus hogares empleando formas estandarizadas de entrevistas del DICA. Los resultados de las entrevistas fueron videograbados y calificados por tres jueces entrenados con confiabilidad Interjueces. Adicionalmente, los sujetos recibieron algunos instrumentos de estimación objetiva personal relacionando el autoconcepto, el afecto, y el modo de enfrentar la realidad. El 17% de la muestra se encontró dentro del criterio de una o más formas de desórdenes psiquiátricos y el 8.7% se catalogó como un caso de desorden de ansiedad. El desorden de ansiedad más frecuente encontrado en esta muestra fueron los de ansiedad elevada. Los resultados de este estudio tienden a apoyar la hipótesis de que los desórdenes de ansiedad son una forma mayor de sintomatología en poblaciones adolescentes.

En otra investigación, Hillard, Slomowitz, y Levi, (1987), estudiaron a 100 adultos y a 100 de adolescentes admitidos en el hospital psiquiátrico en el servicio de emergencia universitario. Esos autores reportaron que los adolescentes eran comúnmente los que menos recibían diagnósticos de desorden de la personalidad y psicosis, pero eran los que más recibían diagnósticos de desórdenes de conducta y de ajuste. Además, la ideación autodestructiva o conductual se presentó en un 40 % de los adolescentes estudiados en los

---

salones de visita de emergencia. Los resultados de la ideación suicida y conductual han recibido especial atención en recientes estudios de adolescentes.

Friedman, Anis, Boeck, y DiFiore, (1987), investigaron a 300 estudiantes de preparatoria quienes anónimamente accedieron al estudio sobre sus experiencias con ideas de suicidio y conductas suicidas. Aproximadamente el 53% de esta muestra manifestó que había tenido pensamientos suicidas, pero no lo habían intentado y el 9% de la muestra total exteriorizó que lo había intentado por lo menos una vez. Esos resultados indicaron que la idea de suicidio es relativamente común entre los adolescentes, pero también sugirió que los intentos se relacionaban frecuentemente con un trastorno. Kimmel, y Weinner, (1985), concluyeron que el suicidio era la tercera causa más común de muerte en adolescentes de 15 a 19 años, principalmente entre mujeres adolescentes blancas. Además el rango de suicidio de los adolescentes se ha duplicado de 1960 a 1975 y cerca del 10% de los adolescentes parecen estar mentalmente sanos y más del 25% que son admitidos en clínicas psiquiátricas, han tenido tratamientos o han intentado suicidarse. Los hombres presentan 4 veces mas que las niñas en la actualidad el intentar suicidarse, pero las niñas aparecen tres veces más al hacer algo para suicidarse. Junto con la muestra normativa del MMPI-A., 21% de los niños y 38 % de niñas, respondieron como verdadero al, reactivo 177, a veces pienso en suicidarme Las conclusiones generales de éste y otros estudios en psicología durante la adolescencia parecen arrojar algunos indicadores como: Primero, la mayoría de los adolescentes no muestran evidencia que puedan dar como resultado un diagnóstico psiquiátrico. El rango de psicopatología que aparece durante la adolescencia sólo es ligeramente más amplio que el encontrado tempranamente en la niñez o más tarde, (Petersen, y Hamburg, 1986)

Esa es una evidencia de que la frecuencia y severidad de la depresión no se incrementa durante la adolescencia, y hay un marcado incremento tanto en intentos de suicidio y fatalidades de suicidio durante este período del desarrollo. Algunos desórdenes tienden a hacer su aparición durante la adolescencia:

- La anorexia nerviosa
- Enfermedades bipolares
- Bulimia
- Desórdenes obsesivo-compulsivos

- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Enuresis
- ☐ Encopresis, aunque con menos frecuencia

Burke, Burke, Regier y Rae, (1990), Graham, y Rutter, (1985). Mediante el rango de desórdenes de ansiedad y conductuales se pueden encasillar pequeños cambios durante la adolescencia. La expresión de síntomas relacionados con esos desórdenes marcan el cambio. La tasa de desórdenes fóbicos parece disminuir durante la adolescencia, mientras que los desórdenes conductuales observados envuelven violencia (Graham y Rutter, 1985; Petersen y Hamburg, 1986).

## 2.11. INVESTIGACIONES SOBRE PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA

Ana Freud, (1958), postula que la adolescencia está típicamente acompañada de trastornos emocionales y turbulencias conductuales. La autora postuló que los adolescentes que no mostraban características de turbulencias o desajustes estaban en riesgo de desarrollar síntomas psicopatológicos serios en la edad adulta. La formulación de esta autora, está plasmada en la demostración de ella del apoyo de un equilibrio regular durante el proceso de la adolescencia. La visión de ésta sobre el desarrollo adolescente puede ilustrarse mejor por la siguiente cita: Yo tomo esto que es normal de un adolescente para el comportamiento por una longitud considerable de tiempo de una manera inconsistente e impredecible, para combatir sus impulsos y aceptarlos, para protegerlos y estar exentos de ellos, para amar a sus padres y odiarlos, para revelarse contra ellos y para depender de ellos, para estar profundamente avergonzado del agradecimiento de su madre antes que otros y para desearse corazón a corazón hablar con ella, para prosperar en la imitación e identificación con otros mientras busca su propia identidad, para ser más idealista, artista, generoso, desinteresado como nunca valverá a ser, pero también en la oposición autocentrada, egoísta y calculador. Toda fluctuación entre los extremos opuestos puede ser juzgada altamente anormal en otra época de la vida.

Pero en este momento ellos significan no más que una estructura adulta de personalidad tomada por largo tiempo para emerger, que el Yo del individuo en cuestión no cede en experimentar y no le apura cerrar bajo en posibilidades.

Blos, (1990), también percibió que los típicos síntomas que se presentan durante la adolescencia eran de inestabilidad y de naturaleza transitoria. Similarmente, Erikson, (1956), propuso que la autodefinición de la adolescencia, era resultado de variaciones de lo esperado o de conductas normales, con su término difusión de la identidad y diferenciado de psicopatologías estables.

Algunos han objetado sobre la visión de la tormenta y estrés del desarrollo adolescente, particularmente la implicación del desarrollo normal del adolescente que está caracterizado por una turbulencia y labilidad substancial. Bandura, (1964), por ejemplo, argumentó que algunos adolescentes establecían mas relaciones más relajadas con sus padres durante la adolescencia y que también incrementaban el contacto con grupos de iguales. Entonces, el abandono del núcleo familiar a un grupo de iguales no es necesariamente e inevitablemente una fuente de tensión familiar. Offer y Offer, (1975), (en Archer, 1992), investigaron adolescentes masculinos en zonas suburbanas y encontraron que la depresión y la ansiedad eran comunes, solo el 20% de los adolescentes mostraron sintomatología moderada. Como se ha visto, es generalmente consistente con reportes de prevalencia de psicopatología significativa en poblaciones adolescentes. Esas investigaciones, también encontraron que el 20% de la muestra no tenían experiencias significativas durante el desarrollo adolescente.

Rutter y Cols., (1976), examinaron el concepto de disturbio adolescente junto con el contexto de los descubrimientos de la Isleta de Wight en adolescentes de 14 y 15 años de edad. Estos autores concluyeron que la afiliación padre-hijo no fue común en los adolescentes, pero apareció en forma moderada en los adolescentes que tenían señales de problemas psiquiátricos.

Por otro lado, el concepto de disturbios internos, fue definido por los investigadores como un sentimiento de miseria y de autodepreciación; apareció frecuentemente asociado con la adolescencia. Estos autores concluyeron que el disturbio adolescente es de hecho, no una fantasía, sino que tiene una importancia psiquiátrica probablemente sobrestimada en el pasado. Ciertamente esto indica que el adolescente puede crecer sin conflictos psiquiátricos.

---

En la revisión de la literatura sobre psicopatología, Weiner, y Del Gaudio, (1976), ofrecen las siguientes conclusiones:

- Los síntomas psiquiátricos no se presentan normalmente en la adolescencia.
- Límites entre normal y anormal pueden inducirse en situaciones de dificultad
- Quizás como una fase rápida, los disturbios psicológicos durante la adolescencia requieren típicamente de tratamiento o remisión.

Visto junto con el contexto de nuestros datos en la prevalencia de desórdenes psiquiátricos durante la adolescencia, el debate rodea la estabilidad de la sintomatología adolescente que aparece para centrar en la distinción entre psicopatología definida por las categorías del DSM-IV, (1994), y términos como turbulencias y tormenta y estrés.

La prevalencia estimada de la psicopatología durante la adolescencia parece caer razonablemente en el rango de 12 % a 22 % (Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos de Norteamérica, 1990). Los adolescentes identificados en estos estudios parecen sufrir desórdenes descritos en el DSM-IV, (1994), pero no se espera que se remitan sin tratamiento activo y efectivo; por ejemplo, está estimado que casi la mitad de los niños o adolescentes que se diagnostican con desórdenes conductuales, se convertirán en adultos antisociales. Por otro lado, algunos adolescentes pasan por el período de los disturbios y labilidad durante el desarrollo adolescente que no califica como desorden en el DSM-IV, (1994), pero es comúnmente asociado con varios retos de adaptación durante este período del desarrollo. Es claro que la línea divisoria entre esos dos grupos es frecuentemente difícil de discernir y sirve para ver a esos grupos como homogéneos en términos de severidad en las implicaciones de sus síntomas o de las aplicaciones de ajustes a largo plazo. Puede esperarse que los resultados de la prueba del MMPI basados en normas adolescentes contemporáneas pueda proporcionar valores substanciales a los clínicos en la distinción de los diagnósticos.

---

## 2.12. ESTABILIDAD EN LOS RASGOS

### DEL MMPI / MMPI-A

Sin importar que la sintomatología del adolescente sea estable o transitoria, parece claro que esos rasgos y características medidas por el MMPI o MMPI-A en la estimación de los adolescentes pueden servir para describir al adolescente en el momento de ser evaluado. Las calificaciones de los adolescentes proporcionan un tipo de dato necesario para hacer predicciones a largo plazo concernientes a la funcionalidad de la personalidad o psicopatología.

El MMPI y MMPI-A son utilizados como instrumentos de predicción para estimar y proporcionar una descripción corriente de la psicopatología del adolescente, además como un método de predicción de amplio rango y a largo plazo.

Una ilustración de variabilidad inherente en la estructura de la personalidad del adolescente puede encontrarse en datos reportados por Hathaway y Monachesi, (1963), en su estudio clásico de patrones de respuesta de adolescentes con el MMPI. Estos autores evaluaron 15,300 niños de noveno grado del sistema escolar en Minnesota entre 1948 y 1954 y volvieron a aplicar a 3,856 estudiantes cuando habían alcanzado el 12º grado durante el ciclo escolar 1956-57. Examinando a los adolescentes que fueron evaluados en ambos grados, (9º y 12º), Hathaway y Monachesi, (1963), encontraron una baja correlación test-retest de la mitad de los sujetos, (.30), en las escalas de desviación psicopática y paranoia, al evaluar la escala de socialización, encontraron una correlación alta, (.60), y una baja correlación de (.50).

Concluyeron que esas correlaciones eran el grado de cambio que podía ocurrir junto con un perfil adolescente del MMPI, reflejando la organización de la personalidad. Hathaway y Monachesi, (1963), percibieron que la estabilidad de los perfiles de los adolescentes tendía a incrementar cuando el valor de la calificación T estaba substancialmente elevada en la prueba original. Entonces, características de perfiles clínicamente elevados podía estar sujeta a menos cambios. Aún en poblaciones adolescentes clínicas o preclínicas, los cambios substanciales ocurridos en el perfil del MMPI Lowman, Galinsky y Gray-Little, (1980), reportaron perfiles relativamente patológicos en 8 graduados de un condado rural en Carolina del Norte, en Estados Unidos de Norteamérica

---

y fueron generalmente no predictivos de nivel del disturbo psicológico. Estos resultados concuerdan con los de Hathaway y Monachesi, (1963).

Gottesman y Hanson, (1990), reportaron recientemente en un estudio piloto que ha sido la continuación del de Hathaway y Monachesi, (1963), en donde a un grupo de adolescentes se les evaluó con el MMPI al final de 1940 y a principios de 1950. Más de 20 años de seguimiento de su noveno grado. Los investigadores estudiaron a 183 hombres y mujeres internados en esas instituciones públicas, de los cuales 26 casos fueron identificados como esquizofrénicos. Hathaway y Monachesi, (1963), concluyeron que los perfiles arrojados por adolescentes del MMPI ofrecían cambios a través del tiempo por la organización transitoria de la personalidad durante la adolescencia. Ellos observaron que esos cambios psicométricos reflejaban dificultades en su construcción, indicando la sensibilidad de los instrumentos así como del MMPI al ser aplicado en un período largo de predicción, además de manera descriptiva.

El MMPI-A presenta una variedad de características que pueden potencialmente mejorar la identificación y descripción de psicopatología entre adolescentes en contraste con la prueba original. Finalmente, los perfiles del MMPI-A están marcados con zonas grises, que son áreas que denotan un rango de marginación o elevación transitoria en lugar del uso tradicional de la calificación T así como un corte entre las calificaciones normales y los valores clínicamente elevados. Este uso de un rango de calificación T marca la transición entre rangos de valores normales y clínicos. Es particularmente importante en la estimación de los adolescentes, donde lo conceptual y psicométrico pueden dividir la línea entre normal y patológico. Entonces, el MMPI contiene un número de características que pueden mejorar la estimación de la psicopatología adolescente cuando se emplea correctamente por un clínico.

Es importante retomar el concepto de Seiffge-Krenke, (1998), que dice que debemos de tomar en cuenta en cuanto al desarrollo adolescente la reciprocidad existente entre salud y enfermedad. Ya que es de suma importancia en la perspectiva del desarrollo en lo social, en lo biológico y en lo comportamental que se tome en cuenta este concepto en las perspectivas del desarrollo adolescente como elementos de suma importancia en cuanto a la prevención, promoción y recuperación que de la salud se quiera hacer.

---

## CAPÍTULO III

### MMPI-A: Validez y Confiabilidad

### 3.1. DESARROLLO DEL MMPI Y EL MMPI-A

El MMPI es uno de los instrumentos de medición ampliamente utilizado en la población adolescente, (Archer, 1992), siendo utilizado con mayor frecuencia en los ámbitos psiquiátricos, médicos, en tratamientos de abuso de alcohol y drogas y en casos de delincuencia, (Butcher y Cols., 1995).

El MMPI ofrecía limitaciones en su uso no solo con adultos sino con los grupos de adolescentes. Algunas de éstas tenían que ver con el contenido de los reactivos, otros con la falta de escalas específicamente elaboradas para adolescentes, también con las respuestas extremas en la escala de infrecuencia (F) y con las normas bajo las cuales se elaboró este instrumento, mismas que no siempre se adecuaban correctamente a la población adolescente.

Así, en 1990 la Universidad de Minnesota decide crear un comité para revisar el MMPI y realizar una versión del instrumento dirigida a la población adolescente y es así como surge un comité conformado por Archer, Butcher, Auke y Kaemmer, que son comisionados para elaborar el MMPI-A, (Butcher y Cols., 1989). La muestra quedó constituida por 805 varones y 815 mujeres que fluctuaban entre los 14 y 18 años de edad y cuya escolaridad era de primero a sexto de bachillerato. En cuanto a los padres, la muestra incluía profesionales de alto nivel y de niveles gerenciales, trabajadores clasificados, desempleados, retirados y una muestra no especificada. Se tomó en cuenta el nivel escolar de los padres y el estado civil. La muestra clínica la constituyeron 420 varones y 293 mujeres entre los 14 y 18 años de edad con los mismos criterios de exclusión que la muestra normativa. Todas las variables sociodemográficas utilizadas en la muestra normativa fueron igualmente balanceadas en la muestra clínica.

De este modo se construyó el MMPI-A que sigue siendo un inventario de personalidad individual o auto administrable en grupos que consta de 5 escalas de validez, 8 clínicas, 15 escalas de contenido y 6 escalas suplementarias. Todas estas distribuidas en 478 reactivos cerrados que se responden cierto o falso. Cabe mencionar que estas escalas tienen puntajes de confiabilidad y de validez elevados para la población

---

---

de los Estados Unidos de Norteamérica. (Remitidos en el inciso 3.5 Validez y Confiabilidad en los instrumentos de medición psicológica).

### 3.1.1. Desarrollo del MMPI

El trabajo en el instrumento que se convertiría en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), había empezado en 1937 por Hathaway, un psicólogo y McKinley, un neuropsiquiatra.

Los autores de la prueba se encaminaron a desarrollar un inventario de personalidad basado en la búsqueda de varios objetivos. Primero, se percataron que una parte de los sujetos que se presentaban a tratamiento médico manifestaban una o más quejas que resultaban ser psiconeuróticas, (McKinley y Hathaway, 1943). Los dos autores de la prueba buscaron desarrollar un instrumento que pudiera ser útil para identificar y describir a esos pacientes de una manera más certera y efectiva que las técnicas de entrevista psiquiátrica tradicionalmente utilizada para evaluaciones psicológicas en pacientes médicos. También creían que ese instrumento debía ayudar a los investigadores en los intentos para evaluar la eficacia del tratamiento en investigaciones nuevas al permitir el apareamiento sistemático y la evaluación de grupos de tratamiento.

Finalmente, Hathaway, (1965), también estaba interesado en el desarrollo de un instrumento de evaluación de la personalidad que pudiera valorar los cambios en la sintomatología a través del tiempo. Además, cuando esa medición fuera aplicada en diversas etapas del proceso de tratamiento, podría proporcionar al clínico un índice del cambio terapéutico. En este sentido, Hathaway, (1965), afirmó que el MMPI fue diseñado para servir como una ayuda objetiva en el trabajo de casos psiquiátricos rutinarios de pacientes adultos y como un método de determinar la severidad de su condición. Como un corolario a esto, se espera que el inventario provea una estimación objetiva del efecto psicoterapéutico y otros cambios en la gravedad de sus condiciones en el tiempo.

El MMPI se ha convertido en el instrumento de evaluación de la personalidad objetivo más utilizado a través de una gran variedad de ambientes clínicos, (Lubin, Wallis y

---

---

Paine, 1971; Lubin, Larsen y Matarazzo, 1984; Lubin, Larsen, Matarazzo y Seever, 1985 y Piotrowsky y Keller, 1989).

Butcher y Cols., (1989), estimaron que más de 10,000 libros y artículos habían sido elaborados sobre el MMPI y Butcher y Owen, (1978), reportaron que el 84 % de toda la investigación sobre instrumentos de inventarios de personalidad han estado enfocados al uso del MMPI.

### 3.1.2. Contexto Histórico

En la construcción del MMPI, Hathaway y McKinley, (1942), fueron sensibles a muchos de los problemas que existían en los inventarios de la personalidad de esa época. Por ejemplo, el cuestionario de datos personales de Woodworth, (1920), (en Archer, 1992), era una escala de 169 reactivos autoadministrable, diseñada para detectar desajustes neuróticos y que se utilizaba para monitorear reclutas durante la primera guerra mundial. Los sujetos contestaban Si o No a las series de preguntas y el número total de respuestas positivas era utilizado para determinar si el individuo era referido para una entrevista psiquiátrica adicional. Siguiendo el desarrollo del cuestionario de datos personales de Woodworth, se crearon muchos otros cuestionarios contruidos racionalmente, incluyendo el inventario de Ajustes de Bell, (Bell, 1934), y el Inventario de personalidad, Benneunter, (1933). La construcción de escalas contiene la selección de reactivos que lógica o racionalmente parecen medir áreas importantes. La selección de esos reactivos está basada en la teoría del constructo, experiencia clínica e institucional. Una cuestión inherente a este método de construcción de pruebas era que los reactivos realmente medían lo que los autores creían que medían. Al pasar el tiempo, sin embargo, se hizo claro que los reactivos seleccionados exclusivamente en una base racional no eran siempre indicadores de conductas desviadas y que los sujetos utilizados para el pilateo no siempre respondían adecuada y honestamente a los instrumentos de prueba. Como señaló Greene, (1980), numerosos estudios y revisiones hechas por diversos autores, incluidos Landis y Katz, (1934) y Super, (1942), criticaban la efectividad de estos inventarios de personalidad derivados de la racionalidad. Por ejemplo, se encontró que los resultados obtenidos en las pruebas de

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

sujetos normales y sujetos en ambientes clínicos, con mucha frecuencia mostraban solo pequeñas diferencias en estas medidas.

Hathaway y McKinley, (1940), también estaban conscientes de los esfuerzos rudimentarios para desarrollar escalas de validez como la de temperamento de Humm y Wadsworth, (Humm y Wadsworth, 1935). Esta lista de chequeo de síntomas contenía un resultado sin contestar consistente en el número de reactivos o síntomas negados, (por ejemplo, sin firmar por el sujeto) al responder al instrumento. Así, una puntuación sin contestar alta era vista como un reflejo de un sujeto que era excesivamente defensivo, mientras que una puntuación sin contestar muy baja podría indicar una tendencia a exagerar o sobrestimar los síntomas. Adicionalmente, Hathaway y McKinley, (1940), comenzaron a trabajar en el MMPI siguiendo los grupos de criterio de Strong, (1927, 1943), en el desarrollo de un inventario vocacional u ocupacional como el Cuestionario de Interés Vocacional de Strong.

Así, Hathaway y McKinley, (1940), tenían como base un modelo de construcción de escalas que era diferente a los procedimientos de desarrollo racional que habían sido utilizados típicamente como medidas de la personalidad. Ellos también estaban motivados por la necesidad de crear un inventario que pudiera ser de uso práctico en situaciones clínicas.

### 3.1.3. Métodos de Desarrollo para el MMPI Versión Original

Numerosas descripciones de los procedimientos de desarrollo usados en la creación del MMPI han sido documentadas por autores que incluyen a Dahlstrom y Cols., (1972, 1975); Colligan y Cols., (1983); Friedman, Webb y Lewak, (1989); Graham, (1990) y Greene, (1991).

Un punto a destacar de la aproximación de Hathaway y McKinley, (1942), en la construcción del MMPI fue el uso del método criterios Keying o método empírico de construcción de inventarios. Así el MMPI se cita usualmente como el ejemplo sobresaliente de este método de construcción de pruebas, (Anastasi, 1967). En la aproximación con el criterio Keying, los reactivos son contestados por dos o más grupos de sujetos. Un grupo de sujetos

---

---

sirve como un grupo de criterio que manifiesta un diagnóstico o característica en contraste con uno o más grupos de comparación que no manifiestan el rasgo o características. Las respuestas de los grupos de criterio y de comparación, relacionando y seleccionando para su pertenencia al inventario, demostrando empíricamente diferencias significativas en la frecuencia de respuesta. Como señaló Friedman y Cols., (1989), las escalas construidas utilizando esta metodología se nombran usualmente siguiendo el grupo de criterio. Así, la puntuación se logra usualmente al asignar un punto a cada reactivo contestado en la dirección que es más frecuentemente señalada por los sujetos criterio. Adicionalmente, entre mas alto un individuo puntúe en este tipo de medidas, más reactivos habrá en una dirección consistente con la de los miembros del grupo criterio.

Muy similar a como investigadores anteriores hicieron, Hathaway y McKinley, (1942), comenzaron la construcción del MMPI al generar un conjunto extenso de reactivos del que deberían construirse varias escalas. Específicamente, crearon cerca de 1000 afirmaciones autoreferidas sustraídas de una amplia variedad de fuentes, incluyendo formas de evaluación psiquiátrica, libros de textos psiquiátricos, escalas de personalidad y actitudes sociales previamente publicadas y su propia experiencia clínica. Posteriormente redujeron esta lista a 504 reactivos al eliminar aquellos que duplicaran el contenido, o que los autores subjetivamente sentían que tenían poco valor o significancia relativa.

### 3.1.4. Grupos Normativos

El grupo normativo de criterio utilizado en el desarrollo del MMPI estaba compuesto por individuos ( $N = 724$ ) que eran amigos que visitaban a sus parientes que recibían tratamiento en el Hospital de la Universidad de Minnesota. Estos sujetos, de 16 años en adelante, fueron abordados en salones o salas de espera del hospital e invitados a participar en el proyecto de investigación, siempre y cuando no estuviesen recibiendo tratamiento de cualquier enfermedad psiquiátrica o médica. Se encontró que la edad completa, género y estado civil en este grupo de la Universidad de Minnesota era comparable a los datos del censo de los Estados Unidos de Norteamérica de 1930, (Hathaway y McKinley, 1940; Dahlstrom y Cols., 1972).

Hathaway y McKinley, (1942), recopilaron datos de otras dos muestras normales. Una de esas muestras consistió de 256 graduados de secundaria que asistían al Comité de Pruebas de la Universidad de Minnesota para recibir asesoría escolar y guía, y 256 individuos que se reclutaron a través de la "Works Progress Administration", un proyecto con fondos federales para el empleo. Dahlstrom y Welsh, (1960); Colligan y Cols., (1983), observaron que los datos normativos originales recabados por Hathaway y McKinley, (1942), ya no estaban disponibles. Como sea, una submuestra de éstos, referida como la muestra normal purificada de Minnesota, fue desarrollada por Hathaway y Briggs, (1957). La muestra de Hathaway y Briggs, (1957), consistió de 255 hombres y 315 mujeres extraídas de la muestra general normativa de Minnesota. Estos datos se conservaron y fueron la base para el desarrollo del Apéndice K en el manual del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), que provee los valores de puntuación T, basados en la muestra purificada de las normas originales de Hathaway y McKinley, (1942), para las escalas básicas del MMPI-2.

### 3.1.5. Escalas Clínicas

Los grupos de criterio clínicos utilizados por Hathaway y McKinley, (1943), definieron las ocho escalas básicas del MMPI con la consistencia de pacientes psiquiátricos cuidadosamente seleccionados en las siguientes categorías diagnósticas: Escala de hipocondriasis (1), depresión (2), histeria (3), desviación psicopática (4), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8) e hipomanía. Descripciones detalladas de éstos grupos de criterios clínicos fueron provistas por Dahlstrom y Cols., (1972); Dahlstrom y Dahlstrom, (1980); Greene, (1980, 1991) y Colligan y Cols., (1983). Se agregó un grupo consistente de homosexuales masculinos egodistónicos para el desarrollo de la escala Masculinidad-Feminidad (escala 5). Finalmente la escala de introversión-extroversión social, desarrollada por Drake, (1946), fue añadida eventualmente como la décima escala básica del MMPI, Introversión Social (0) que obtuvo un grupo de criterio original de la de Hathaway y la única escala para la que no se obtuvo un grupo criterio psiquiátrico, (Colligan y Cols., 1983).

### 3.1.6. Escalas de Validez

Además de las 10 escalas clínicas normales, Hathaway y McKinley, (1943), también desarrollaron 4 escalas de validez para el MMPI cuyo propósito era detectar actitudes hacia la prueba desviadas o patrones de respuestas no adecuados a la norma. Estas medidas incluyen la escala (?), que era simplemente el número total de reactivos del MMPI que fueran ya sea omitidos o respondidos como cierto y falso al mismo tiempo y la escala L de mentiras, que consistía en 15 reactivos derivados racionalmente que mostraban fallas o debilidades humanas comunes. La escala L de mentiras estaba diseñada para detectar intentos naturales para presentarse a uno mismo de una manera favorable irreal. La escala F de infrecuencia estaba compuesta de 64 reactivos que fueron seleccionados por que fueron respondidos en una dirección particular por el 10% o menos del grupo normativo de Minnesota. Hathaway y McKinley, (1943), sugirieron que las puntuaciones altas de la escala F podrían implicar que el perfil de la escala clínica era inválido por que el sujeto fue descuidado, incapaz de comprender los reactivos, o por que habían ocurrido errores de calificación considerables. Los valores de conversión T para F, como aquellos para la escala L, fueron asignados arbitrariamente por McKinley y Hathaway, (1943), más que basados en una transformación lineal de puntajes naturales de la muestra normativa de Minnesota.

La última escala de validez que se desarrolló para el MMPI fue la escala K de corrección, elaborada con una selección 25 hombres y 25 mujeres que eran pacientes psiquiátricos que obtuvieron valores en la escala clínica dentro de un rango normal. Estos sujetos, además, podrían ser considerados de ser falsos negativos, (Meehl y Hathaway, 1946). Los perfiles de estos pacientes falsos negativos fueron comparados con las respuestas de los casos normales del Minnesota, esto es, negativos verdaderos.

El análisis de reactivos reveló que 22 reactivos que discriminaban los perfiles negativos verdaderos y falsos en sus respuestas al reactivo por lo menos en un 30%, (Dahlstrom y Cols., 1975). Así, se añadieron más reactivos a la escala K para ayudar con la agudeza de discriminación entre pacientes deprimidos y esquizofrénicos y sujetos del grupo normativo. La función principal de la escala K era mejorar el poder discriminatorio de las escalas clínicas en detectar psicopatología. Proporciones variadas de los puntajes naturales

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

de la escala K han sido agregadas a las escalas 1, 4, 7, 8 y 9 al usar el procedimiento de corrección de K en sujetos adultos.

Graham, (1990), manifestó que la interpretación era considerablemente más compleja de lo que se había anticipado inicialmente. Mas que producir una puntuación elevada en una sola escala clínica, muchos pacientes psiquiátricos producían elevaciones múltiples involucrando muchas escalas. Así por ejemplo, los pacientes depresivos frecuentemente producían elevaciones en la escala de depresión, pero también obtenían puntuaciones elevadas en otras escalas clínicas del instrumento. De acuerdo con Graham, (1990), este fenómeno resultaba de varios factores, incluyendo un alto grado de intercorrelación entre las escalas estandarizadas del MMPI Además una variedad de aproximaciones han sido utilizadas con los datos del MMPI en los últimos 40 años en un intento de obtener información diagnóstica útil. Ninguna aproximación ha arrojado más que correspondencias modestas entre diagnósticos derivados del MMPI y psiquiátricos basados en juicios clínicos o entrevistas diagnósticas normales, (Pancoast, Archer y Gordon, 1988).

Una característica importante del MMPI concierne al desarrollo de una variedad amplia de escalas e índices de validez a través de las cuáles evaluar la consistencia y agudeza de los autoreportes de los sujetos. El MMPI estuvo dentro de los primeros instrumentos de evaluación de la personalidad en enfatizar el uso de escalas de validez como auxiliares al determinar la interpretabilidad de los hallazgos clínicos de las pruebas psicológicas.

Así, el interpretador del MMPI puede estimar el grado en que los resultados de la prueba están influenciados por un número de factores relacionados al deseo y capacidad del sujeto para responder en una manera válida. Esta característica, a su vez, ha permitido el extender el MMPI a puntos de evaluación no vislumbrados originalmente por Hathaway y McKinley, (1943). Estas últimas tareas han incluido el monitoreo psicológico de sujetos en ambientes laborales y forenses, situaciones que difieren substancialmente de aquellas de sitios de tratamiento psicológico típicos. Mas allá de las cuatro escalas de validez originales, otras medidas numerosas del MMPI han sido desarrolladas posteriormente para evaluar aspectos relacionados a la validez técnica del perfil, (por ejemplo la escala de

---

---

descuido y el índice test-retest). Muchas de las cuales fueron revisadas por Greene, (1989, 1991).

### 3.1.7. El Uso del MMPI con Adolescentes

La aplicación del MMPI a poblaciones adolescentes tanto para propósitos clínicos como de investigación ocurrió tempranamente en el desarrollo de éste instrumento. Aunque el MMPI fue originalmente pensado para ser aplicado a individuos que tuvieran 16 años o más, Dahlstrom y Cols., (1972), señalaron que la prueba podía ser utilizada efectivamente con niños brillantes hasta de 12 años, ya que un nivel de lectura de sexto grado de primaria era un prerrequisito para entender el conjunto de reactivos del MMPI, (Archer, 1987).

### 3.1.8. Aplicaciones Iniciales

La primera aplicación experimental del MMPI con adolescentes parece haber sido realizada por Capwell, en 1945, dos años antes a la publicación formal del MMPI en 1943. Capwell, (1945), demostró que la habilidad del MMPI para discriminar exactamente entre grupos de chicas adolescentes delincuentes y no-delincuentes basada en la elevación de la escala desviación psicopática era efectiva. Así, las diferencias en la escala de desviación psicopática del MMPI entre estos grupos se mantenían en un estudio posterior que reevaluaba los perfiles del MMPI de 4 a 15 meses posteriores a la evaluación inicial, (Capwell, 1945). Estudios preliminares por Monachesi, (1948, 1950), también sirvieron para proporcionar datos válidos relativos a la escala Dp al demostrar que muchos adolescentes delincuentes tenían puntuaciones significativamente más altos en esta escala que los normales. Además, el estudio de Monachesi, (1948, 1950), incluía una muestra de delincuentes reclusas cuyas puntuaciones corroboraban los reportes iniciales de Capwell, (1945). Siguiendo estos estudios iniciales, el MMPI se usó con adolescentes en varios intentos para predecir, diagnosticar y elaborar programas de tratamientos para delincuentes adolescentes, (Hathaway y Monachesi, 1951, 1952; Ball, 1962). Siguiendo esta línea de investigación, Hathaway y Monachesi, (1953), recopilaron la mayor serie de datos del MMPI con adolescentes en un estudio longitudinal donde se recababan y relacionaban los hallazgos obtenidos con el MMPI en relación con la conducta delincente.

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez y Ferrás

---

---

Hathaway y Monachesi, (1951), aplicaron el MMPI a 3, 971 estudiantes de tercero de secundaria de Minnesota durante el año escolar 1947-1948, en un estudio que sirvió como base para la recolección de una muestra mayor, llamada la muestra estatal. La muestra estatal fue concretada durante la primavera de 1954, cuando Hathaway y Monachesi, (1951), evaluaron a 11, 329 estudiantes de tercero de secundaria en 86 comunidades de Minnesota. Sus muestras combinadas se constituyeron por aproximadamente 15, 000 adolescentes, incluyendo una muestra amplia de niños tanto de ambientes rurales como urbanos. Además del MMPI, se obtuvieron los registros escolares y se les pidió a los maestros que indicaran que alumnos les parecían que pudiesen tener dificultades psiquiátricas o legales. Hathaway y Monachesi, (1948), también reunieron información concerniente a puntuaciones en instrumentos como pruebas de inteligencia y la Forma de Interés Vocacional de Strong, (1943).

Entonces el MMPI fue aplicado nuevamente en una muestra de 3, 976 de esos jóvenes cuando cursaban el tercer año de bachillerato, durante el año escolar 1956-1957. Se obtuvieron datos subsecuentes por trabajadores sociales de los niños de la comunidad, se buscó en los archivos de las oficinas públicas información acerca de los sujetos, incluyendo antecedentes policíacos. Los autores continuaron adquiriendo información biográfica de los miembros de ésta muestra hasta mediados de los años sesentas, (Hathaway, Reynolds y Monachesi, 1969). Otros investigadores actualmente están realizando estudios subsecuentes en varias subsecciones de la muestra, por ejemplo Hanson, Gottesman y Heston, (1990). Un resumen de los hallazgos iniciales de esta investigación fue publicado en un libro en 1963 de Hathaway y Monachesi, titulado "Personalidad y Conducta Adolescente: Patrones del MMPI de normales, delinquentes, abandonados y otros resultantes". Así, Hathaway y Monachesi, (1953, 1961, 1963), esperaban identificar predictores del MMPI que pudieran servir como indicadores de factores de riesgo asociados con el desarrollo posterior de conductas delictivas. Estos autores resumieron sus resultados de la siguiente forma: En las escalas 4, 8 y 9, las escalas activadoras, se encontró que estaban asociadas con tasas de delincuencia. Seguimientos sistemáticos y extensiones de éste trabajo, basados usualmente en análisis posteriores de la muestra estatal de Minnesota, han proporcionado apoyo consistente al concepto de que elevaciones de las escalas de desviación psicopática socialización e hipomanía, sirven a una función

---

---

## MMPI - A: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez y Fariñas

---

---

"activadora". Puntuaciones más elevadas en estas escalas, son predictoras de tasas más altas de expresiones impulsivas de conducta "acting out" o de conductas delictivas en muestras adolescentes (Rempel, 1958; Wirt y Briggs, 1959; Briggs, Wirt y Johnson, 1961).

Específicamente, Briggs y Cols., (1961), encontraron que cuando se combinaba una elevación de las escalas activadoras con historias de trauma familiar, la frecuencia de conducta delictiva era la doble en la población en general. Similarmente, Rempel, (1958), reportó que pudo identificar confiablemente al 69.5% de una muestra de delincuente basada en el análisis de escalas del MMPI. Cuando los datos provenientes del MMPI eran combinados con datos de los registros escolares en un procedimiento de regresión lineal, la tasa de identificación confiable para los muchachos delincuentes se incrementó hasta el 74.2%. Más recientemente, Huessmann, Lefkowitz y Eron, (1978), encontraron que una sumatoria lineal simple de la suma de las escalas desviación psicopática, hipomanía y de validez actuaban como el mejor predictor de conductas delictivas y de agresión en una muestra de 426 adolescentes de diecinueve años de edad.

Las investigaciones de Hathaway y Monachesi, (1953, 1961, 1963), son valiosas debido a que:

Estas investigaciones establecieron que el MMPI puede predecir al menos un área amplia de una conducta importante manifestada por los adolescentes: La delincuencia.

Los resultados de su investigación también proporcionaron un cuerpo de información importante concerniente a las diferencias de las respuestas de los adolescentes hombres contra las de las mujeres, adolescentes contra adultos, así como también identificaron diferencias longitudinales test-retest importantes en los patrones de respuestas a los reactivos entre la adolescencia media y tardía.

Los datos recopilados por Hathaway y Monachesi, (1953, 1961, 1963), proporcionaron un componente principal de las normas para adolescentes tradicionalmente utilizados, que serían desarrolladas mas tarde por Marks y

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

Jose Manuel Pérez Y Fariás

---

Briggs, (1972), y han servido también como la fuente exclusiva de datos para otro conjunto de normas para adolescentes desarrollada por Gottesman, Hanson, Kroeker y Briggs, (publicado en Archer, 1987). Además, Hathaway y Monachesi, (1953, 1961, 1963), establecieron empíricamente los correlatos clínicos de puntuaciones altas y bajas para cada una de las 10 escalas clínicas estándar, separadas para cada sexo.

Este proyecto ha proporcionado una fuente de datos para investigaciones subsiguientes de los sujetos originales de Hathaway y Monachesi, (1953, 1961, 1963), expandiendo los tópicos de la prevención de la delincuencia juvenil, (Hanson, Gottesman y Heston, 1990).

Las normas para adolescentes más frecuentemente utilizadas para la forma original del MMPI se derivan de Marks y Briggs, (1972) y fueron inicialmente publicadas en Dahlstrom y Cols; (1972). Estas normas también habían sido publicadas en muchos otros textos, incluyendo a Marks, Seeman y Haller, (1974) y Archer, (1987). Las normas para adolescentes de Marks y Briggs, (1971), estaban basadas en las respuestas de aproximadamente 1,800 adolescentes normales, reportadas separadamente para hombres y mujeres en grupos por edad de 17, 16, 15 y una categoría de 14 años y menos. Los tamaños de la muestra utilizados para crear estas normas quedaron constituida por 166 hombres y 139 mujeres de 17 años de edad, a 271 hombres y 280 mujeres de edades de 14 años y menores. Estas normas para adolescentes de Marks y Briggs, (1971), estaban basadas en las respuestas de 720 adolescentes seleccionados de los datos recopilados por Hathaway y Monachesi, (1963), en la muestra estatal de Minnesota, combinadas con datos adicionales de 1,046 adolescentes recopilados durante 1964 a 1965 en seis estados: Alabama, California, Kansas, Missouri, Carolina del Norte y Ohio. Estos autores, reportaron que esta muestra consistía en adolescentes blancos que no estaban recibiendo tratamiento por problemas emocionales al momento de su evaluación con el MMPI. Mucha de la investigación que se ha realizado en el uso del MMPI con adolescentes se ha basado en el conjunto normativo de Marks y Briggs, (1972). Al igual que las normas para adultos originales del MMPI las normas desarrolladas por Marks y Briggs, (1972), contemplaban la

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

conversión de puntuaciones crudas a puntuaciones T usando el procedimiento de transformación lineal estándar.

Desde la publicación de Marks y Cols., (1972), se ha hecho trabajo sustancial en aplicar el MMPI a adolescentes. Este trabajo fue resumido en Archer, (1984, 1987) y en Colligan y Offord, (1989). Específicamente, Archer, (1984, 1987), revisó numerosos estudios indicando que los patrones de respuesta adolescentes deberían evaluarse exhaustivamente con referencia a normas, en contraste con la aplicación de normas adultas. Colligan y Offord, (1991), señalaron en investigaciones hechas con muestras adolescentes en las áreas de evaluación médica, ajuste escolar y delincuencia juvenil. De interés particular es el trabajo que se ha hecho subsecuentemente a Marks y Cols., (1972), en las áreas de desarrollo de normas para adolescentes y correlativos clínicos. Adicionalmente a las normas desarrolladas por Marks y Briggs, (1972), se construyeron normas para uso con adolescentes para el MMPI tradicional Gottesman y Cols., (en Archer, 1987) y por Colligan y Offord, (1991), en la clínica Mayo.

Estudios preliminares de Archer, Pancoast y Klinefelter, (1989) y de Klinefelter, Pancoast, Archer y Pruitt, (1990), se examinó el grado en que las series de normas de Gottesman y Cols., (1987) y Colligan y Offord, (1991), donde se producían elevaciones del perfil y configuraciones que diferían de las obtenidas con las normas tradicionales de Marks y Briggs, (1972). Estos estudios, se llevaron a cabo con muestras de adolescentes normales, pacientes externos e internos. Los resultados arrojaron diferencias significativas en las elevaciones de los perfiles por conjunto de normas, con los valores T más bajos típicamente producidos por las Colligan y Offord, (1989). Utilizando un criterio estandarizado para juzgar la congruencia del perfil, las tazas fluctuaban de un rango de 53% para los perfiles generados por Marks y Briggs, (1974), contra Colligan y Offord, (1991), con aproximadamente el 60 % para los perfiles puntuados en las normas de Marks y Briggs, (1972) y Gottesman, Hanson, Kroeker y Briggs, (1987).

Adicionalmente al trabajo que se ha hecho con valores normativos en adolescentes, se ha llevado a cabo recientemente, investigaciones que examinan los correlatos clínicos de escalas sencillas y tipos de dos puntos basadas en las normas para adolescentes tradicionales de Marks y Briggs, (1972). Archer, Gordon, Giannetti y Singles, (1988), por

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

ejemplo, examinaron los correlatos descriptivos de elevaciones de una sola escala para las escalas 2, 3, 4, 8 y 9 en una muestra de 112 adolescentes normales. En los descriptores clínicos se recopilaron áreas específicas con base en sus autoreportes psicométricos, puntuaciones obtenidas en la prueba con padres, enfermeras y psicoterapeutas individuales.

En general, los hallazgos del estudio mostraban patrones correlacionados que eran marcadamente similares a los reportados para las escalas básicas del MMPI en la literatura adulta. Usando una metodología similar, Archer, Gordon, Anderson y Giannetti, (1989), también investigaron los correlatos clínicos de la escala de alcoholismo de MacAndrew, las escalas de ansiedad y represión de Welsh y la escala de Fuerza del Yo de Barron en una muestra de 68 pacientes adolescentes. Los resultados de este estudio también indicaron patrones de descripciones clínicas relevantes que eran muy consistentes con los hallazgos derivados de estudios con sujetos adultos. Ball, Archer, Struve, Hunter y Gordon, (1987), encontraron evidencia muy sutil de diferencias neurológicas entre pacientes adolescentes psiquiátricos con y sin valores elevados de la escala 1 de hipocondriasis. Además, Archer y Gordon, (1988), encontraron que evaluaciones de la escala de esquizofrenia eran un índice efectivo y sensible de la presencia de diagnóstico de esquizofrenia en una muestra de pacientes adolescentes.

Williams y Butcher, (1989), también examinaron correlatos de las escalas en una muestra de 492 muchachos y 352 chicas previamente evaluadas en unidades de abuso de sustancias o en unidades psiquiátricas. Los valores normales de las escalas se investigaron en relación con datos derivados de registros psiquiátricos y de los reportes de evaluaciones paternas y del personal de tratamiento de las unidades.

Similarmente a Archer y Cols., (1988), los autores concluyeron que los índices encontrados para adolescentes, en algunas escalas, eran consistentes con los reportados en estudios de adultos. Adicionalmente, Williams y Butcher, (1989), investigaron correlatos de tipos para esta muestra de 844 adolescentes y hallaron que aunque algunos de los descriptores de los tipos reportados por Marks y Cols; (1974), se encontraron en este estudio. Otros patrones no fueron corroborados. Estudios recientes de Lachar y Wrobel, (1990), analizaron las diferencias entre los sexos en correlatos de patrón y encontraron

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

de: Manuel Ferrer y Ferrer

---

---

evidencia de patrones diferentes para hombres y mujeres adolescentes. Este último trabajo subraya la necesidad de poner un mayor énfasis en las diferencias potenciales por sexo en estudios clínicos de correlatos en adolescentes con el MMPI.

Muchos investigadores han estudiado los efectos de usar normas para adultos; así como, para adolescentes en términos de la evaluación y configuración del perfil. Específicamente, estudios por Klinge y Strauss, (1976); Lachar, Klinge y Grissell, (1976); Klinge, Lachar, Grissell y Berman, (1978); Archer, (1984); Ehrenworth y Archer, (1985), examinaron las consecuencias de usar normas para adultos y para adolescentes en el perfil de adolescentes masculinos y femeninos ingresados a los servicios psiquiátricos. Estos estudios han mostrado consistentemente que el grado de psicopatología encontrado en sujetos adolescentes tiende a ser más pronunciado cuando utilizan normas para adultos, particularmente en las escalas F, 4 y 8.

Finalmente, se han reportado estudios de análisis factorial basados en los datos del nivel de las escalas de Archer, (1984) y Archer y Klinefelter, (1992), tanto con los reactivos como con las escalas. En general, los resultados de estos estudios produjeron patrones factoriales que son razonablemente consistentes con los que han sido típicamente derivados de los hallazgos y que se han obtenido con el análisis factorial en muestras adultas. Como hemos visto, la atención experimental ha incrementado sus investigaciones en el uso del MMPI con poblaciones adolescentes. Sin embargo, hasta muy recientemente ninguna investigación de uso de pruebas se ha enfocado específicamente a clínicos que trabajan principalmente con adolescentes.

Archer, Maravish, Imhof y Piotrowsky, (1991), encuestaron a psicólogos para sondear que tan frecuentemente usaban cada uno de los 67 instrumentos principales para la evaluación. Resultó que el MMPI es el tercer instrumento de evaluación de adolescentes más frecuentemente utilizado. Es el instrumento de evaluación de la personalidad objetivo más empleado con adolescentes.

### 3.2. DESARROLLO DEL MMPI-A

A pesar de la popularidad del MMPI, investigadores y clínicos han expresado preocupación acerca de muchos aspectos del uso del MMPI para evaluar adolescentes. Por ejemplo, Archer, (1991), pidieron a los sujetos de una encuesta que indicaran sus percepciones acerca de las mayores ventajas y desventajas de usar el MMPI con adolescentes. Las mayores ventajas reportadas incluían la naturaleza comprensiva y exacta de los descriptores clínicamente relevantes, la facilidad relativa de la aplicación y la calificación, de este instrumento y la extensa base de datos de investigación disponible para el instrumento. Cuarenta y nueve por ciento de los sujetos tenían preocupaciones relativas a unas normas para adolescentes inadecuadas o caducas, 18% sentían que el nivel literario del MMPI original era muy alto y el 17% de los sujetos objetaron el uso de lenguaje inadecuado o anticuado en el conjunto de reactivos.

Se han expresado preocupaciones serias acerca de la naturaleza de las normas para adolescentes disponibles para el MMPI original. Específicamente las normas para adolescentes de Marks y Briggs, (1972), que estaban basadas en datos de muestras recopiladas de finales de los cuarentas y a mediados de los sesentas en adolescentes blancos. Este conjunto de datos de adolescentes es por lo mismo substancialmente antiguo y muy limitado en términos de representación étnica. Pancoast y Archer, (1988), examinaron las normas adolescentes tradicionales en un meta-análisis de muestras adolescentes normales recopiladas entre 1947 y 1965 y en muestras adolescentes contemporáneas recabadas en 1975. Los resultados apoyan la adecuación de las normas tradicionales de adolescentes para evaluaciones de adolescentes normales recopiladas entre 1947 y 1965. Este intervalo de tiempo coincide con el periodo de recolección de datos para los adolescentes utilizadas por Marks y Briggs, (1972), en la mayor parte de las escalas clínicas. Estos resultados sugieren que las normas tradicionales para adolescentes pueden no proporcionar una línea base normativa confiable, en términos de adecuación de la media, para evaluaciones de adolescentes contemporáneos.

**M M P I - A :**  
**C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z**  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Asimismo, el conjunto de reactivos del MMPI aunque muy extenso, carece históricamente de reactivos de relevancia específica a experiencias adolescentes, incluyendo áreas problemáticas que emergen típicamente durante los años de este período como el uso de drogas, desórdenes de la alimentación y problemas relacionados con la escuela.

Adicionalmente a modificaciones del nivel de los reactivos, la creación de reactivos para el MMPI relacionados con la adolescencia debería proporcionar una oportunidad para construir escalas de medida de relevancia específica al desarrollo y la psicopatología propia de los adolescentes. Aunque muchas escalas del MMPI construidas para adultos, se han aplicado a los adolescentes (por ejemplo las escalas de ansiedad y represión de Welsh, la escala de alcoholismo de MacAndrew, cabe aclarar que éstas no fueron construidas para la población adolescente.

El 1° de julio de 1989, el Comité del Proyecto para el MMPI adolescente, integrado por Butcher, Kaemmer, Tellegen y Archer, fue citado por la editorial de la Universidad de Minnesota para considerar la creación de una forma para adolescentes del MMPI y las características que dicha forma debería incorporar si se emprendiera su construcción, (Lucio y Cols., 1998)

### **3.3. ESTRUCTURA DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A)**

Después de analizar la necesidad de construir un instrumento que evaluara aspectos de la personalidad en los adolescentes, en enero de 1990 se creó el MMPI-A para adolescentes. La versión final contiene 478 reactivos. La administración de los primeros 350 reactivos del folleto del MMPI-A permiten obtener los datos para las escalas de validez L, F y K, y las escalas clínicas. Los 128 reactivos restantes son contestados predominantemente en escalas suplementarias y de contenido. Las escalas clínicas estándar del MMPI se mantuvieron en la forma MMPI-A; sin embargo, 58 reactivos de las escalas básicas y de validez del MMPI original y del MMPI-2, se quitaron en el MMPI-A para adolescentes, en donde alrededor del 88% de los reactivos eliminados fueron de las escalas F, 5(Mf) y 0(Is). Los reactivos eliminados de las escalas básicas del MMPI-A incluían los 13 que también

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez y Ferrás

---

---

fueron descartados de la forma tradicional, en la creación del MMPI-2. En general, los reactivos eliminados del MMPI-A tienen que ver con actitudes o prácticas religiosas, preferencias sexuales, funcionamiento intestinal y urinario, y algunos que parecían inadecuados en términos de las experiencias de vida de los adolescentes.

Se utilizó un criterio empírico para eliminar los reactivos de las escalas F, 5(Mf) y 0(Is). Por ejemplo, los reactivos eliminados de la escala F eran respondidos con una frecuencia cercana al 21%, tanto por hombres como por mujeres, en la muestra normativa del MMPI-A. En el caso de las escalas 5(Mf) y 0(Is), se eliminaron los que no mostraban diferencias significativas de acuerdo al género, en el caso de la escala 5(Mf), o no contribuía a los patrones factoriales establecidos, en el caso de la escala 0(Is).

La estructura final del MMPI-A para adolescentes incluye las 13 escalas básicas originales, combinadas con 4 escalas de validez nuevas, 15 escalas de contenido, 6 suplementarias, 28 subescalas Harris-Lingoes y 3 de introversión social (Is). Las nuevas medidas de validez para el MMPI-A incluyen las subescalas de infrecuencia F<sub>1</sub> y F<sub>2</sub> de la escala F, las escalas de inconsistencia en las respuestas verdaderas (VRIN)(INVER), y la de inconsistencia en las respuestas variables (TRIN)(INVAR) desarrollada por Auke Tellegen. Las escalas suplementarias para el MMPI-A incluyen medidas que fueron desarrolladas para el MMPI original, incluyendo la escala de ansiedad (A), la de represión (R), y la de alcoholismo de MacAndrew (MAC-A). Además, las escalas suplementarias incluyen una variedad de medidas nuevas desarrolladas para el MMPI-A, entre las que se incluyen la escala de inmadurez (INM), la de reconocimiento de problemas con alcohol y drogas (RPAD), y la de tendencia a los problemas con alcohol y drogas (TPAD). En total se construyeron 15 escalas para el MMPI-A, la mayor parte de ellas se traslapan con medidas similares construidas para el MMPI-2, pero muchas de éstas fueron creadas única y exclusivamente para la forma de adolescentes. En la creación de las subescalas de contenido de Harris-Lingoes, se tomaron como base las escalas desarrolladas para el MMPI original; sin embargo se eliminaron algunos de los reactivos y se crearon otros especialmente para los adolescentes.

### 3.3.1. Escalas de Validez del MMPI-A

En el MMPI-A se desarrollaron nuevas medidas de validez: Las escalas de inconsistencia en las respuestas variables, (INVAR)(TRIN) y la escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas, (INVER)(VRIN) y las Subescalas de infrecuencia F1 y F2. Después de la revisión del instrumento se incluyeron cambios importantes como son: La inclusión de estas cuatro escalas nuevas de validez en el inicio del perfil de escalas Básicas. También se hizo un reordenamiento de las escalas L, F y K.

Las escalas tradicionales de validez (F, L y K) desarrolladas originalmente por Hathaway y McKinley, (1943), se crearon para detectar actitudes y respuestas desviadas hacia la resolución de la prueba. La determinación de la validez técnica de los perfiles del MMPI-A es particularmente importante porque probablemente es mayor el porcentaje de perfiles inválidos en las muestras de adolescentes, como resultado de problemas relacionados con consistencia en las respuestas, así como agudeza en las mismas. Sin embargo, conforme se ha acumulado investigación sobre las escalas estándar de validez, Graham, (1978), observó que debemos ver a las escalas de validez como fuentes adicionales de inferencias sobre las conductas extraprueba de los pacientes. Así, éstas aportan información no sólo relacionada con la validez técnica de la prueba, sino también datos concernientes a los correlatos conductuales que con probabilidad se aplican al sujeto.

También un indicador de invalidez en el MMPI-A son las respuestas en el número total de reactivos que el sujeto no logra contestar, o las respuestas en ambas direcciones. Así, ésta no es una escala formal del MMPI puesto que no tiene un conjunto de reactivos que la constituyan. Las hojas de perfil del MMPI original presentan esta escala al inicio de la serie de las escalas de validez. Las hojas del perfil del MMPI-2 y el MMPI-A, aunque aún otorgan un espacio para registrar el puntaje natural de ésta han enfatizado su papel como una escala al ubicarla en la parte inferior izquierda del perfil.

Aunque numerosos estudios han examinado las características de los valores de la escala de en poblaciones de adultos, (Greene, 1980, 1989, 1991), muy poca investigación se ha centrado en este tema en relación con sujetos adolescentes. Ball y Carroll, (1960), examinaron los correlatos de los puntajes entre 262 estudiantes del noveno grado en una

---

---

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Ferrás

---

---

escuela pública de Kentucky. Reportaron que los respondientes varones tuvieron un número promedio mayor de respuestas que las mujeres. Los reactivos omitidos por estos adolescentes tendían a agruparse en categorías amplias:

Reactivos religiosos

Reactivos relacionados con sexualidad y funciones corporales

Reactivos que requerían que el adolescente tomara una decisión sobre características personales sobre las cuales se sienten ambivalentes

En general, los hallazgos con el MMPI original de Ball y Carroll, (1960), y los obtenidos por Archer y Gordon, (1990), con el MMPI-A, indican una relación entre el funcionamiento intelectual y la capacidad de lectura con los puntajes en la escala. Ball y Carroll, (1960), no encontraron relación entre los puntajes de esta escala y las conductas delictivas en su muestra, pero encontraron que los puntajes obtenidos estaban inversamente relacionados con los puntajes que los adolescentes obtenían en las escalas de Inteligencia y con sus calificaciones escolares. Archer y Gordon, (1991), encontraron una relación significativa, ( $r=-0.010$ ,  $p<0.05$ ), entre el número de reactivos no contestados del MMPI-A y las capacidades de lectura de los adolescentes, en una muestra de 495 estudiantes de nivel medio superior. Estos hallazgos sugieren que la incapacidad para responder a los reactivos con frecuencia tiene que ver con limitaciones intelectuales o de lectura en los sujetos, más que con características oposicionistas o desafiantes.

Gottesman, Hanson, Kroeker y Briggs, (1987), reportaron que el valor promedio para la escala en adolescentes normales obtenido por Hathaway y Monachesi, (1963), era de alrededor de tres. Además, un valor natural de cinco a seis equivale a un puntaje T de 70 a 80 puntos en las normas de Gottesman y Cols., (1987), para adolescentes.

Hathaway y Mckinley, (1963), demostraron que las omisiones aleatorias de 30 reactivos o menos en el MMPI tradicional, no distorsionan seriamente las características del perfil. Como se mencionó anteriormente, una mayoría significativa de los adolescentes se espera que omita menos de 10 reactivos en ambas formas, MMPI y MMPI-A. Valores naturales de 11 a 30 puntos en la escala representan substancialmente más omisiones de

---

---

## MMPI-A: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Jose Manuel Perez y Ferras

---

---

las que típicamente se podrían esperar. Este grado de omisión de reactivos en adolescentes que tienen dificultades de lectura, o limitaciones en sus experiencias vitales, lo que lleva a que los reactivos les resulten difíciles de entender. Sin embargo, es poco probable que este rango de valores en esta escala produzca una elevación del perfil o distorsiones en la configuración, a menos que los reactivos omitidos se concentren en unas pocas escalas.

### LA ESCALA F DE INFRECUENCIA Y LAS SUBESCALAS F1 Y F2

La escala F del MMPI original consistía en 64 reactivos seleccionados utilizando el criterio de que no más de un 10% de adultos en la muestra normativa original de Minnesota respondieran a ellos en una dirección desviada. Como resultado de este procedimiento de elaboración, la escala F comúnmente ha sido llamada la escala de frecuencia o infrecuencia.

La escala F incluye una variedad de reactivos relacionados con experiencias, pensamientos y sensaciones extrañas o inusuales, ideación paranoide y actitudes y conductas antisociales.

La escala F del MMPI original era una de las más problemáticas cuando se aplicaba en poblaciones adolescentes, debido a que éstos típicamente producían puntajes naturales mucho más altos que los adultos. Se han reportado de manera consistente diferencias significativas en los puntajes naturales para la escala F entre adultos y adolescentes, tanto en muestras normales como en clínicas, (Archer, 1984, 1987).

Debido a los valores típicamente altos en la escala F encontrados entre los adolescentes, el uso del criterio de validez de esta escala para evaluar la validez técnica de los perfiles es con frecuencia complejo e inefectivo.

En el desarrollo del MMPI-A, fue aparente que los adolescentes producían marcadas elevaciones en la escala F, debido a que muchos de los reactivos de esta escala no funcionan efectivamente en este grupo de edad. Específicamente, 11 de los 60 reactivos de esta escala que aparecen en la forma del MMPI-2 para adultos, dan respuestas positivas en más del 20% de los adolescentes de la muestra normativa del MMPI-A.

---

---

## MMPI-A: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez y Fariás

---

---

Por ejemplo, alrededor del 26% de los adolescentes, varones y mujeres, respondieron verdadero en un reactivo tradicional de ésta: "A veces siento que debo dañarme a mí mismo o a alguien más" y casi un 36% de los varones y 45% de las mujeres respondieron verdadero al reactivo: "Paso más tiempo sentado soñando despierto que haciendo alguna otra cosa".

La escala F tradicional también tenía varios reactivos que podían ser considerados ofensivos puesto que el contenido se relacionaba con creencias religiosas, o con actitudes y funcionamiento sexual. Con base en estas observaciones, la escala F sufrió una importante revisión en el desarrollo del MMPI-A, tendiente a la creación de un nuevo grupo de reactivos para esta, la cual se subdivide en escalas F1 y F2.

La escala F del MMPI-A fue creada seleccionando los reactivos aceptados en una dirección desviada por no más del 20% de los 805 varones y 815 chicas de la muestra normativa del MMPI-A. En la creación de la escala F, 27 reactivos fueron eliminados porque excedían la tasa del 20%, o porque su contenido era inapropiado. Además, 12 reactivos que aparecían en la forma original del MMPI pero no eran incluidos tradicionalmente en la escala F, fueron agregados a la escala F del MMPI-A debido a que cubrieron el primer criterio descrito. Finalmente, la escala F del MMPI-A incluye 17 nuevos reactivos que sólo aparecen en esta versión.

La escala F1 es un descendiente directo de la escala F original y consiste en 33 reactivos, de los cuales 24 aparecían en el original. El resto de los reactivos (9) son nuevos. Todos los reactivos de la escala F1 aparecen dentro de los primeros 350 reactivos del cuadernillo del MMPI-A y por lo tanto puede ser utilizada aún cuando se aplica la forma abreviada. La escala F2 también consiste en 33 reactivos, los cuales aparecen después del reactivo 242 y 16 de los cuales se presentan después del reactivo 350. La escala F2 consiste predominantemente en reactivos que aparecían en el MMPI original en la escala F original. Ocho de los reactivos de esta escala son nuevos.

Las escalas F1 y F2 del MMPI-A pueden ser utilizados con una estrategia interpretativa similar a la que se emplea para las escalas F y Fb del MMPI-2, (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, Kaemmer, 1989). Específicamente, la escala F1 aporta

---

---

# MMPI-A: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

(por Manuel Pérez-Fuentes)

---

información sobre la validez de las respuestas de los adolescentes a las escalas clínicas Básicas del MMPI-A, mientras que la F2 da información sobre las respuestas que se utilizan para obtener los puntajes de las escalas de contenido y suplementarias. Si la escala F1 de un adolescente se encuentra dentro de un rango aceptable, pero F2 está excesivamente elevada ( $t \geq 90$ ), este patrón nos indica que es posible el uso de respuestas aleatorias durante la última parte de la prueba. Bajo estas condiciones, puede ser posible interpretar los datos de las escalas clínicas pero no es válido utilizar de contenido y suplementarias. Sin embargo, si los puntajes F1 exceden el rango aceptable, el protocolo total deberá considerarse inválido y no se podrá hacer interpretación.

## ESCALA DE L MENTIRA

La escala de mentira del MMPI tradicional consiste en 15 reactivos que se seleccionaron originalmente para identificar individuos que deliberadamente intentan mentir, o evitan contestar los reactivos de una manera abierta y honesta. La escala mentiras está codificada en la dirección falsa de todos los reactivos y fue creado con base en una identificación racional e intuitiva de los reactivos. La escala L del MMPI-A contiene todos los reactivos originales excepto uno, por lo que consta de 14 en total. El reactivo eliminado de las escalas original fue: En ocasiones durante las elecciones he votado por un hombre del cual conozco muy poco, debido a la relevancia mínima de éste entre los adolescentes.

La escala L del MMPI-A cubre una variedad de áreas de contenido, incluyendo la negación de impulsos hostiles o agresivos que constituyen áreas de fallas comunes a la mayoría de los seres humanos. Los mayores niveles de puntuación se han relacionado con una mayor duración de la hospitalización entre adolescentes internados, (Archer, White y Orvin, 1979). En general, los correlatos clínicos de la elevación de la escala L en adolescentes parecen ser similares a los correspondientes en población adulta.

## ESCALA K DEFENSIVIDAD.

En contraste con los grandes cambios a la escala F, la escala K no sufrió ninguna eliminación de reactivos en el desarrollo del MMPI-A; y sólo dos reactivos fueron modificados en su redacción. Así, la escala K del MMPI-A; consta de 30 reactivos que

---

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ  
Jose Manuel Perez Y Farias

---

fueron seleccionados empíricamente para identificar a los individuos que presentan grados significativos de psicopatología pero producen perfiles dentro de los límites normales, (Meehl y Hathaway, 1946).

El contenido de los reactivos de la escala K es muy diverso e incluye áreas que van desde el autocontrol, hasta las relaciones familiares e interpersonales, (Greene, 1980). Aunque el procedimiento de corrección K para las escalas Básicas 1, 4, 7, 8 y 9 se ha convertido en una práctica común con sujetos adultos, la corrección K no se utiliza en los perfiles de adolescentes, ni en el MMPI original ni en el MMPI-A. Marks, Seeman y Haller, (1974), presentaron tres razones por las cuales los procedimientos de corrección K no deben ser empleados con adolescentes. Primero, observaron que la corrección K fue originalmente desarrollada en una pequeña muestra de pacientes adultos y por lo tanto su aplicabilidad con adolescentes es cuestionable. Segundo, ellos observaron que Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, (1972), así como otras autoridades, con frecuencia advertían contra el uso de las constantes de K en muestras que diferían significativamente de la que empleó Meehl y Hathaway, (1946) para el desarrollo de las mismas. Finalmente, Marks y Cols., (1974), citan investigaciones previas con población adolescente, mismas que indican que los puntajes de éstos producen una relación más fuerte con los criterios externos, sin el uso del procedimiento de corrección K. Este último patrón también fue reportado por Butcher y Cols., (1989), en los datos del MMPI con población adulta, por lo que surgen dudas respecto a la utilidad de esta corrección, aún en la interpretación de perfiles adultos.

En general, la escala K es única (con relación a las escalas clínicas) en el sentido de que sus valores naturales promedio para adolescentes tienden a ser menores de los encontrados en muestras con adultos. Por ejemplo, el valor natural promedio para la escala K de hombres y mujeres en la muestra normativa de adultos del MMPI-2 fue de 15.30 y 15.03, respectivamente, (Butcher y Cols., 1992). Aunque se ha dedicado poca investigación a este tema, los datos disponibles indican que las elevaciones en la escala K en adolescentes pueden estar relacionadas con los mismos patrones clínicos que se han establecido para adultos. Así, elevaciones marcadamente bajas en la escala K tienden a ser producidas por adolescentes que pueden estar exagerando, consciente o inconscientemente, su grado de sintomatología, en un intento por fingirse mal, o como una medida de súplica

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
de Manuel Pérez y Fariás

---

de ayuda bajo una situación de tensión aguda. Elevaciones en la escala K con frecuencia se relacionan por adolescentes que son defensivos y quienes reportan bajos niveles de problemas psicológicos y síntomas.

Además, este último grupo de adolescentes con frecuencia no logra percibir la necesidad de tratamiento psicológico e intenta negar sus problemas. Con frecuencia se esconden bajo una fachada de ajuste adecuado. En la literatura sobre adolescentes y adultos, perfiles con altos puntajes en K se han ligado a un pobre pronóstico de respuesta a la intervención psicológica debido a la incapacidad del sujeto o su negativa a cooperar con los esfuerzos terapéuticos, (Archer, 1979).

#### ESCALAS ADICIONALES DE VALIDEZ PARA EL MMPI-A

Inconsistencia en las respuestas variables, INVAR (VRIN), e inconsistencia en las respuestas verdaderas, INVER (TRIN).

Para el MMPI-2 se desarrollaron dos escalas, una de inconsistencia en las respuestas variables (INVAR)(VRIN) y otra de inconsistencia en las respuestas verdaderas (INVER)(TRIN), mismas que sirvieron de modelo para sus contrapartes en el MMPI-A. Ambas escalas proveen datos sobre la tendencia de los individuos a responder a los reactivos de una manera constante. La escala INVAR (VRIN), consiste en 50 pares de reactivos con contenido similar u opuesto. Cada vez que el adolescente responde a un para de manera inconsistente, se agrega un punto bruto al puntaje INVAR (VRIN). Para algunos pares de reactivos, dos respuestas verdaderas se puntúan, para otras, la combinación de respuestas falsa y verdadera produce un patrón de respuesta inconsistente que resulta en otro punto más al puntaje INVAR (VRIN). Los hallazgos de la escala INVAR (VRIN) pueden servir como una advertencia de que el adolescente ha respondido al MMPI-A de una manera indiscriminada, o aleatoria. Valores elevados en INVAR (VTRIN) por ejemplo, pueden utilizarse como apoyo a la inferencia de que la elevación de la escala F probablemente refleja falta de cuidado o un patrón aleatorio de respuesta. Sin embargo, debe notarse que los valores T de la escala INVAR (VTRIN), dentro de rangos aceptables no necesariamente implican que un perfil del MMPI-A está sujeto a una interpretación válida.

---

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ  
José Manuel Pérez y Fariñas

---

---

Mientras que los valores de la escala INVAR (VRIN), están relacionados con inferencias sobre la consistencia en el patrón de respuesta de los adolescentes, los hallazgos de esta escala no permiten hacer juicios sobre la agudeza de sus repuestas.

La escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas INVER (TRIN) del MMPI-A, al igual que su contraparte en el MMPI-2, fue desarrollada con el fin de detectar la tendencia del individuo a responder indiscriminadamente a los reactivos como verdaderos (grupos de respuestas aquiescente) o falsos (negativo), independientemente del contenido. Esta escala del MMPI-A consiste en 24 pares de reactivos que se correlacionan negativamente y que son semánticamente opuestos en contenido.

### 3.3.2. Escalas Clínicas

#### HIPOCONDRIASIS 1 (Hs)

La escala de hipocondriasis contiene 32 reactivos y se ha identificado como una de las escalas más homogéneas del grupo de básicas del MMPI, en lo que se refiere al contenido y la estructura interna. Se ha encontrado que en los adolescentes con enfermedades crónicas es posible observar elevaciones moderadas, (puntuaciones T de 60 a 64) (Butcher y Cols., 1992). Con relación a la validez y confiabilidad de la escala se han obtenido coeficientes de correlación de retest en esta escala de 0.79. y en estudios de consistencia interna, (alfa de Cronbach), se observaron coeficientes alfa de Cronbach 0.78 en hombres y 0.79 en mujeres.

#### DEPRESIÓN 2 (D)

Esta escala fue desarrollada por Hathaway y McKinley, (1942), y está constituida por 57 reactivos. Lachar y Wrobel, (1990), reportan que se han observado correlaciones más significativas en las adolescentes mujeres que en los hombres. Esta escala describe un índice de insatisfacción general con la propia vida, incluyendo falta de motivación, desesperanza y baja moral, (Archer, 1987). En cuanto a la confiabilidad de la escala, se han obtenido coeficientes de correlación del retest de 0.78 y en la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach de 0.65 en hombres 0.66 en mujeres.

---

---

### HISTERIA 3 (Hi)

Esta escala consta de 60 reactivos que describen a sujetos poco asertivos, dependientes y capaces de modificar rápidamente su conducta; con preocupación por satisfacer las expectativas y demandas sociales. Los adolescentes con este problema son descritos como personas con mayor tendencia a manifestar ansiedad o estrés a través de la somatización, (Green, 1991; Archer, 1992). Butcher y Cols., (1998), encontraron que las pacientes psiquiátricas, adolescentes pueden manifestar quejas somáticas.

### DESVIACIÓN PSICOPÁTICA 4 (Dp)

Esta escala consta de 49 reactivos. Se ha encontrado que desde el MMPI original los adolescentes presentan puntuaciones crudas promedio más elevadas que los adultos (Marks y Cols., 1974; Archer, 1987; Williams y Butcher, 1989b; Archer y Klinefelter, 1992). Hathaway y Monachesi (1963) y Marks y Cols., (1974), reportan que las puntuaciones de la escala 4, se incrementan más severamente en la conducta delincuente, y que también están relacionadas con problemas de conducta y de adaptación en la escuela (Archer y Cols., 1988). Los coeficientes de correlación obtenidos con esta escala son de 0.80.

### MASCULINIDAD Y FEMINIDAD 5 (Mf)

De acuerdo a Archer, (1992), 16 subdivisiones fueron eliminadas de la escala original del MMPI para (Mf), el contenido de área es amplio y cubre trabajo, recreación, relaciones familiares y sensibilidad. Esta escala fue desarrollada originalmente por Hathaway y Mckinley, (1943), para identificar hombres homosexuales, pero estos autores encantaron dificultad para diagnosticar y claramente definir a este grupo. El primer grupo originalmente seleccionado incluía a 13 hombres homosexuales libres de problemas neuróticos, psicóticos o con tendencia psicopática. Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom en 1972, (en Archer y Cols., 1992) señalaron alguna imprecisión en la realizado por Hathaway y Mckinley, (1942), al desarrollar la escala Mf, (inversión sexual femenina).

41 de las 44 subdivisiones en la escala 5 llevan la misma dirección en ambos sexos, los 3 restantes llevan en dirección opuesta tanto en hombres como en mujeres, las puntuaciones en la "t" son invertidas (puntuación alta en hombre = puntuación baja en mujer: Puntuación baja

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

en hombre = puntuación alta en mujer). Esta escala representa una medida bipolar de rol de identificación de género.

Esta escala tiene 6 subdivisiones, según Schuerger, Foerstner, Serkawnek y Ritz. (en Archer y Cols., 1992.), las cuales son: Mf1 (narcisista-hipersensible); Mf2 (intereses estereotípicos femeninos); Mf3 (intereses estereotípicos masculinos); Mf4 (desconfor pasividad heterosexual); Mf5 (introspectivo-crítico) y Mf6 (retraído social).

Una gran controversia ha surgido en años recientes acerca de la interpretación de esta escala. Graham en 1990, (en Archer, 1992.), notó que la puntuación en esta escala baja acorde con inteligencia, educación y nivel socioeconómico, como lo sugiere Greene, (en Archer, 1992), la calificación de esta escala para identificar homosexualidad se encuentra limitada por un gran número de factores que influyen en la identificación y orientación sexual. En 1991 Greene notó que la elevación en la puntuación en la escala 5 era característica de sujetos con desordenes psiquiátricos. La moderada elevación de esta escala es difícil de interpretar debido a una variedad de factores que influyen, mientras que la puntuación baja en la mujer indica aceptación del rol tradicional femenino, el que implica pasividad, sumisión y adaptación de muchos aspectos de la feminidad tradicional. Según Greene, la puntuación baja en hombres refleja una masculinidad compulsiva de una manera rígida e inflexible. Gynther encontró que estos hombres se describían a sí mismos como dominantes e impersonales, (en Archer, 1992)

Según Hathaway y Monachesi en 1963, (en Archer, 1992), los sujetos con alta puntuación en la escala 5 tenían alto nivel socioeconómico, eran inteligentes y su ocupación era profesional o semiprofesional, estos adolescentes tendían a tener alto nivel de inteligencia y grados académicos y con baja tendencia a realizar actos delictivos o conductas antisociales; en contraste con los adolescentes con baja puntuación en la escala 5 los cuales eran proclives a cometer actos delictivos o su puntuación académica era baja, esto también ocurría en mujeres, (baja puntuación = alto grado académico y socioeconómico). Butcher y Cols., (1992), encontraron que alta puntuación tanto en hombres como en mujeres estaba relacionada con problemas de conducta y legales, (en Archer, 1992).

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez y Ferrás

---

#### PARANOIA 6 (Pa)

La escala está constituida por 40 reactivos que describen patrones de conducta relacionados con agresividad, problemas escolares, conductas hostiles, dependencia y retraimiento, distraídos, suspicaces y, en casos extremos, más propensos a manifestar delirios de persecución o paranoia, (Lachar y Wrobel, 1990). En la escala 6(Pa) se han obtenido coeficientes de correlación test-retest de 0.80, y coeficientes de consistencia interna mediante el alfa de Crombach relativamente moderados: .57 hombres y .59 en mujeres.

#### PSICASTENIA 7 (Pi)

De acuerdo con Archer (1992), la escala consiste de 48 reactivos para medir la psicastenia (síndrome neurótico conceptualizado como neurosis obsesivo-compulsiva). Los individuos con este padecimiento se caracterizan por presentar una personalidad doble (compulsión y obsesión), con altos niveles de tensión y ansiedad. El contenido de la escala cubre una gran variedad de sintomatología: Infelicidad, dificultad de concentración, obsesión, ansiedad, sentimientos de inferioridad e inadecuación. Los adolescentes son descritos como ansiosos, tensos, indecisos, autocríticos y tendientes a la auto perfección. Green indica también un patrón de obsesiones y reflexiones intensas que constituyen una sintomatología incapacitante, (Hathaway y Monachesi, 1963; Archer, 1992).

#### ESQUIZOFRENIA 8 (Es)

La escala tiene 77 reactivos y se refiere a patrones que incluyen procesos de pensamiento delirante, percepciones peculiares, (alucinaciones), aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades para concentrarse, impulsividad, suspicacia, vulnerabilidad al estrés, retraimiento y aislamiento. Se ha encontrado que los adolescentes que presentan elevaciones en esta escala tienen problemas que con mucha frecuencia implican falta de contacto con la realidad, (Archer, 1987; Archer y Gordon, 1988). Butcher y Cols., (1989), encontraron un coeficiente de correlación en el test-retest de 0.83. La escala 8 (Es) ha demostrado tener una fuerte consistencia interna mediante el alfa de Crombach (.88 en hombres y .89 en mujeres).

---

M M P I - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez y Fariás

---

HIPOMANÍA 9 (Ma)

Esta escala se constituye de 46 reactivos y trata respuestas que están relacionadas con delirios de grandeza, irritabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, estado de ánimo elevado e hiperactividad cognitiva y conductual. También evalúa los sentimientos de intranquilidad y la necesidad de actividad (Pancoast y Archer, 1988). Hathaway y Monachesi, (1963), refieren que la escala 9 se relaciona con el entusiasmo y la energía que tiende a ser característica de los adolescentes. Se ha encontrado que el coeficiente de correlación del test-retest es de 0.70 y la consistencia interna mediante el alfa de Crombach, es moderadamente baja, 0.61 en hombres y de 0.61 en mujeres.

INTROVERSIÓN SOCIAL 0 (Is)

Según lo mencionado por Archer, (1992), la escala (Is) introversión social del MMPI-A, consiste en 62 reactivos y fue desarrollada por Drake en 1946, (en Archer, 1992), basado en las respuestas de estudiantes de bachillerato que obtuvieron puntajes extremos en una evaluación de introversión/extroversión social. El puntaje T elevado refleja alto grado de introversión social, los individuos con este puntaje son inseguros y se incomodan ante situaciones sociales; tienden a ser sumisos, tímidos y sin confianza en sí mismos. En cambio los pacientes con bajo puntaje son extrovertidos y amigables con necesidad de aceptación y reconocimiento.

Por otra parte Hathaway y Monachesi, (1963) (en Archer, 1992), encontraron que perfiles que presentaban bajos puntajes en la escala 0 pertenecían a muchachos con altos niveles de inteligencia pero con un rendimiento académico irregular. Los mismos autores interpretaron este hecho como un indicador del conflicto potencial entre los intereses sociales de los adolescentes y el éxito, y su desempeño académico.

Las puntuaciones altas en la escala 0, sugieren los siguientes rasgos, que han sido asociados con una puntuación alta en la escala 0 ( $T=60$ ), en adolescentes, (Archer, 1992): Introversión y resentimiento social, baja autoestima, timidez y retraimiento, baja posibilidad de involucramiento en actos delictivos, sumisión, inseguridad y pérdida de la autoconfianza, sobrecontrol, confiabilidad, sin habilidades sociales.

Las puntuaciones bajas se relacionan con las siguientes; son características encontradas en adolescentes con un puntaje de  $T=40$ , tales como: Sociables, extrovertidos, inteligentes, activos, interesados en el poder social y económico, socialmente competentes, (Archer, 1992).

### 3.3.3. Escalas de Contenido

#### ANSIEDAD DE ADOLESCENTES (ANS-A)

Esta escala está compuesta por 23 reactivos. Las puntuaciones elevadas en la escala de Ans-A indican numerosos síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño, (pesadillas, sueño intranquilo, dificultad para conciliar el sueño, etcétera). Se encontró que el coeficiente de correlación de test-retest para esta escala es de 0.81. Los coeficientes de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach son de 0.76 para hombres y 0.80 para mujeres.

#### OBSESIDAD DE ADOLESCENTES (OBS-A)

La escala de obsesividad esta constituida por 15 reactivos. Los adolescentes que obtienen calificaciones altas en esta escala refieren que se preocupan en exceso, a veces por cosas insignificantes, y expresan tener serias dificultades para tomar decisiones. Datos empíricos sugieren que la escala puede estar relacionada con inadaptación generalizada, así como con dependencia y conducta ansiosa. El coeficiente de correlación del test-retest es de 0.70, y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach de 0.72 hombres 0.72 mujeres, (Archer, 1989).

#### DEPRESIÓN (DEP-A).

Escala de Depresión de adolescentes (DEP-A). Esta escala contiene 26 reactivos, de los cuales 25 también aparecen en la escala de Depresión del MMPI-2. Además, 24 de los 26 reactivos de la escala DEP-A fueron derivados de la forma original del MMPI. Los reactivos de la escala DEP-A han sido relacionados con depresión y tristeza, apatía, poca energía, y baja moral. En la muestra de pacientes internos de Archer y Gordon, (1991), los puntajes de DEP-A fueron altamente correlacionados con los puntajes de la escala de

---

---

MMPI-A:  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Ferrás

---

---

Depresión (DEP) de Wiggins, ( $r = 0.92$  para mujeres y  $r = 0.90$  para hombres). Los puntajes de DEP-A no fueron altamente correlacionados con la escala 2, pero fueron fuertemente asociados con las escalas básicas 7 y 8. Varios de los reactivos de la escala DEP-A, abarcan sentimientos de pesimismo y desesperanza. Un reactivo de la escala DEP-A (reactivo No. 177), relaciona la aparición de ideas suicidas.

Butcher y Cols., (1992), reporta que los altos puntajes de DEP-A por adolescentes en lugares clínicos fueron asociados con una variedad de comportamientos y síntomas relacionados con depresión y la aparición de ideas suicidas. Archer y Gordon, (1991), también encontraron pensamientos suicidas relacionados con altos puntajes de DEP-A en mujeres adolescentes, al igual que intentos suicidas fueron relacionados con altos puntajes de DEP-A para hombres adolescentes. Las siguientes características son asociadas con altos puntajes en la escala de DEP-A: Tristeza, depresión y pérdida de esperanza, fatiga y apatía, y una sensación continua de desesperanza que puede incluir ideas suicidas.

#### PREOCUPACIÓN POR LA SALUD DE ADOLESCENTES (SAU-A)

Esta escala contiene 37 reactivos. Datos empíricos aportan un sólido sustento para la escala SAU-A como medida de las quejas somáticas en los sujetos de la muestra clínica. Tanto en hombres como en mujeres normales, las calificaciones elevadas en esta escala parecen relacionarse con mala conducta, pobre desempeño académico y demás problemas escolares. El coeficiente de correlación test-retest obtenido para esta escala es de 0.76, y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0.81 para hombres y de 0.82 para mujeres.

#### ENAJENACIÓN (ENA-A)

Escala de enajenación de adolescentes (ENA-A). Esta escala del MMPI-A tiene 20 reactivos y no corresponde directamente a ninguna de las escalas de contenido del MMPI-2. La escala ENA-A esta diseñada para identificar adolescentes que tienen una personalidad solitaria y alienada, y tienen un sentimiento pesimista acerca de las interacciones sociales. Ellos no creen que otros los entiendan o simpaticen con ellos, y perciben sus vidas como desafortunadas o implacenteras, ellos pueden sentir que nadie les hace caso o que no

MMPI-A:  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ  
José Manuel Pérez y Ferrás

---

---

dependen de nadie. Puede esperarse de estos adolescentes que tengan pocos o ningún amigo cercano. La escala ENA-A es mayormente correlacionada con la escala básica 8 del MMPI ( $r = 0.71$  para mujeres y  $r = 0.73$  para hombres). Los datos de Archer y Gordon, (1991), indican que ésta escala de contenido del MMPI-A es altamente correlacionada con la escala de Depresión (DEP) de Wiggins para mujeres ( $r = 0.69$ ) y con la escala de Psicosis (PSY) de Wiggins para hombres ( $r = 0.70$ ).

Williams y Cols., (1990), reportan que la escala ENA-A muestra correlaciones tanto en las muestras normativas como en las clínicas relacionadas con el sentimiento de distancia emocional de otros. En la muestra clínica de Archer y Gordon, (1991), los altos puntajes de mujeres adolescentes fueron relacionados con aislamiento, mentiras e irritabilidad, al igual que los altos puntajes para hombres adolescentes fueron relacionados con reacciones provocativas, excesivo uso de la fantasía, y la aparición de alucinaciones y pensamientos suicidas. Las siguientes son características asociadas con altos puntajes de ENA-A: sentimiento de soledad, alienación y frustración, aislamiento social.

#### PENSAMIENTO DELIRANTE (DEL-A)

Escala de pensamiento delirante de adolescentes (DEL-A). La escala DEL-A contiene 19 reactivos, de los cuales 17 también aparecen en la escala del MMPI-2. Once de los 19 reactivos también aparecen en la escala F del MMPI-A. Todos los reactivos, a excepción de uno, pueden ser encontrados en el banco de reactivos de la forma original del MMPI. Los adolescentes que producen altos puntajes en la escala de DEL-A se caracterizan por la presencia de procesos de pensamiento psicótico. Reportan experiencias extrañas e inusuales, las cuales pueden incluir alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias. Además pueden tener síntomas paranoicos, incluyendo sentimientos de que todos están en su contra o que esta siendo controlado por otros. Los puntajes de DEL-A son altamente correlacionados con las escalas F y 8 de la forma básica del MMPI-A en la muestra normativa y con la escala de Psicosis (PSY) de Wiggins en la muestra de Archer y Gordon, (1991), de pacientes internos.

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez y Fariñas

---

---

Williams y Cols., (1990), reportan que la escala de DEL-A, aparentemente mide la desadaptación general de adolescentes normales y fueron asociados con una muestra clínica, con la presencia de experiencias sensoriales delirantes y síntomas psicóticos. Archer y Gordon, (1991), encontraron que los altos puntajes de DEL-A en pacientes internas mujeres fueron relacionados con alucinaciones, un pobre control emocional, y una pobre comparación de la realidad; al igual que los altos puntajes de los hombres fueron asociados con agresividad, dificultades legales, la perpetración de abuso sexual, alucinaciones y una pobre comparación de la realidad. Las siguientes características son asociadas con los puntajes elevados de la escala de DEL-A: Una pobre comparación de la realidad, deficiencias para controlar la impulsividad, la presencia de desórdenes mentales o procesos de pensamiento psicótico; de sintomatología paranoide, incluyendo alucinaciones y falsas creencias.

#### ENOJO-ADOLESCENTES (ENJ-A).

Escala compuesta por 11 reactivos, donde las calificaciones elevadas indican importantes problemas con el control del enojo. Los sujetos con calificaciones elevadas tienen antecedentes de asaltos y otras conductas de acting out. Esta escala ha demostrado tener una elevada validez externa en muestras clínicas. El coeficiente de correlación para el test-retest es de 0.72, y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach es de 0.69 en hombres y 0.66 en mujeres.

#### CINISMO-ADOLESCENTES (CIN-A).

La escala está integrada por 22 reactivos. Se ha encontrado que los adolescentes con calificaciones elevadas en esta escala muestran actitudes misantrópicas. El coeficiente test-retest de esta escala es de 0.73 y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach de 0.79 en hombres y 0.81 en mujeres.

#### PROBLEMAS DE CONDUCTA-ADOLESCENTES (PCO-A).

Escala compuesta por 23 reactivos, en donde las calificaciones elevadas indican diversos problemas de conducta, incluyendo robo, mentiras, romper o destruir objetos, comportamiento irrespetuoso, maldecir y actitud opositorista. En todos los casos los

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
Jose Manuel Perez Y Faria.

---

calificaciones elevadas de esta escala se asocian a importantes problemas en la conducta. Además, se encontró que los problemas con este comportamiento fueron más numerosos y más severos en la muestra clínica que en la muestra normativa. Los datos indicaron una elevada validez externa que se repite en la muestra clínica y normativa, en ambos géneros y en diferentes mediciones. El coeficiente de correlación del test-retest para esta escala es de 0.62 y el coeficiente de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0.72 para hombres y mujeres.

BAJA AUTOESTIMA-ADOLESCENTES (BAE-A).

Esta escala esta constituida por 24 reactivos, en donde los sujetos con calificaciones elevadas tienen una visión negativa y falta de confianza en si mismo y piensan que es un inútil o que se tienen pocas habilidades, y no ser capaces de hacer nada bien, por lo que tienen un desempeño pobre en la escuela. En la muestra clínica las calificaciones elevadas parecen ser un indicador de depresión, principalmente en adolescentes del sexo femenino. El coeficiente de correlación del test-retest, obtenido en esta escala es de 0.78 y el coeficiente de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0.71 en hombres y 0.75 en mujeres.

ASPIRACIONES LIMITADAS-ADOLESCENTES (ASL-A).

Escala integrada por 16 reactivos. Es una medida que está relacionada con tendencias antisociales, participación limitada en las actividades colectivas y obtención de pocos logros. Se ha obtenido en el coeficiente de correlación test-retest un puntaje de 0.66 y en la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach un promedio de 0.55 en hombres y 0.59 en mujeres.

INCONFORMIDAD EN SITUACIONES SOCIALES-ADOLESCENTES (ISO-A).

La escala contiene 24 reactivos. Las conductas relacionadas con una puntuación elevación en esta escala son consistentes con su conceptualización como medida de inconformidad y alejamiento social. Además, las puntuaciones elevadas en mujeres se han relacionado con depresión y problemas de conducta alimenticia. El coeficiente de

---

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

correlación del test-retest fue de 0.76 y el coeficiente de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0.77 hombres y de 0.78 en mujeres.

#### PROBLEMAS FAMILIARES-ADOLESCENTES (FAM-A).

Escala con 15 reactivos que evalúa los problemas que vinculan al adolescente con sus padres y otros miembros de la familia relacionados con discordia, celos, enojos, pleitos constantes, serios desacuerdos, necesidad de amor y comprensión y una limitada comunicación. Se relaciona también con desacuerdos con y entre los padres. Puede indicar también una variedad de síntomas y conductas delictivas, así como neuróticas. El coeficiente de correlación test-retest obtenido es de 0.82 y el de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0.81 en hombres y 0.82 en mujeres.

#### PROBLEMAS ESCOLARES-ADOLESCENTES (ESC-A).

Esta escala contiene 20 reactivos que se relacionan con numerosas dificultades en la escuela, bajas calificaciones, suspensiones, actitudes negativas hacia los profesores y desagrado por la escuela, además de una baja participación en actividades escolares o deportivas. Es además otra de las nuevas escalas de contenido específico para adolescentes. Se tiene evidencia para la validación externa de esta escala, tanto en la muestra clínica como en la normativa. Altos puntajes son indicativos de problemas de conducta, académicos y de relaciones en la escuela; también mide el desajuste en general. El coeficiente de correlación del test-retest obtenido en esta escala es de 0.64 y el de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach de 0.69 en hombres y 0.69 en mujeres.

#### RECHAZO AL TRATAMIENTO (RTR-A)

Escala de rechazo al tratamiento en adolescentes (RTR-A). La escala de rechazo al tratamiento del MMPI-A tiene 26 reactivos, de los cuales 21 también aparece en la escala RTR del MMPI-2. Sólo 9 de los reactivos en la escala RTR-A son derivados del instrumento original del MMPI. Los adolescentes que producen altos puntajes en la escala RTR-A pueden presentar barreras a la base del tratamiento mediante apatía o poca esperanza concerniente a su habilidad de cambio, o mediante sospechas y falta de credibilidad de la ayuda ofrecida por otros, (incluyendo profesionales de la salud mental). Estos adolescentes

---

---

pueden sentir que son incapaces de hacer cambios significativos en sus vidas, o que el trabajar con otros en un proceso de cambio es inefectivo o una muestra de debilidad. La escala RTR-A es altamente correlacionada, ( $r > 0.60$ ), con las escalas 7 y 8 del MMPI-A. La escala RTR-A también es altamente correlacionada, ( $r > 0.60$ ), con la escala suplementaria de inmadurez (IMN), y con las escalas de depresión (DEP) y psicosis (PSY) de Wiggins.

En la muestra de pacientes internos de Archer y Gordon, (1991), los altos puntajes de RTR-A en hombres adolescentes fueron asociados con el interés en el sexo opuesto, pobres relaciones con sus hermanos, el uso excesivo de la fantasía y una tendencia a amenazar físicamente a sus iguales. Altos puntajes en la escala de RTR-A en las mujeres adolescentes fueron asociados con una pobre coordinación física y movimientos físicos inusuales. Williams y Cols., (1990), también fracasaron al intentar encontrar un patrón claro de correlaciones clínicas para la escala RTR-A, basado en el contenido anterior de la escala RTR-A. Las siguientes correlaciones tienden a ser asociadas con altos puntajes: La presencia de actitudes o expectativas negativas respecto al tratamiento de salud mental, pesimismo con respecto a la habilidad de uno para cambiar, la creencia de que hablar de los problemas con otros no ayuda o no es útil, o es un signo de debilidad.

### 3.3.4. Escalas Suplementarias

#### ANSIEDAD (A-A)

La escala de Ansiedad fue originalmente creada como una escala de 39 reactivos, analizado de tal manera que los puntajes altos de la escala A-A son asociados con un mayor grado psicopatológico. Los altos puntajes pueden ser descritos como un reflejo de individuos que son desadaptados, ansiosos, depresivos, pesimistas, inhibidos e inconformes (Graham, 1990). A pesar de que estos adjetivos tienen una gran connotación negativa, también se puede notar que los altos puntajes en la escala A-A son asociados con un sustancial relajamiento emocional, que puede servir como motivador para cambios positivos en un proceso psicoterapéutico. En contraste, los bajos puntajes de la escala A-A han sido relacionados con una preferencia por la actividad, libres de ansiedad y disconformidad, sociabilidad, manipulables e impulsividad, (Graham, 1990). Archer, Gordon, Anderson y Giannetti, (1989), examinaron la escala especial correlacionada en una muestra de 68

---

---

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez y Fariás

---

---

adolescentes. Estos autores reportaron que los adolescentes con altos puntajes de A-A pueden ser descritos como ansiosos, miedosos, con sentimientos de culpa y críticos de sí mismos. Los adolescentes con altos puntajes en A-A también tienden a ser vistos por sí mismos (en otros instrumentos de reporte personal) y otros, incluyendo miembros de la familia y del equipo de tratamiento, como significativamente más desadaptados que otros adolescentes. La escala A-A del MMPI y la escala básica Pt fueron altamente correlacionadas en esa muestra ( $r = 0.90$ ), y una alta incidencia que presentan problemas relacionados con intentos, pensamientos e ideas de suicidio fueron relacionados con las elevaciones de la escala A-A. En el MMPI-A, la escala A-A de Welsh ha sido reducida a 35 reactivos.

#### REPRESIÓN (R-A).

Esta escala esta constituida por 33 reactivos. La evaluación de esta escala se relaciona con respuestas de ansiedad, miedo, autocrítica y propensión a la culpa, (Archer, Gordon, Anderson y Giannetti, 1989). Con relación a la confiabilidad de esta escala, se han obtenido coeficientes de correlación test-retest de 0.65 y en la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach se obtuvieron coeficientes de 0.65 en hombres y 0.52 en mujeres.

La escala de represión originalmente consistía de 40 reactivos desarrollados por Welsh, (1956), para entender la segunda dimensión que emerge cuando las escalas estándares del MMPI son sujetas a factores de análisis. Como en la escala A-A, en la escala R-A aparecen en la versión original del MMPI, del MMPI-2, y del MMPI-A. En el MMPI-A, la escala R-A ha sido reducida a 33 reactivos, los cuales son calificados en una dirección, falsa. Algunos de los reactivos fueron conservados y eliminados en la escala R-A del MMPI-A. En la investigación de Archer, (1989), los puntajes de R-A fueron encontrados por estar negativamente correlacionados con los valores de la escala 9 y los valores de la escala alcoholismo de Mac Andrew, y positivamente correlacionados con varias escalas, incluyendo L, K y la triada de neurosis (escalas Hs, D, y Hi). Este descubrimiento es consistente con las expectativas basadas en los patrones reportados para el segundo factor del MMPI. Este factor típicamente muestra descubrimientos positivos en la triada de neurosis y negativos en la escala 9, (Graham, 1990; Greene, 1991). Correlaciones significativas

---

---

**M M P I - A :**  
**C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z**

José Manuel Pérez y Ferrás

---

---

para puntajes altos en R-A en adolescentes expuestos en el estudio de Archer, (1992), incluyen los siguientes: Incontrolables, muestran pocos sentimientos, son inhibidos, preocupados, pesimistas y enojones.

**ALCOHOLISMO DE MACANDREW REVISADA (MAC-A).**

Consta de 49 reactivos. La escala se construyó utilizando dos grupos diferentes de pacientes varones: Uno de alcohólicos y otro con problemas psiquiátricos. Investigaciones sobre el uso de la versión original de esta escala con adolescentes han sido más extensivas que las investigaciones sobre otras escalas suplementarias, (Wolfson y Erbaugh, 1984; Wisniewski y Cols., 1985; Andrucci, Archer y Pancoast, 1989; Archer, 1989; Gottesman y Prescott, 1989). Puntajes crudos de 28 o superiores sugieren abuso en el consumo de sustancias. Altos puntajes se refieren a personas socialmente extravertidas, exhibicionistas y que les gusta tomar riesgos. Los criterios para elevaciones moderadas y altas en MAC-A son similares a los usados para las escalas clínicas y de contenido, (puntajes T de 60-64 y 65 respectivamente). El coeficiente de correlación test-retest obtenido es de 0.47 y el de consistencia interna alfa de Cronbach es moderado: 0.50 para hombres y 0.45 para mujeres.

**RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL Y/O DROGAS (RPAD).**

Integrada por 13 reactivos esta escala fue desarrollada para determinar la buena voluntad de un individuo joven para reconocer sus problemas con el abuso del alcohol y otras drogas; así como los síntomas asociados a dicho abuso. La escala RPAD fue desarrollada utilizando una combinación de una escala de construcción estadística-racional, (Weed y Cols. 1992; Butcher y Cols., 1992), y se validó en forma cruzada con muestras de adolescentes normales; adolescentes con problemas de abuso de alcohol y otras drogas, y adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Las elevaciones moderadas son de T 60 a 64, y las altas de T 65 o mayores. Las puntuaciones que se encuentran por debajo de T 60 indican cuán extensamente el adolescente ha admitido sus problemas con el alcohol y las drogas. El coeficiente de correlación test-retest obtenido para esta escala es de 0.56 y la de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.64 en hombres y 0.66 para mujeres.

---

---

#### TENDENCIA A PROBLEMAS CON EL ALCOHOL Y/O DROGAS (TPAD).

Esta escala está integrada por 36 reactivos y es una medida derivada empíricamente para el MMPI-A, desarrollada para determinar la probabilidad de que los adolescentes presenten problemas con el alcohol y las drogas, (Weed y Cois., 1992), identificando aquellos reactivos que diferenciaban significativamente entre adolescentes masculinos y femeninos en tratamiento contra el abuso del alcohol y drogas, y de adolescentes sin estos problemas que se encontrarán en un tratamiento de salud mental. Los reactivos de TPAD fueron validados de forma cruzada sin una reducción significativa. El contenido de los reactivos se relacionan con el abuso de sustancias y se incluye la influencia negativa del grupo de iguales, violación de reglas, búsqueda de estímulos, actitudes negativas contra la autoridad y problemas con los padres. Los adolescentes con puntajes elevados están propensos a desarrollar problemas con el alcohol y las drogas. Los coeficientes de correlación del test-retest son de 0.70 y la consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.63 para hombres y 0.61 para mujeres.

#### INMADUREZ (INM-A).

Esta escala de inmadurez, constituida por 43 reactivos, fue desarrollada para el MMPI-A por Archer, Pancoast y Gordon, (1994). Esta escala se basó en una investigación de estos autores, que exploraba la relación entre maduración, (utilizando el concepto de desarrollo del Yo de Loevingers, (1976), y las respuestas de adolescentes al MMPI. La escala de INM-A determina el grado en el cual el adolescente reporta conductas, actitudes y percepciones de él mismo y otras que reflejan inmadurez interpersonal, complejidad cognitiva, miedos propios, juicios y control de impulsos. Se ha observado un alto coeficiente alfa de Cronbach de .80 en la muestra normativa para varones y .83 para mujeres. Los coeficientes de correlación del test-retest de una semana para la escala del INM-A, fueron de .83 para una muestra de 86 sujetos femeninos y .75 para una muestra de 63 sujetos masculinos de escuelas públicas, (Archer, 1984, 1987).

### 3.4. INVESTIGACIONES CON EL MMPI-A

Algunas investigaciones hechas con el MMPI-A en los Estados Unidos de Norteamérica podrían ser las hechas por Klinefelter, Pancoast, Archer y Pruitt, (1990), en donde se examinaron los efectos de tres grupos de normas para adolescentes. Normas de Marks y Briggs, (1972), Gottesman y Cols., (1987) y las de Colligan y Offord, (1989). La muestra estuvo constituida por 100 pacientes psiquiátricos entre 12 y 18 años, internos y externos. Concluyeron que había diferencias dependiendo del grupo de normas que se utilicen.

Ehrenworth y Archer, (1985), estudiaron los perfiles y la proporción de exactitud clínica en las respuestas de 26 varones, (media de edad de 14.3 años), y 34 mujeres, (media de edad 15.2 años), donde se hicieron tres grupos que mezclaban normas para adultos y adolescentes y descriptores para ambos. Los resultados fueron comparados con una evaluación hecha por un terapeuta en 5 sesiones. Se concluyó que el enfoque interpretativo para adolescentes era menos exacto, que los otros dos, aunque se menciona que todos los grupos tienen exactitud limitada.

Archer, Gordon y Kirchner, (1987), estudiaron los 5 perfiles característicos de respuesta al MMPI-A utilizando las normas del MMPI-A en un grupo de adolescentes. Concluyeron que los patrones de contestación todo cierto y todo falso en ellos fue muy parecido a los obtenidos por Lachar y Cols., (1976) y Graham, (1977). Mientras que los patrones de respuesta al azar si difirieron en la forma, más no en la elevación de los puntajes.

También existen estudios hechos que relacionan el uso de drogas y el MMPI-A como los de Andrucci, Archer, Pancoast y Gordon, (1989), donde se hizo una relación entre la escala de alcoholismo de MacAndrew, la escala de sensaciones y el uso de drogas. Se concluyó que existe una relación significativa entre las medidas de la personalidad, la escala de sensaciones y el uso de drogas en la muestra.

MMPI - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ  
Jose Manuel Perez Y Faria

---

Archer y Jacobson, (1993), hicieron un estudio con el MMPI-A en un grupo de adolescentes para examinar si los reactivos críticos eran realmente críticos. Concluyeron que la veracidad de los reactivos críticos es limitada en el grupo de adolescentes.

Una de las investigaciones que han reportado estudios sobre la confiabilidad y validez con el MMPI-A es la hecha por Butcher y Cols., (1989), con 805 varones adolescentes y 815 mujeres, en 8 estados de los Estados Unidos de Norteamérica. Concluyeron que el MMPI-A era confiable para la muestra Norteamericana.

Amputia, Lucio y Duran, (1998), estudiaron la relación existente entre los factores generadores de estrés y el MMPI-A. El objetivo real de este estudio era encontrar la relación existente entre los eventos estresantes de vida y su repercusión en los rasgos de personalidad de un grupo de 280 adolescentes mexicanos. El grupo se balanceó por edades y sexo. Los resultados demostraron que las escalas de frecuencia, corrección K, paranoia, desviación psicopática y socialización tienen una alta correlación, si se toma en cuenta los eventos traumáticos de vida y los rasgos de personalidad, medidos a través del MMPI-A.

Archer, (1997), sugirió, a partir de la elaboración del Manual del MMPI-2 por Butcher y Cols., (1992), algunas áreas donde deberían dirigirse los esfuerzos de los investigadores. Sugiere que estas áreas deben ser la interpretación de los códigos, elevaciones en los perfiles en muestras clínicas, las ventajas y desventajas de utilizar las normas nuevas y las originales del MMPI-A. El estudio de los criterios de evaluación y la determinación del rango de edad óptimo para los sujetos a los que se le aplica este instrumento.

Baer, Ballener, Berra y Wetter, (1997), estudiaron las respuestas al azar en 106 adolescentes, al aplicarles el MMPI-A. Se les pidió que dijese las razones, las circunstancias físicas y la frecuencia bajo las cuales ellos tendían a dar las respuestas al azar en una aplicación común del MMPI-A. La relación entre los autoreportes y los puntajes de las escalas de INVER e INVAR fueron altas.

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

José Manuel Pérez y Fariñas

---

---

Negy, Leal, Tranor y Carlson, (1997), con el objeto de saber como respondían los adolescentes mexicano-norteamericanos ante el MMPI-A, se evaluaron 120 sujetos. El resultado de este estudio, tanto en las escalas clínicas y de validez, como en las de contenido y las suplementarias, nos mostró que dicho grupo responde de modo diferente a la muestra normativa con la que fueron elaborados estos instrumentos. De esto se infiere lo importante de tener normas, confiabilidad y validez de un instrumento antes de llevarlo al campo.

Stein, McClinton y Graham, (1998), les aplicaron con un año de diferencia, a 24 adolescentes de sexo masculino y 37 de sexo femenino el MMPI-A. Se correlacionaron las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias con conceptos actuales de psicopatología adolescente. Las escalas clínicas resultaron tener una validez alta en cuanto a este modelo test-retest con un año de diferencia. Concluyeron que el MMPI-A nos permite dar un paso más adelante en lo que a la evaluación de la personalidad se refiere.

Kopper, Osman, Osman y Hoffman, (1998), con una muestra de 68 adolescentes de sexo masculino y 75 de sexo femenino con diagnósticos psiquiátricos, evaluaron los factores suicidas medidos a través de las escalas de contenido y las escalas adicionales de Harris-Lingoes en un intento de buscar mayor información de la que podía ser provista por las escalas clínicas básicas. Los resultados mostraron, en la muestra masculina, que las escalas de depresión, desviación psicopática e hipomanía. En cuanto a las escalas de contenido las de enajenación y ansiedad y las sub-escalas de Harris-Lingoes que tienen que ver con la depresión, autoalienación, perturbabilidad y ansiedad. En la muestra femenina, las escalas de depresión, desviación psicopática, e hipomanía. Las escalas de contenido que evalúan problemas familiares, problemas de conducta, depresión inconformidad social, enajenación, aceleración psicomotora, perturbabilidad y ansiedad, mostraron que son de gran eficacia en la evaluación de rasgos relacionados con factores suicidas.

Toyer y Weed, (1998), a modo de examinar la validez concurrente estudiaron un grupo de 50 adolescentes que pertenecían a un grupo de consejería por demanda de la corte de justicia. Se les evaluó a través del MMPI-A y una entrevista llevada a cabo por un profesional. Se obtuvieron 42 perfiles válidos de dicho instrumento. Los resultados demuestran elevaciones importantes en cuanto a las medias de las escalas de alcoholismo

---

---

## MMPI - A : CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Jose Manuel Perez Y Farias

---

---

de MacAndrew revisada, problemas de conducta adolescente, problemas escolares adolescentes, desviación psicopática e inmadurez adolescente. Amén de esto, los apuntes de los consejeros tuvieron puntos de alta coincidencia en cuanto a los factores arrojados por las escalas que miden rasgos como: Reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, enojo, hipomanía y tendencia a problemas de alcohol y drogas. Con todo esto, los autores concluyen que, existe una alta validez de contenido en el MMPI-A en este tipo de muestras.

Archer y Krishnamurthy, (1997), hicieron un trabajo donde se buscaba comprobar la validez del MMPI-A con respecto a los índices de depresión y desórdenes de conducta en una muestra clínica que constaba de 152 adolescentes. Los resultados obtenidos, a través de un análisis de varianza multivariado, les permitieron concluir que existía una correlación real entre éstas dos pruebas psicométricas para medir los desórdenes de conducta y la depresión, lo que da lugar a la aseveración de que el MMPI-A tiene validez en cuanto a la medición de éstos rasgos de personalidad.

Partiendo de lo anterior y siendo este instrumento uno de los más ampliamente utilizados en diferentes ámbitos, sobra mencionar la importancia de establecer cimientos científicos basados en la investigación que permitan establecer la confiabilidad y la validez de este inventario para su uso en una muestra mexicana, siendo que de otro modo estaríamos midiendo con parámetros irreales.

Estudios como los de Butcher y Cols., (1998), reportados en el suplemento del Manual para población hispánica dentro de los Estados Unidos de Norteamérica son de gran importancia dada la población hispana en los E.U.A.. Por otro lado, existen estudios recientes utilizando el MMPI-A en diferentes áreas, como los estudios de Pennington, (2001), donde se hizo una comparación entre autoestima y género con este instrumento o los de Stein y Graham, (2001), donde se utilizó el MMPI-A para estudiar problemas relacionados al uso de alcohol y drogas. Podremos mencionar también los estudios de Czar, (2001), donde se hizo un estudio de diferentes patologías con una muestra de delincentes juveniles, asimismo tenemos los estudios de Hammel, (2001), en los cuales utilizó las escalas de contenido y de validez con una muestra de delincentes de sexo femenino. En esta misma línea de investigación se pueden citar los estudios realizados por Cashel y Cols., (1998), donde se hace una validación del MMPI-A con una muestra de delincentes juveniles de

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z

Jose Manuel Perez Y Fariás

---

---

sexo masculino. También se podría mencionar los estudios de Hicks y Cols., (2000), donde se observaron las diferencias entre la predicción de violencia y la del sujeto que puede ser considerado como un infractor en un grupo de delincentes juveniles masculinos institucionalizados.

Finalmente cabe mencionar que existen estudios hechos con el MMPI-A y diferentes grupos étnicos como los de Gumbiner, (2000), en donde se hace una referencia a las limitaciones étnicas del MMPI-A. Existe el estudio realizado por Sirigati, (2000), con una muestra Italiana o el de Mendoza-Newman, (2000), con una muestra de jóvenes hispánicos donde se investigó el nivel de aculturación y algunas variables sociodemográficas. Asimismo, Gómez y Cols., (2000), hicieron un estudio con un grupo de adolescentes afro-americanos y mexico-americanos que habían delinquido por primera vez. En México se podrían citar los estudios de Lucio y Duran, (2002), donde se estudió la discriminación de las escalas básicas en un grupo de adolescentes a los que se pidió que fingieran estar mal. Concluyeron que las escalas de validez discriminan adecuadamente. En lo que concierne a la construcción de las normas al igual que en el campo de la investigación con el MMPI-A existen estudios como los de Lucio, (1998), donde se construyeron las normas para la utilización del MMPI-A para la muestra de adolescentes mexicanos.

A pesar de que los estudios anteriormente mencionados ofrecen datos científicos es importante extender el acervo científico de este instrumento con más estudios de confiabilidad y validez en diferentes muestras.

Así, esta investigación aporta datos en cuanto a la validez y la confiabilidad de este instrumento en una muestra de adolescentes mexicanos. Cabe recalcar que este estudio no solo añade datos basados en una muestra muy grande a diferencia de los encontrados en la literatura, sino que también utiliza un diseño test-retest con una aplicación inicial y tres subsecuentes a siete, catorce y veintinueve días, mientras que en la literatura sólo se encontraron investigaciones utilizando un diseño test-retest con dos aplicaciones, que normalmente son a uno y siete días.

En cuanto a la confiabilidad del MMPI-2 se tienen datos de estudios como el de Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemmer, (1992), en Estados

---

---

MMPI-A:  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Unidos de Norteamérica. También mencionaremos los trabajos hechos por Ampudia, Durán y Lucio, (1996), donde analizan la estabilidad de las escalas de clínicas y de validez, de contenido y suplementarias; Lucio, Pérez y Fariás y Ampudia, (1997), que reportan la estabilidad del instrumento con un diseño test-retest con el MMPI-2. También tenemos a Lucio, Palacios, Durán y Butcher, (2001), con su estudio con una muestra de pacientes psiquiátricos y otras normales, donde utilizaron las escalas clínicas y de validez y las de contenido, con el objetivo de ver si discriminaban. Concluyeron que este inventario sí discriminaba entre las dos muestras. También existe un estudio realizado por Lucio, Ampudia, Durán, León y Butcher, (2002), donde se hace una comparación entre las normas mexicanas de la población en general y las estadounidenses con el MMPI-2. Los resultados finales indican que no hay diferencias importantes entre las dos muestras, más que en la actitud hacia la propia prueba, lo que puede deberse a cuestiones de índole cultural. Colatla y Cols., (2001), hicieron un estudio donde se analizó una muestra de trabajadores que habían sufrido accidentes de trabajo con el MMPI-2, en este se reportan medias, correlaciones y puntajes T elevados. Dada esta perspectiva es de gran importancia el estudio de la confiabilidad y la validez del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos. Cabe mencionar los estudios realizados por Lucio y Durán, Ben Porath y Graham, (2002), donde estudiaron el poder de discriminación de las escalas básicas del MMPI-A para distinguir en una muestra de adolescentes a los que se les dio la instrucción de fingir estar mal de un grupo el cuestionario en circunstancias normales. Concluyen que las escalas de validez son las que mejor discriminan. Asimismo, tenemos en los estudios de normatización y validez del MMPI-A en México, (Lucio y Cols., 1998). Estos son algunos ejemplos que sustentan la importancia de estudios de confiabilidad y validez con el MMPI-A como un ejemplo de un inventario con una larga trayectoria en el campo de la psicología clínica y la investigación.

### 3.5. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ EN LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA

A pesar de las dificultades para lograr mediciones confiables y válidas en los terrenos de la psicología, existe una creciente comprensión en el sentido de que todos los instrumentos de medición deben ser crítica y empíricamente evaluados con respecto a su confiabilidad y validez, (Kerlinger, 1988).

Partiendo de esta base no queda duda alguna de la importancia de establecer tanto la validez como la confiabilidad de cualquier instrumento de medición en psicología antes de llevarlo al campo. De ahí se puede deducir que este estudio es relevante ya que no solo pretende confiabilizar y validar uno de los instrumentos más utilizados en cualquier campo de la psicología, sino que intenta, amén de hacer aportaciones en el ámbito teórico alrededor del desarrollo adolescente, hacer una propuesta alrededor de la validez y la confiabilidad con relación a la variable de la temporalidad en un diseño test-retest a siete, catorce y veintiún días. De este modo se podrían plantear propuestas y cuestionamientos al respecto con una muestra de adolescentes mexicanos.

El MMPI es uno de los instrumentos que se ha utilizado tradicionalmente como una medida cuantitativa de los rasgos de personalidad en los Estados Unidos de Norteamérica y en el mundo (Lubin, Larsen y Matarazzo, 1984). Debido a su gran difusión, se han realizado estudios al interior del inventario que por lo general desglosan al instrumento en factores tales como, las elevaciones del perfil, escala masculinidad feminidad, elevación en las escalas de validez, índices de optimismo y pesimismo manifestados por los sujetos (suma de las escalas de introversión social y depresión, menos la puntuación de la escala de hipomanía). Luego de determinar estos factores, se deben estudiar las formas de respuesta a cada uno de ellos, (Bernstein, Teng, Grannemann y Garbin, 1987).

Por otro lado, se ha llegado a la conclusión de que los puntos más elevados en las escalas clínicas se mantienen en una persona. Sin embargo, esto no sucede con el perfil en general ya que éste sufre cambios a través del tiempo, (Hurt, Clarkin y Morey, 1990).

---

---

## MMPI - A : CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Fariás

---

Cabe señalar también que los sistemas de interpretación o correlatos para describir ciertos perfiles que se han desarrollado para éste, no siempre han sido válidos en poblaciones similares a la norma como fueron hechos y en otros no se han probado empíricamente esos sistemas de interpretación en las poblaciones en que se aplica el MMPI, (Kelly y King, 1979).

El MMPI en ninguna de sus versiones desde 1942, ha sido objeto de un estudio que contemple validez y confiabilidad con un test y tres retest como lo pretende éste. Consideramos que pocos instrumentos, se han sometido a un tratamiento científico de este tipo. Por eso se ha visto la necesidad de abordar el tema de la confiabilidad y la validez en las pruebas psicológicas.

Primero, habrá que acentuar que la confiabilidad puede definirse como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento. Así se podría considerar sinónimo de seguridad, consistencia, predictibilidad y exactitud. Para Kerlinger, (1988), hay tres modos de enfocar la definición de confiabilidad. La primera que se conoce como test-retests; que es la técnica mediante la cual se aplica el mismo instrumento a un objeto de estudio dos veces con una separación de tiempo. Este método arroja datos en términos de estabilidad, seguridad y predictibilidad del mismo. Un segundo abordaje plantea la exactitud del instrumento en cuanto a que si las medidas arrojadas son las verdaderas de la propiedad medida, lo que se hace por medio del coeficiente alfa de Cronbach, (Cronbach, 1949). Otro modo de medir la confiabilidad sería buscar los errores de medición existentes en un instrumento. Este se obtiene mediante el análisis de la varianza de los puntajes obtenidos en la prueba, mismos que se reflejan en las medidas de tendencia central y de dispersión.

Para Catell y Warburton, (1967), la confiabilidad es la posibilidad de una prueba de predecir algo más que a sí misma. Campbell y Stanley, (1966), el diseño test-retest es considerado como preexperimental. Dicen que a pesar de ello no se le debe utilizar sin tomar antes en cuenta algunas variables que se entremezclan en este diseño. Agrega que el modo de controlar la rivalidad entre estas variables y el experimento consiste en mantenerlas constantes para la mayor parte de la muestra objeto de estudio.

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

En primer lugar habla de lo que denomina historia, que no es más que la propia historia entre la aplicación del test y el retest. Esta variable se controla evitando largos lapsos de tiempo entre las aplicaciones.

La segunda variable propuesta por el autor es la maduración y es en ésta donde se engloban todos los procesos biológicos o psicológicos que tienen que ver con el factor tiempo. Así, podría decirse que entre ambas aplicaciones puede suscitarse el hambre, la sed, la fatiga o la edad, dependiendo del lapso de tiempo entre las aplicaciones.

La tercera variable a controlar es la aplicación del test, descrita como el influjo que la administración de la prueba ejerce sobre los resultados de otro posterior. En las pruebas de inteligencia pudo observarse que el resultado en el retest suele ser mejor que el test, (Cane y Heim, 1950; Anastasi, 1967), los puntajes de coeficiente intelectual se elevaban de 3 a 5 puntos, aún sin haberles hecho comentarios sobre sus resultados en la prueba. En cuanto a las pruebas de personalidad se puede percibir un mejor ajuste en los retest o bien el efecto inverso, (Windle, 1954). Campbell y Stanley, (1966), sugieren para el control de esta variable el uso de anonimato y un desconocimiento del factor de deseabilidad social en la muestra. También sugieren que se tome en cuenta la reactividad en la aplicación de este diseño, entendiéndose por ésta, que la prueba genera cambios en el sujeto en lugar de ser un modo de registro; esta variable se da más en experimentos que tienen que ver con el registro observacional de conductas.

La cuarta variable de la que hablan Campbell y Stanley, (1966), es la instrumentación, que son los cambios en los instrumentos de medición o en los observadores o calificadores participantes que pueden producir variaciones en las mediciones que se obtengan.

La quinta variable a controlar es la regresión estadística, ésta opera donde se han seleccionado los grupos sobre la base de los puntajes extremos. Esto se da cuando la selección de la muestra se ha hecho sobre la base de los puntajes obtenidos previamente, mismos que los hacen sujetos para pertenecer a esa muestra. Esto se puede observar en los diseños que contemplan estratos o en los que utilizan cuotas elegidas bajo parámetros establecidos por el investigador, (Campbell y Stanley, 1966).

---

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

La sexta variable depende de la selección que se haya hecho de los sujetos; son resultantes de los sesgos en una selección diferencial de participantes para los grupos de comparación. Esto se puede controlar mediante la selección aleatoria o estratificada de los sujetos que componen la muestra de estudio. Es decir, que exista una igualdad grupal en el momento del estudio.

La séptima variable para este autor, es la mortalidad experimental, o bien, la diferencia en la pérdida de participantes en los grupos de experimentación. Esta puede intervenir en los resultados de la investigación, dependiendo de la cantidad de sujetos que hayan abandonado la investigación con un solo registro.

La octava de las variables a controlar es la interacción entre la selección y la maduración, este tipo de variable extraña se da más en los diseños cuasixperimentales de diversos grupos, como es el caso del diseño de grupos control no equivalentes, (Campbell y Stanley, 1966).

Pick y López, (1979), definen a la confiabilidad como: La estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos. Por medio de la confiabilidad puede advertirse que tan consistentes, exactos y estables son los resultados alcanzados al aplicar los instrumentos.

Las autoras sugieren varios tipos de confiabilidad:

La confiabilidad test-retest. Este es el método más sencillo que se puede utilizar para comprobar la confiabilidad de un instrumento. Consiste en la aplicación de un instrumento a los sujetos en dos ocasiones y, posteriormente, se ve el grado de correlación que existe entre las dos aplicaciones.

La confiabilidad de formas alternadas o alternas. Esta confiabilidad se realiza cuando existen dos versiones o formas alternas del mismo instrumento. Para comprobar la confiabilidad se aplica el instrumento una vez y, para la segunda aplicación, en vez de usar el mismo instrumento, se aplica la forma alterna del mismo, se toman los resultados de ambas aplicaciones y se correlacionan los resultados entre sí. Cuando se usan diferentes versiones del mismo instrumento para probar la confiabilidad es necesario que las dos versiones sean lo más parecidas entre sí en

---

M M P I - A .  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

cuanto a contenido, rango y dificultad; lo mismo debe considerarse en cuanto a instrucciones y tiempo de respuesta. Esta se utiliza más a menudo en estudios de antes y después de tipo longitudinal.

La confiabilidad de split-half. Cuando se utiliza este método sólo se necesita una aplicación del instrumento y los resultados se dividen en dos mitades comparativas; así, a cada individuo le corresponde dos calificaciones después de una sola aplicación del instrumento. La confiabilidad se obtiene mediante la correlación de esas dos calificaciones. Se debe de dividir el instrumento de manera que las dimensiones queden representadas en las dos mitades de reactivos.

La confiabilidad por medio de alfa de Cronbach, (Cronbach, 1949 en Pick y López, 1979). Este tipo de confiabilidad también requiere de una sola aplicación del instrumento y se basa en la medición de la consistencia de la respuesta del sujeto con respecto a los reactivos del instrumento. Después, esto se debe llevar a cabo entre cada reactivos y la puntuación total de la prueba, con la finalidad de eliminar aquellos que tienen correlaciones bajas con la prueba. Es decir, que miden algo diferente a ésta. Esta es una de las formas de confiabilidad más utilizada.

Cabe mencionar que para esta autora en los diseños de tipo test-retest, existen variables como la fatiga, el aprendizaje y el tiempo entre una aplicación y otra.

Para Tamayo, (1981), el diseño test-retest para un solo grupo es aquel estudio en que la variable dependiente es medida antes y después de que se aplique o elimine la variable independiente. Luego se mide la magnitud del cambio, si es que éste se ha producido.

Con base en lo anterior se ha estudiado la confiabilidad con el MMPI mediante el método de test-retest, en los cuales se han medido y estudiado factores considerados como partes fundamentales del instrumento, en este tipo de estudios se ha tratado de determinar el grado de estabilidad de las escalas, es decir, si se mantenían los puntajes del perfil en un mismo individuo a través del tiempo, (Hurt, Clarkin y Morey, 1990).

---

M M P I - A :  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Fariás

---

Se probó la confiabilidad del test-retest en catorce pacientes con edad promedio de 24.7 años y con un diagnóstico de trastorno de personalidad límite. Fueron evaluados en dos diferentes ocasiones con el MMPI. Para Evans, Ruff, Braff y Cox, (1986), los resultados obtenidos por estos investigadores sugieren que como grupo, los pacientes límites son consistentes en sus respuestas al inventario bajo las condiciones de test-retest. También evaluaron la distribución de frecuencias en la elevación de las escalas, encontrándose heterogeneidad en la codificación de los perfiles.

En 1987, Schuerger, Zarella y Holtz, analizaron la confiabilidad test-retest de los datos obtenidos de 106 fuentes, (87 muestras independientes), utilizando el método de Regresión múltiple, en un intento de estimar los efectos de diversos factores en la estabilidad de los cuestionarios; los autores examinaron ocho inventarios de auto reporte: *El 16 Pf de Catell*, *el MMPI*; *el Hyers Griggs Type Indicator*; *el CPI*; *El Guilford Zimmerman Temperament Survey*; *el CPPS* y *el OPI*. Las muestras variaron en tamaño, abarcando un amplio rango de sujetos, divergentes en edad y nivel socioeconómico. Estos autores encontraron que la edad, el nivel socioeconómico, número de reactivos de la prueba, correlación Interactivo e intervalo test-retest, son predictores significativos de la confiabilidad. La confiabilidad a corto plazo fue más predecible que a largo plazo.

En 1990, Watson, Manifold, Klett y Brown, aplicaron el MMPI en dos ocasiones a fármacodependientes y a pacientes psiquiátricos para evaluar la equivalencia entre los formatos de aplicación manual (D) y los de aplicación computarizada (C). Se conformaron muestras de 50 sujetos para cada una de las cuatro condiciones de aplicación: DC, CD, DD y CC. Las correlaciones encontradas entre los formatos fueron elevadas y generalmente iguales para coeficientes test-retest y puntaje de respuestas inválidas, esencialmente iguales. En tres de cuatro análisis, la computadora basó sus resultados subestimados de forma ligera pero no significativamente con sus contrapartes de la aplicación manual. Los sujetos prefieren la aplicación computarizada ya que es más rápida. Los resultados de esta investigación apoyan el uso de la computadora, pero datos y estudios recientes, (Lushene, 1972), sugiere que un cambio en las normas de aplicación puede dar como resultado una compensación; ya que existe una tendencia a subestimar los resultados de la administración manual.

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

Vincent, (1990), comparó el porcentaje de concordancia en la codificación entre el MMPI original con el nuevo MMPI-2, (Butcher y Cols., 1989), con una renormatización del MMPI, (Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983), con el MMPI de 168 reactivos (Overall y Gómez-Mont, 1974) y con la comparación test-retest del MMPI consigo mismo. La concordancia de codificación varió de 31% a 40% para la comparación test-retest del MMPI consigo mismo. A razón de 40% a 67% para el MMPI-2, con las normas del MMPI de 1983 y para el MMPI de 168 reactivos. El efecto de esta interpretación está en discusión en el contexto de la codificación del inventario, en lo que concierne a un diagnóstico real y las comparaciones de precisión clínica de reportes computarizados que había utilizado varias versiones del instrumento.

Con la finalidad de probar la confiabilidad con un diseño test-retest en los resultados de pruebas psicológicas, obtenidos en delinquentes peligrosos durante las primeras semanas de encarcelamiento en una prisión estatal Von Cleve, Jemelka y Trupin, (1991), aplicaron el MMPI, *El Suicide probability scale*, *el Duss Durkee hostility guilt inventory*, *el Monroe discontrol scale* y *el Brief veterans alcohol screening test* a 44 delinquentes masculinos quienes habían sido evaluados al ingresar al sistema correccional estatal y vueltos a evaluar tres semanas después. Los resultados de dicha investigación mostraron correlaciones positivas significativas para todos los resultados de la subescalas de las pruebas, con excepción de la escala de Autoevaluación negativa y la Subescala de probabilidad suicida. Los datos obtenidos sugieren que los resultados de las pruebas en prisioneros recién ingresados son estables, por lo menos durante el primer mes de encarcelamiento.

No se encontró falta de confiabilidad en las pruebas obtenidas durante los procedimientos iniciales en un sistema penitenciario. Examinando las propiedades psicométricas de 7 escalas-factor derivadas por Costa, McCrae y Arenberg, (1980), del MMPI y desarrolladas para población no clínica después de un intervalo de un año de test-retest. Popham y Holden, (1991), aplicaron una versión micro computarizada del MMPI a 40 parejas de alumnos de bachillerato que compartían cuarto año; 55 sujetos se reexaminaron un año después. Sólo algunas de las escalas-factor fueron igualmente consistentes, intermitentes y estables temporalmente. El análisis indica que no todas las

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

escalas factor poseen un criterio adecuado de validación. Los resultados también demostraron igual intensidad psicometría de las escalas.

Hurt, Clarkin y Morey, (1990), aplicaron el MMPI a 67 pacientes internos con diagnóstico de abuso de sustancias, con edad promedio de 35 años, al inicio y al final de su tratamiento. El examen de la estabilidad de las escalas fue encaminado en cuatro direcciones: Confiabilidad test-retest, magnitud de cambio en las escalas, consistencia de puntaje elevado, confiabilidad en la configuración del perfil. Los resultados obtenidos a través de métodos diferentes demostraron un alto grado de estabilidad para las escalas de desorden de personalidad del instrumento, en un período de hospitalización corto para el tratamiento de abuso de sustancias.

Las investigaciones mencionadas con anterioridad sugieren que este instrumento posee consistencia al aplicarse entre personas cuyas características sociodemográficas, económicas y culturales difieren, esto quiere decir que los reactivos del inventario tienen significados parecidos para diferentes grupos de población; la anterior prueba puede ser una condición necesaria para apoyar la confiabilidad, aunque de ninguna manera es suficiente para afirmar que el MMPI puede aplicarse generalizadamente en poblaciones diversas, (Bernstein, Teng, Grannemann y Garbin, 1987). Por otra parte, son pocos los estudios recientes que se han realizado utilizando el MMPI en alumnos de psicología, como el llevado a cabo por Persinger, (1991). Este autor examinó la relación que existe entre 4 variables relevantes del MMPI y los signos y símbolos del lóbulo temporal, en 70 hombres y 86 mujeres del primer año de la carrera de psicología. Las correlaciones canónicas fueron similares en magnitud, pero indicaron construcciones específicas debidas al sexo. Para los hombres, las variables significativas fueron la esquizofrenia y la epilepsia compleja parcial como signo. Para las mujeres, fueron hipomanía y todo el grupo 3 del lóbulo temporal.

Asimismo, Whitley, Michael y Tremont, (1991), examinaron a 214 mujeres y a 201 hombres estudiantes de psicología, para determinar si la relación entre estilos atributivos y depresión es la misma para los hombres y mujeres. Los sujetos contestaron el *Atributinal style questionnaire*, el *Beck depression inventory*, la escala de depresión del MMPI y el *Profile of mood state depression scale*. No se encontraron diferencias con relación al sexo; y la conexión entre estilo atributivo y depresión fue esencialmente lineal.

---

---

**M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z**

Jose Manuel Perez Y Farias

Finalmente el estudio realizado por Butcher y Cols., (1992), donde se reporta la consistencia interna del MMPI-A. A través del alfa de Cronbach, (Cronbach, 1949), para las escalas clínicas y de validez del mismo. Estos coeficientes de correlación nos servirán de punto de comparación para este estudio. Los puntajes que describimos a continuación, demuestran que este instrumento tiene una alta consistencia interna, cabe resaltar que este estudio pretende evaluar, además de las escalas clínicas y de validez, las escalas suplementarias y de contenido, lo que será una aportación adicional a los estudios aquí citados.

Nombre de la escala	Muestra Normativa		Muestra clínica	
	Hombres (N=805)	Mujeres (N=815)	Hombres (N=420)	Mujeres (N=293)
L	0.64	0.58	0.54	0.53
F1	0.80	0.73	0.67	0.64
F2	0.85	0.84	0.76	0.73
F	0.90	0.82	0.83	0.81
K	0.72	0.70	0.73	0.72
HIPOCONDRIASIS.	0.78	0.79	0.76	0.84
DEPRESIÓN.	0.65	0.66	0.57	0.75
HISTERIA.	0.63	0.55	0.55	0.60
DESVIACIÓN PSICOPÁTICA.	0.63	0.68	0.53	0.64
MASCULINIDAD-FEMINIDAD.	0.43	0.40	0.44	0.35
PARANOIA.	0.57	0.59	0.55	0.61
PSICASTENIA.	0.84	0.86	0.88	0.91
SOCIALIZACIÓN.	0.88	0.89	0.88	0.91
MANÍA.	0.61	0.61	0.59	0.67
INTROVERSIÓN SOCIAL.	0.79	0.80	0.79	0.84

*En Archer, (1992)*

En estudios adicionales de confiabilidad, se ha podido observar que aunque los pacientes de cualquier categoría clínica (por ejemplo depresión) pueden obtener puntajes altos en la escala correspondiente y también pueden presentar elevaciones en otras escalas clínicas. Inclusive, muchos sujetos normales obtienen altas puntuaciones en una o más de las escalas clínicas.

Estos estudios han permitido advertir que las escalas clínicas no son medidas exclusivas de los síndromes y síntomas especificados en su nombre y que dichas escalas están altamente intercorrelacionadas, siendo poco probable que solo una escala pueda estar elevada en un individuo. Dichas intercorrelaciones son causadas, en gran parte, por la superposición de los reactivos entre las escalas y también por la falta de confiabilidad en

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

los diagnósticos psiquiátricos de los sujetos de la muestra con que se desarrollaron las escalas de inventario, (Graham, 1990).

En lo que a las escalas se refiere sabemos que cada una de ellas tiene diferente cantidad de reactivos, haciendo más difícil el llevar a cabo una correlación entre los reactivos de cada una. Esta correlación sólo se podría hacer entre escalas. En cuanto al instrumento, la distribución de los reactivos no es uniforme. Por ejemplo, las escalas de validez se encuentran hasta el reactivo número 365 de la prueba, lo que hace muy difícil poder utilizar los métodos de confiabilidad que requieren hacer un corte en alguna sección de la prueba, como por ejemplo, los métodos de pares y nones o el método de mitades.

Por estas razones se ha decidido utilizar el método test-retest y el método de los coeficientes alpha de Crombach, como un modo de confiabilizar este instrumento. Además de que para las escalas clínicas, por ser heterogéneas y de construcción empírica, este es el método idóneo para encontrar los índices de confiabilidad. En cuanto a las escalas de contenido, como son más homogéneas, se podría también utilizar el método *split-half* o por mitades para buscar la confiabilidad del mismo.

Otro factor que no habrá que perder de vista es que para encontrar otro inventario con el que se pueda comparar este instrumento y así buscar la confiabilidad, con un instrumento o una forma alterna, no es tarea fácil ya que si existen cuestionarios o pruebas que miden alguna de las áreas que conforman este inventario, no hemos encontrado otro que mida el constructo personalidad con estas áreas.

Asimismo, con el método test-retest nos será posible medir cada uno de los comportamientos individuales de los reactivos en la muestra y nos permitirá compararlos entre sí y consigo mismos. Esto se podrá llevar a cabo en cuanto a cada una de las escalas también.

Partiendo de lo anterior, esta investigación tiene por objeto estudiar la confiabilidad del MMPI versión revisada por medio del método test-retest, el análisis de varianza y el método alfa de Cronbach, (1949), que es una derivación de la fórmula de Kuder Richardson porque es el único método posible de utilizar con esta prueba debido a las

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

características de la misma. Especialmente en cuanto a la distribución de los reactivos, a las escalas y a la prueba misma.

En lo que concierne al MMPI-A, se llevó a cabo un estudio con 45 hombres y 109 mujeres con un método test-retest, con un intervalo de 7 días, (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemer, 1989). Obteniendo como resultado que éste sí es confiable en su utilización en la muestra norteamericana. Cabe mencionar que no existe ese estudio para la población mexicana lo que hace de este trabajo una propuesta nueva que podría aportar elementos interesantes en cuanto a nuestra cultura. Además proporcionará elementos a discutir en cuanto al diseño test-retest y su relación con la variable temporalidad a siete, catorce y veintiún días en una muestra de adolescentes mexicanos con el MMPI-A.

### 3.6. CONSIDERACIONES FINALES

Tomando en cuenta todas las referencias a las que se ha hecho alusión en el marco teórico, es preciso que quede asentado que la dirección de este estudio, no solo se orienta hacia la descripción y análisis de la confiabilidad y la validez, que contemple la temporalidad como una variable objeto de estudio, sino también hacia la construcción de algunas inferencias alrededor del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes, haciendo hincapié en sus escalas de contenido y suplementarias que han sido tratadas de un modo más experimental y como apoyo a las escalas clínicas básicas. En especial, la aportación del análisis factorial de las mismas, al establecer los factores que la componen, (Butcher y Cols., 1989), utilizando su versión en español, (Lucio y Cols., 1998). Otro aspecto relevante de este estudio es el análisis cualitativo que sobre las teorías del desarrollo adolescente y la psicopatología se hace en este estudio, (Cicchetti, 1984, 1990, 1990; Cicchetti y Toth, 1991; Cicchetti y Cohen, 1995).

Asimismo, se ha cuestionado si el desarrollo adolescente, de la muestra no tendrá connotaciones específicas que lo hacen diferente en su trayectoria al resto de los adolescentes de otros países. Creemos que en cuanto a comportamientos lineales básicos podrán ser parecidos, pero estamos seguros que tendrán procesos diferentes. Esto dado por los procesos tanto culturales como sociales. Por ello, no solo se han analizado los

---

MMPI-A:  
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

José Manuel Pérez Y Fariás

---

puntajes naturales normales sino que se han extraído los rasgos mediante los perfiles elevados y que fueron analizados a través de obtener los códigos específicos que describan nuestra muestra desde un punto de vista clínico.

Se considera que desde su creación el MMPI-A, es uno de los instrumentos mayormente utilizados en el ámbito de la psicología en todas sus áreas, (Lubín, Larsen y Matarazzo, 1984). Asimismo se considera que es un instrumento que ha sido reestructurado en la actualidad y que goza de tener trabajos de investigación que lo acreditan en todas sus versiones como un instrumento confiable y válido, en su medio original. Es importante considerar también que para cualquier instrumento de medición, no sólo se deben contar con normas, que permitan comparar al grupo, como es el caso de la muestra objeto de estudio, sino considerar un proceso de confiabilidad y validez que le proporcione al usuario la estabilidad y la seguridad en el uso de cualquier instrumento en su área de trabajo.

Aunado a esta medición se complementó éste trabajo con otras tres mediciones: Una ficha sociodemográfica, un cuestionario de Sucesos de Vida y una forma autodescriptiva, para fortalecer con otros elementos la explicación que se obtuvo de los perfiles de los adolescentes, en este trabajo. De este modo, en el presente estudio se pudieron hacer inferencias que se suman a las contribuciones de la teoría del desarrollo adolescente y de esta forma contribuir teóricamente con nuevas aportaciones.

En lo que respecta al análisis teórico-conceptual para la obtención de la validez y la confiabilidad, se considera que ambas son, por un lado, indispensables en el trabajo con cualquier instrumento de medición y por el otro que no solo se complementan, sino que la una es, en cierto sentido, condición de la otra. De ahí surge la necesidad de proponer un prototipo de diseño que no solo las enlace de alguna manera, sino que ofrezca la mayor posibilidad de control de variables, en un diseño que permita aprovechar al máximo la muestra objeto de estudio y que arroje la mayor cantidad de datos posibles. Es importante dejar establecido que existe tanto en la validez como en la confiabilidad dos grandes instancias que son: La validez y la confiabilidad interna en cuanto se refieren a las preocupaciones que se tienen con relación a la propia construcción del instrumento y externa en cuanto a lo que se refiere a la representatividad del sujeto, en cuanto a su uso y en cuanto a como mide en el campo a la muestra objeto de estudio.

---

M M P I - A :  
C O N F I A B I L I D A D Y V A L I D E Z  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

En lo que respecta a la psicopatología no fue el interés de éste trabajo las concepciones clásicas de normal y anormal sino más bien como un descriptor de rasgos-estados que se encuentran en cualquier sujeto como indicadores de un modo de comportamiento que esta dado por características individuales y procesos grupales. Esto concuerda con la elección del MMPI-A para este estudio, porque queda establecido que este instrumento solo arroja datos que pueden servir como parámetros de guía o medición para establecer cierto tipo de conductas en el ser humano, que de establecerse como diagnósticos necesitan de otros elementos que no se abordaron en este trabajo y que pertenecerían a otras áreas del estudio de la psicología.

Es importante para nosotros que se tenga en cuenta que no hemos dejado de lado la idea que tanto la sociedad como los procesos culturales, determinan la historia y el curso de la misma en el desarrollo de cualquier ser humano.

En lo que concierne a la psicología clínica, se considera que es de gran importancia la descripción de los rasgos o estados cualitativos de la personalidad de la muestra objeto de este estudio ya que el interés fue no perder de vista la parte que corresponde al desarrollo adolescente. Se considera que es de suma importancia para poder hacer estas descripciones como aportaciones básicas a las teorías que explican el desarrollo adolescente, haciendo siempre hincapié en que existen descripciones del mismo que se dan de un modo universal como parte del propio proceso, pero que existen diferencias entre grupos, que son importantes en cuanto al entendimiento de los mismos. Aunado a esto este trabajo hace aportaciones en cuanto a los perfiles clínicos obtenidos en esta muestra y a los perfiles que se podrían salir de la media muestral.

# CAPÍTULO IV

## Metodología

## 4.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mucha de la confusión y controversia que tradicionalmente ha rodeado el uso de los instrumentos de evaluación para adolescentes ha resultado de la aplicación de éstos sin un entendimiento adecuado de características únicas del desarrollo adolescente.

Se han utilizado instrumentos como el MMPI-A principalmente para evaluar y proporcionar una descripción de la forma y variantes de la conducta del adolescente, además como un método de predicción de amplio rango. A pesar de que el MMPI se ha utilizado y estudiado con adolescentes en diversos ámbitos, ha habido poco desarrollo de escalas utilizando muestras o grupos de éstos. Para la valoración de los mismos, la mayoría de los investigadores y clínicos, simplemente han adaptado las escalas que fueron derivadas empíricamente de las muestras de adultos. La conveniencia, más que las razones teóricas, parecen ser la mejor respuesta para esto, aunque la poca cantidad de reactivos relevantes para adolescentes en el MMPI; puede explicar la relativa escasez de escalas desarrolladas específicamente para evaluar conductas y síntomas de los adolescentes en comparación con el desarrollo sustancial de escalas para adultos.

A pesar de que algunas de las escalas del MMPI son claramente relevantes para la evaluación de la problemática adolescente, otras no son válidas o podrían tener mucha más validez si el contenido de las escalas se modificara. Por eso se ha visto la necesidad de abordar el tema de la confiabilidad en las pruebas psicológicas, dado que si las mediciones repetidas obtenidas en una prueba son muy similares, el procedimiento de evaluación tiene una alta confiabilidad temporal, repetida en diversos lapsos de tiempo, como se pretende en este estudio, además de que se pueden obtener parámetros de mediciones temporales que nos permitirá hacer inferencias alrededor del comportamiento de este instrumento. Más aún en el caso de un grupo de adolescentes, que por su propia estructura tienden a ser cambiantes, esto es algo importante que hay que tomar en cuenta, ya que se podrá ver reflejado en los resultados del mismo. La ausencia relativa de errores de medición en un instrumento puede ser sinónimo de seguridad, consistencia, predictibilidad

---

y exactitud. A partir de los diferentes modelos para obtener la confiabilidad de un instrumento se han propuesto criterios como el de test-retest. Este modelo arroja datos en términos de estabilidad, seguridad y predictibilidad del instrumento, para observar si la exactitud del instrumento en cuanto a que las medidas arrojadas son mediciones verdaderas de la propiedad estudiada. Otro modo de medir la confiabilidad sería buscar los errores de medición existentes en un instrumento, que se obtienen mediante los puntajes T de la prueba, mismos que se reflejan en las medidas de tendencia central y de dispersión, Kerlinger, (1988). Así la confiabilidad es la posibilidad de una prueba de predecir algo más que a sí misma, (Catell y Warburton, 1967). Otro procedimiento es el modelo alfa de Cronbach, (Cronbach, 1949), utilizado cuando se requiere probar la homogeneidad de una prueba, la consistencia interna, y el error de medición. Por otro lado si un instrumento mide todos los aspectos que pretende, y lo hace en ocasiones repetidas, se estaría hablando de un instrumento con alta validez externa. Así, si una prueba puede pronosticar algún aspecto del comportamiento de un individuo, esa prueba tiene validez predictiva alta y si esto lo hace en un modelo de varias aplicaciones consecutivas, comparado consigo mismo, estaríamos hablando de un instrumento con una alta validez concurrente. A su vez, por medio del análisis de la estructura factorial del mismo, se pueden hacer inferencias sobre la validez de constructo del MMPI-A. Y así poder añadir a esta propuesta de modelo inferencias alrededor de la validez interna del mismo. Siguiendo esta hilatura esta investigación representa una propuesta de estudio que incluyó la confiabilidad test-retest en una aplicación inicial y tres posteriores para lograr hacer inferencias de la confiabilidad test-retest, predictiva, concurrente, y por medio del alfa de Cronbach.

En cuanto a la validez, se analizó la validez interna del instrumento por medio del análisis factorial y la validez externa, a través de considerar un criterio externo, haciendo la correlación del Inventario con una ficha sociodemográfica que consta de 17 indicadores aplicados a toda la muestra objeto de estudio. Además se aplicó un cuestionario de Sucesos de Vida y el Inventario Autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, Barcelata; 2000), aplicados a una submuestra como indicadores de criterio externo, todo esto tratando de establecer un control sobre las variables extrañas, mediante un diseño aleatorio. La aleatoriedad del diseño se confirmó con la aplicación de una ficha sociodemográfica, que nos permitió corroborar que en la muestra final existiría homogeneidad en los sujetos objeto

---

de estudio mediante la verificación de la distribución de dichas variables en cada una de las muestras.

La importancia de establecer criterios de confiabilidad y validez de instrumentos como el MMPI-A para adolescentes, es que se pudieron analizar estadísticamente estas diferencias en un diseño test-retest con una aplicación inicial y tres aplicaciones sucesivas. La relevancia científica y el objeto de estudio fue que se pudieron establecer parámetros reales de confiabilidad y validez de la prueba, al correlacionar las 4 aplicaciones, mismos que ofrecen seguridad en el uso de este instrumento. Con lo cual se evita incurrir en el error de medir un determinado número de sujetos con un instrumento creado bajo parámetros establecidos para una muestra con características diferentes. Lo anterior trae como resultado trabajos de investigación cuyos datos no son reales para la muestra en que se utilizaron.

Otra cuestión que hay que resaltar es que este instrumento en su versión traducida y adaptada al español, (Lucío y Cols., 1998), es de creación reciente y por lo mismo existen pocas investigaciones. No hay investigaciones reportadas en México que utilicen el modelo test-retest con dicho instrumento en una muestra considerable, utilizando inicial y subsecuentes aplicaciones del mismo instrumento para obtener la confiabilidad y validez. Así, el presente estudio representa una opción de medición en la que se consideró la confiabilidad y la validez del mismo.

Una manera de utilizar adecuadamente una prueba en el ámbito de la psicología se relaciona directamente con el sustento que la misma tenga y en ese sentido es que este estudio fundamenta su justificación. Se utilizaron, para efectos de esta investigación, las escalas clínicas de validez, de contenido, y suplementarias, especialmente porque existe una amplia variedad de estudios de las mismas, debido a que estas escalas fueron creadas desde la versión del MMPI original y no se han utilizado ampliamente en la medición.

Dichas escalas fueron revisadas también en la versión del MMPI-A por Butcher, (1989), y en un estudio de Lucío, Ampudia y Durán, (1998), con la versión al español para adolescentes, no obstante no existe una frecuencia en su uso. Partiendo de esta base se consideró que dichas escalas deberían formar parte de este estudio. Ya que aportan datos relevantes para el quehacer científico en el área de la psicología clínica, esto basado en la búsqueda bibliográfica realizada en donde no se encontraron estudios con la utilización de

---

---

diseños test-retest con la variable de tiempos elegidos estrictamente entre las aplicaciones de los tests, (1, 7, 14, 21 días). Los datos, no solo proporcionan información en cuanto a la confiabilidad y validez del instrumento, sino también inferencias en cuanto al desarrollo adolescente mediante la interpretación de los perfiles en la muestra de adolescentes mexicanos, a partir de observar si se mantienen los rasgos de personalidad en las diferentes aplicaciones del instrumento. También se hicieron aportaciones en cuanto a las estructuras de personalidad de los adolescentes mexicanos dependiendo de una serie de variables que permitieron describir mejor la muestra objeto de estudio. Asimismo, este trabajo dio la pauta para hacer deducciones alrededor de los intervalos entre los retest y la intervención de las variables extrañas propias de este diseño mencionadas por Cronbach, (1949), Campbell y Stanley, (1966), Pick y López, (1979) y Kerlinger, (1988). Es importante mencionar que se esperaba que la variable maduración ocupase un lugar muy importante en este diseño, de ahí la importancia de elegir intervalos tan pequeños entre test y retest ya que como señalan Aberasturi y Knobel, (1988), la adolescencia es una fase de adaptación intermedia entre la infancia y la maduración. Por ser una etapa de múltiples cambios, se consideraron adecuados los periodos de 1, 7, 14 y 21 días, dado que esto puede aportar datos con un sustento de rigor científico al campo de la psicometría y la psicología clínica y por ser un instrumento utilizado en muchos otros campos de la psicología. El hecho de considerar en esta investigación el manejo del tiempo en el diseño, una muestra mayor que las utilizadas en otros países, lo hace más representativo por ser el primero de estos estudios realizados en nuestro país.

Otro elemento de discusión, gira en torno a la confiabilidad y la validez de la prueba en su uso con adolescentes mexicanos, por la relación que guarda transportación cultural que se hace de muchas pruebas psicológicas en nuestro país por falta de rigor científico, en cuanto a las exigencias de confiabilidad y validez para su uso.

El análisis de las escalas del instrumento a través de revisar la estructura factorial y las variables que pertenecen a cada una de éstas, permite hacer inferencias sobre los factores de mayor peso en esta prueba psicológica, en especial los factores que conforman a las escalas de contenido y las suplementarias, mismos que no se encontraban reportados en la literatura.

---

Algo importante y necesario en el estudio es el establecer parámetros de las conductas, medidas a través de los rasgos tanto generales como particulares que caracterizan el desarrollo adolescente de la muestra objeto de estudio, incluyendo los perfiles que se encuentran dentro de la media normal y los perfiles que se salen de la misma, así como algunos códigos específicos que identifican las características del adolescente. Por lo que para esta investigación se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Los puntajes de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A serán significativamente diferentes con un modelo test-retest en cuatro mediciones repetidas en un grupo de adolescentes mexicanos de sexo femenino y masculino?

¿Los puntajes de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A se correlacionarán significativamente entre el test y los retest en cuatro mediciones repetidas en un grupo de adolescentes dependiendo si son de sexo femenino o masculino?

¿La consistencia interna entre el test y los retest se mantendrá en cuatro mediciones repetidas en las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en un grupo de adolescentes dependiendo si son de sexo femenino o masculino?

¿Cuál será la estructura factorial de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A del test de un grupo de adolescentes de sexo masculino y femenino?

¿Existirán diferencias en las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos dependiendo de la edad?

¿Se mantendrán las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno siete, once y veintinueve días en una muestra de adolescentes mexicanos?

Se identificaron rasgos de personalidad específicos que describan las características de una muestra de adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota ?

¿Se darán rasgos psicopatológicos específicos que puedan describir las características de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar aspectos del desarrollo adolescente y la psicopatología en una submuestra de adolescentes mexicanos?.

¿Es posible identificar aspectos que describan el desarrollo adolescente medidos a través del Inventario autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, 2001) de una submuestra de adolescentes mexicanos?.

¿Cómo se relacionaron las escalas del MMPI-A y el cuestionario de Sucesos de Vida en sus diferentes áreas, en una submuestra de adolescentes mexicanos?.

En esta investigación se llevó a cabo también una revisión del desarrollo adolescente, mediante la medición e interpretación cualitativa de los perfiles clínicos de los adolescentes objeto de este estudio y la descripción a partir de variables externas y algunos Sucesos de Vida, partiendo de la teoría del desarrollo adolescente, en cuanto a que ésta es diferente dependiendo de la edad, y el sexo. Entendiéndose finalmente que en éstas descripciones deben existir diferencias que permiten establecer algunas conductas que caracterizan a la muestra objeto de este estudio y a una submuestra en la que se identifican los perfiles específicos que sobresalen de la media respecto al grupo total. El obtener perfiles o códigos que agrupan una o más escalas pueden explicar las características de personalidad en función de algunos rasgos de esta muestra, y que de algún modo permite hacer aportaciones al desarrollo del adolescente mexicano, además de establecer parámetros que explican desde el análisis de variables externas sobre el comportamiento de las conductas de los adolescentes.

Por último se identifican los rasgos obtenidos con el MMPI-A, así como, otros elementos de las características del adolescente, obtenidos a partir de un cuestionario de Sucesos de Vida y otro del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán,

---

Barcelata, 2000), aplicados a una submuestra aleatoria de 105 sujetos de la muestra objeto de estudio.

## 4.2. OBJETIVOS

### 4.2.1. Objetivo General

El objetivo principal de esta investigación fue buscar la estabilidad del instrumento, misma que se llevó a cabo a través un diseño test-retest. Se utilizó para esta investigación este diseño sobre la base de que, en este instrumento, las escalas clínicas están construidas empíricamente, lo que quiere decir que diferentes sujetos contestando diversos reactivos de la misma escala pueden obtener el mismo puntaje en cualquiera de éstos. No siendo así para las escalas de contenido y suplementarias cuya construcción se deriva de investigaciones científicas. Establecer una propuesta de confiabilidad y validez a través de un diseño test-retest permitió en cuatro mediciones diferentes, obtener la consistencia interna a través de los coeficientes alfa de Cronbach y determinar los factores comunes a partir de una matriz de intercorrelaciones en la que se establece la relación de todas y cada una de las variables identificadas en 38 escalas (clínicas, de validez, de contenido y suplementarias) del MMPI-A versión al español para adolescentes, (Lucio, 1998). Definir el contenido relevante de cada una de las variables a partir de explorar la posible asociación existente al aplicar el instrumento con una medición inicial y tres subsecuentes predice la estabilidad, la homogeneidad, la seguridad y la predictibilidad de este instrumento de evaluación, de manera que cuando se utiliza se puedan pronosticar con mayor confianza los aspectos del comportamiento de un individuo. La revisión de estas variables permitió establecer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo a través de la descripción de las características de personalidad obtenidas por el instrumento y su relación con las variables edad y sexo. Además su relación con algunos indicadores de rendimiento académico del adolescente, el nivel escolar, la ocupación, el estado civil de la madre y del padre, sobre quiénes recae la responsabilidad del sustento económico familiar, la percepción que tenga el adolescente de su entorno físico-espacial familiar y si recibe apoyo profesional o no. Con esto se podrán describir algunos patrones de personalidad o configuraciones que describan el trayecto del desarrollo adolescente de una muestra mexicana.

Se interpretaron los puntajes del instrumento en lo que respecta a los rangos de tiempo en que se aplicarán los retests, Campbell, y Stanley, (1966), tomando en cuenta el desarrollo adolescente.

#### 4.2.2. Objetivos Específicos

Establecer medidas de tendencia central y distribución de las variables obteniendo frecuencias y porcentajes para la variable, sexo y edad para observar cómo se distribuye la muestra. Asimismo obtener los intervalos de confianza para la variable de edad, para la distribución normal.

Establecer medidas de tendencia central, y distribución de las variables obteniendo frecuencias, porcentajes, para los indicadores sociodemográficos y socioeconómicos.

Analizar las diferencias de los puntajes de la media entre el test y los retests para cuatro aplicaciones (1, 7, 14 y 21 días) de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

Describir y analizar la relación que existe entre el test y cada uno de los retests de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

Analizar la consistencia interna del test y de los retests en 4 aplicaciones (1, 7, 14, 21 días) de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

Determinar cuáles son los factores de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

Determinar a través de un análisis cuantitativo y cualitativo los resultados arrojados por las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del Inventario con la finalidad de explorar si las características del desarrollo adolescente cambian dependiendo de la edad.

Analizar a partir de los perfiles, si se mantienen las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno siete, catorce y veintiún días en una muestra de adolescentes mexicanos.

---

---

Determinar mediante un análisis cualitativo los rasgos de personalidad específicos que describen las características de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente en la muestra de adolescentes mexicanos.

Determinar mediante un análisis cuantitativo y cualitativo los rasgos psicopatológicos específicos que describen las características de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente y la psicopatología en una submuestra de adolescentes mexicanos.

Determinar a partir de la estadística descriptiva con un análisis de frecuencias y porcentajes por reactivo y área del Inventario autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, 2001) de una submuestra de adolescentes, con el fin de identificar aspectos positivos y negativos que ayuden a describir el desarrollo adolescente.

Se aplicó una prueba estadística de correlación entre las áreas del instrumento de Sucesos de Vida con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A).

## 4.3. HIPÓTESIS

### 4.3.1. Hipótesis Conceptual

Para considerar a cualquier instrumento de medición, en especial aquellos que tiene como finalidad predecir o evaluar algunos rasgos de personalidad, con características psicopatológicas específicas o no que los determinen, como es el caso del MMPI-A, raramente se ha mostrado empíricamente de forma organizada y convincente la relación predictiva entre la confiabilidad y la validez del mismo y la variable temporalidad. Para controlar este tipo de fiabilidad se deben considerar intervalos preestablecidos, para observar cualquier cambio que se presente de las variaciones en estos periodos de tiempo, que probablemente podrían ser acumulativos y progresivos. Así, los elementos estadísticos utilizados para explicar los datos obtenidos en el instrumento, denominados parámetros de

---

---

medición, establecerían por sí mismos o con algunas combinaciones de ellos la diferencia de las puntuaciones entre una aplicación y otra del instrumento.

Por lo tanto, analizar la confiabilidad y validez a partir de obtener correlaciones significativas de los puntajes, se traduciría en una opción de mediaciones en cuanto a la confiabilidad del instrumento mediante el método test- retest con un test y tres retests a siete, catorce y veintidós días, y los puntajes del alfa de Cronbach. Para la validez de constructo mediante el análisis factorial, mientras que para la validez de criterio a través de un análisis de una submuestra de 105 sujetos por medio de un cuestionario de Sucesos de Vida y un Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán y Barcelata, 2000).

Asimismo se pretende hacer inferencias a partir del desarrollo adolescente alrededor de las conductas psicopatológicas del adolescente mexicano, porque se pensaría que por los propios procesos adolescentes y lo cambiante de la sociedad con sus propias necesidades, se puedan establecer patrones conductuales que difieran en cuanto a la edad y al sexo de los adolescentes actuales. Además de que el análisis de los perfiles clínicos arrojados por este instrumento permiten hacer aportaciones en cuanto a las configuraciones específicas de este grupo de adolescentes.

### **4.3.2. Hipótesis de Trabajo**

Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la media entre el test y los retests de las cuatro aplicaciones (1,7,14,21) de las escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

Existirán relaciones estadísticamente significativas entre el test y cada uno de los retests de las escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.

La consistencia interna se mantiene entre el test y los retests en cuatro mediciones repetidas (1, 7, 14 y 21 días) en las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en un grupo de adolescentes de sexo masculino y femenino.

---

Se determinará la estructura factorial de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A del test en una muestra de adolescentes mexicanos.

Existirán diferencias en los puntajes de las escalas clínicas, de validez, de contenido y Suplementarias del MMPI-A dependiendo de la edad

Se mantendrán las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno siete, catorce y veintidós días en una muestra de adolescentes mexicanos.

Es posible describir los rasgos de personalidad específicos de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A).

Existen elevaciones en los perfiles de personalidad de los adolescentes que describan los rasgos psicopatológicos específicos a partir de los puntajes de las escalas del MMPI-A que identifican las características del desarrollo adolescente.

Existirán aspectos que describen los adolescentes como parte de su desarrollo medidos con el Inventario autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán y Barcelat, 2001) en una submuestra de adolescentes.

Existirá correlación entre las áreas del instrumento de Sucesos de vida con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A).

#### 4.4. VARIABLES

Sobre la base del objetivo general que es establecer una propuesta de un modelo de confiabilidad y validez del MMPI-A versión en español para adolescentes, (Lucio, 1998), se pretende para esta investigación, estudiar la estabilidad temporal en un grupo de adolescentes considerando periodos de 1, 7, 14 y 21 días. El estudio se llevará a cabo a partir de la conceptualización teórica de los modelos existentes de confiabilidad y validez propuestos por Cronbach, (1949; Campbell y Stanley, 1966) y Kerlinger, 1988).

---

---

Así tenemos que las variables de esta investigación son:

Tiempo entre la aplicación del test y de los retests (1, 7, 14 y 21 días), temporalidad

Puntajes obtenidos en el test y los retests de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A.

Puntajes obtenidos en el cuestionario de Sucesos de vida.

Puntajes obtenidos en el cuestionario del Inventario autodescriptivo del adolescente

Sujetos que presentan conductas psicopatológicas.

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Sexo.

Edad.

#### INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Rendimiento académico del adolescente.

Nivel escolar de la madre.

Nivel escolar del padre.

Ocupación de la madre

Ocupación del padre.

Estado civil de la madre.

Estado civil del padre.

Responsabilidad del sustento económico familiar

Percepción del entorno físico-espacial familiar del adolescente.

Si recibe apoyo profesional o no.

**INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.**

Lugar donde vive

Número de personas que viven con él.

Número de personas que duermen en cada cuarto.

Número de automóviles que poseen.

Tiene computadora

Cuanta servidumbre.

Transporte que utiliza frecuentemente.

**4.5. TIPO DE MUESTREO**

Se utilizó un muestreo polietápico, (Blalock, 1974), considerando cuatro fases para la obtención de la muestra objeto de estudio:

1) Primera fase: Fue un muestreo no probabilístico o dirigido, debido a que los sujetos donde se seleccionan sujetos "típicos" (aplicación del test) pensando que son casos representativos de una población determinada, (Hernández Sampieri y Cols. 1998). Una de las ventajas de este tipo de muestreo es que se realiza una elección cuidadosa de sujetos con ciertas características especificadas anteriormente en el planteamiento del problema. La muestra se compone de un grupo, en donde los sujetos participan de manera voluntaria y con conocimiento de los propósitos de la investigación.

El grupo cumple las características de un muestreo por cuota, en donde el conocimiento de los estratos de la población (en este caso adolescentes de 14 a 18 años de edad, de nivel socioeconómico medio-alto) se utiliza para seleccionar los miembros de una muestra que son representativos, típicos y acordes con ciertos propósitos de la investigación, (Kerlinger, 1988).

Es un muestreo intencional, (Kerlinger, 1988), que se caracteriza por el uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la muestra.

---

2) En la segunda fase: Fue un muestreo de tipo probabilístico, al azar, ya que este se basa en el hecho de que cada miembro que forma parte de la población tuvo la misma posibilidad de ser seleccionado para formar parte de una submuestra (aplicación de los retests 7, 14, 21 días). Este método tiene como ventaja que reduce al máximo los prejuicios del investigador en términos de la selección de la muestra, Kerlinger, (1988); Colligan y Offord, (1989); Festinger y Katz, (1992) y Sellitz, Wrightsman y Cook. (1980). Al elegir los grupos al azar, se intentó balancearlos en cuanto a la cantidad de sujetos en cada grupo. La comprobación de que dichos grupos elegidos al azar fueron representaciones reales del grupo original, obtenido mediante la ficha de identificación que se le aplicó a los sujetos junto a la primera aplicación de la muestra total.

3) En la tercera fase: Fue un muestreo de tipo probabilístico, al azar, ya que cada miembro que forma parte de la población tuvo la misma posibilidad de ser seleccionado para formar parte de una submuestra, considerando el 10% de la muestra total, con el objetivo de analizar la validez concurrente (aplicación del Inventario Autodescriptivo del adolescente y el cuestionario de Sucesos de vida).

4) En la cuarta fase: Fue un muestreo propositivo, con el objetivo de extraer una submuestra de grupos típicos de acuerdo a ciertas características, establecidas a partir de los criterios de elevación de la calificación T del MMPI-A (puntaje T igual o mayor a 60).

#### 4.5.1. Muestra

Se considero una muestra de adolescentes de dos escuelas privadas de nivel medio superior. De la población total de 1200 estudiantes de bachillerato fueron invitados a participar en el estudio, no se presentaron a la primera aplicación 132 sujetos y únicamente 1068 sujetos respondieron el instrumento en el test, de los cuales se eliminaron 12 sujetos que tenían 19 años, debido a que el límite superior de edad para al MMPI-A es de 18 años, recurriendo para esta decisión a uno de nuestros criterios de inclusión y exclusión. Dichos criterios, fueron los sugeridos por Butcher y Cals; (1989), para la muestra normativa Norteamericana y adaptados por Lucio, (1998), a la población mexicana para conocer si el perfil es válido o no, en el MMPI-A de acuerdo con lo siguiente:

---

- Puntaje mayor de 15 en la escala No Puedo Decir
- Un puntaje natural mayor de 20 en la escala de validez F (Infrecuencia), Butcher y Cols., (1989).

Y los criterios de inclusión para las nuevas escalas del MMPI-A inconsistencia de respuestas variables INVAR hasta 13 Inconsistencia de las respuestas verdaderas INVER entre 5-13 se le agregará que sean mexicanos para los efectos de este estudio.

Así se observó una mortandad experimental de 132 sujetos, además de la exclusión de 12 sujetos por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio, lo que dio por resultado una muestra total de 1056 sujetos (645 mujeres y 411 hombres).

Por necesidades de la propia aplicación se eligieron al azar dos escuelas de un total de cinco, de nivel medio superior, con nivel socioeconómico medio alto que se estableció a partir de la colegiatura que se paga en dicha Institución, y se corroboró con la ficha sociodemográfica donde se incluyeron nueve reactivos para hacer una descripción del nivel socioeconómico de la misma. Para evitar sesgos en el muestreo se agregó como criterio de inclusión y exclusión de la muestra que esta colegiatura sea cubierta en su totalidad, para evitar así, que se incluyan en la muestra objeto de este estudio, todos los sujetos que podrían recibir algún tipo de ayuda en el pago de las mismas. Se confirmó con algunos indicadores de la ficha sociodemográfica, del instrumento de Sucesos de Vida y la ficha autodescriptiva del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán, Barcelata, 2000).

Con lo que respecta al Inventario Autodescriptivo del Adolescente el Cuestionario de Sucesos de Vida, (Lucio, Durán, Barcelata, 2000), fueron utilizados como un criterio externo, por ser un estudio de confiabilidad y validez, con lo que se pretendió analizar otro tipo de variables que confirmaran la validez del estudio y la del instrumento. Se consideró por lo tanto, únicamente el 10% de la muestra total utilizada en el test que corresponde a 105 sujetos, de los cuales se eliminaron 7 cuestionarios por tener los datos incompletos quedando un total de 98 sujetos (39 hombres y 59 mujeres). El objetivo fue explorar variables relacionadas con aspectos familiares, sociales, escolares, de salud y personal descritos por los adolescentes y que se evalúan a través del Inventario Autodescriptivo, para que confirmaran las características de personalidad identificadas en cada una de las escalas.

---

Asimismo, se utilizó también como criterio externo el Cuestionario de Sucesos de Vida por ser un instrumento que permite analizar los aspectos de riesgo y no riesgo del adolescente, respecto a las áreas relacionadas con aspectos familiares, escolares, sociales, logros y fracasos, de salud, problemas de conducta y personales, que se correlacionaron con las escalas del MMPI-A con el objetivo de confirmar si las escalas se corresponden en la medición con otros criterios cuando se pretende identificar la personalidad del adolescente.

Por otro lado se sustrajo una submuestra de adolescentes cuyo criterio fue que presentaran perfiles elevados en cada una de las escalas, porque ha sido identificada como zona de riesgo o significa que el adolescente puede mostrar mayores problemas, considerando una calificación T igual o mayor a 60 en una o más escalas. La muestra quedó constituida por un total de 146 sujetos, (81 hombres y 65 mujeres).

#### **4.6. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a la clasificación de Kerlinger, (1988), Festinger y Katz, (1992) y Selliz y Cols, (1980), la investigación que se llevó a cabo corresponde a la categoría de exploratoria y de campo. Se trata por lo tanto, de una investigación empírica y sistemática. Fue cuasiexperimental porque se controlaron las variables extrañas mencionadas por Campbell y Stanley, (1966), que se especifican en el marco teórico, no permitiendo en la medida de lo posible una libertad total a la intervención de las variables a controlar y, a su vez, las que intervengan lo harán con toda la libertad y homogeneidad de inclusión porque la elección de la muestra se hizo al azar.

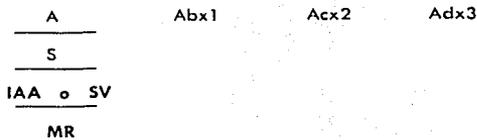
#### **4.7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Es un diseño multivariado porque en el manejo de las variables dependientes se entrecruzan distintas independientes. En este diseño test-retest se aplica el instrumento cuatro veces. Un test a la muestra total y tres retests a las submuestras aleatorias; y en el caso de las submuestra con 1 elevados se obtuvo a través de un muestreo propositivo. Para buscar diferencias y correlaciones, de acuerdo a algunos estudios revisados, la diferencia en tiempo entre el test y los retest se encuentra dada por uno, siete, catorce y veintidós días,

---

Watson y Cols. (1990); Vincent, (1990); Hurt y Cols., (1990); Whitley y Cols., (1991); Ben-Porath y Butcher, (1991).

Para efecto de esta investigación se propuso un diseño test-retest de una muestra con tres submuestras con diferencia de tiempo (1,7,14,21 días). Además de dos submuestras para la validez concurrente. En lo gráfico podría describirse así:



A = muestra total objeto de estudio

X = variable tiempo

Cuyo comportamiento determinará a su vez el comportamiento de todas las variables extrañas descritas por Campbell y Stanley, (1966), que intervienen en este diseño.

b = submuestra aleatoria

Extraída de la muestra original para aplicar el retest a 7 días.

c = submuestra aleatoria

Extraída de la muestra original para aplicar el retest a 14 días.

d = submuestra aleatoria

Extraída de la muestra original para aplicar el retest a 21 días.

S = estudios Sociodemográficos

IAA = estudios con el Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán, 2001), en una submuestra elegida al azar.

SV = estudios con el Cuestionario de Sucesos de Vida, (Lucio, Durán, 2001), en una submuestra elegida al azar.

MR = submuestra con los puntajes t elevados (en riesgo).

## M E T O D O L O G Í A

José Manuel Pérez Y Fariás

Par lo que, en la representación del diseño, se podría decir que dependiendo del tratamiento experimental que se le dio a la muestra, describiéndolo de la siguiente manera:

No. SUJETOS	No. GRUPOS	MMPI-A 1er. 1 DÍA	MMPI-A 2do. 7 DÍAS	MMPI-A 3ro. 14 DÍAS	MMPI-A 4to. 21 DÍAS	SOCIO- ECONÓMICO
1056		SÍ				SÍ
386	10		SÍ			
316	10			SÍ		
354	10				SÍ	
<b>SUBMUESTRAS</b>						
INVENTARIO AUTODESCRIPTIVO		SUCESOS DE VIDA		EN RIESGO		
98		98		146		

El objetivo de este esquema fue poner en operación las hipótesis y reducir la ambigüedad en la interpretación de resultados. Si se busca la precisión que proporciona la premedida, pero nos interesa en la reactividad, incluyendo la potencial interacción entre premedida y tratamiento, y se combinan los esquemas de test y retests en un experimento con un grupo con premedida y tres grupos aleatorios con post-medida. Posee un gran valor para determinar con gran precisión los efectos de los factores objeto de estudio, (Sellitz, 1980; Festinger y Katz, 1992).

En cuanto al control de las variables extrañas: Historia y maduración en el lapso de tiempo de uno, siete, catorce y veintidós días se respetaron en la aplicación de toda la muestra. Logrando así que todos los sujetos tuviesen el intervalo establecido previamente entre de tiempo entre test y los retests. De ahí que los sujetos que no presentaron el retest en los tiempos establecidos fuesen descartados de la muestra. La aplicación de la prueba se controló mediante un lapso de una semana entre el test y los retests, para la aplicación a 1, 7, 14 y 21 días, para que todos los miembros de la muestra tuvieran el mismo efecto de la primera aplicación.

La regresión estadística, se controló mediante el muestreo al azar por no conocer las características específicas de la muestra.

La selección de los sujetos, se podría decir que se controló mediante la elección del muestreo, a partir de la elección de las submuestras al azar.

La mortalidad experimental: Se intentó controlar mediante la identificación de cada uno de los cuestionarios por un número, dejando fuera del análisis estadístico a aquellos que pertenecían a los sujetos que no se presentaron al retest. Estas medidas, a pesar de que se tomaron en cuenta, no serán utilizadas en esta investigación porque se mantuvo el tiempo entre aplicaciones del instrumento y el sujeto que no se presentó al retest y que se considerará como parte de la mortalidad experimental. Cabe mencionar que de todas maneras esta variable extraña es muy difícil de controlar en cualquier situación experimental.

Al efecto reactivo o de interacción de pruebas se pudo ver que es una variable que no se puede controlar ostensiblemente ya que intervienen factores de diversa índole como sujetos hay en la muestra, ya que se refiere a las características individuales de cada uno de los sujetos que conforman la muestra. Esto sí se toma en cuenta que cada uno de los sujetos de la muestra va a vivir la experiencia de responder las pruebas desde un ángulo muy personal y de acuerdo a la estructura de personalidad propia.

En cuanto a la interacción entre la selección y la maduración, que son efectos reactivos de los dispositivos experimentales: Y las inferencias de los instrumentos múltiples, aunque se deben considerar requisitos de control de variable que, como especifican Campbell y Stanley, (1966), no afectan directamente a este tipo de diseño ya que son variables extrañas que tienen que ver con diseños experimentales propiamente.

Para controlar la variable de los experimentos, se utilizaron los mismos aplicadores en todas las sesiones. Mismos que recibieron un entrenamiento previo para uniformar tanto los criterios de aplicación, como las normas para la misma. Esto con el objeto de homogeneizar, en la medida de lo posible la forma de aplicación del instrumento, para evitar sesgos.

Finalmente se intentaron controlar las variables extrañas anteriores mediante la aleatorización de la muestra y manteniendo bien establecidas e inamovibles los períodos de tiempo entre el test y los retests. Todas estas variables propias de este diseño se pueden controlar al máximo con una elección de las submuestras completamente al azar, criterio

---

## M E T O D O L O G Í A

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

que se toma en cuenta en esta investigación y en el que están de acuerdo todos los autores antes citados. De ahí, que se haya elegido un diseño donde se consideró la mayor aleatoriedad de las submuestras. Asimismo se utilizará una ficha de identificación de algunas variables para corroborar que en la aleatorización se encuentren representadas estas variables de un modo homogéneo, (Selltiz, Wrightsman y Cook, 1980 y Festinger y Katz, 1992).

4.8 MODELO TEÓRICO CONCEPTUAL  
n=1056

4.8 . MODELO TEÓRICO CONCEPTUAL  
n=1056

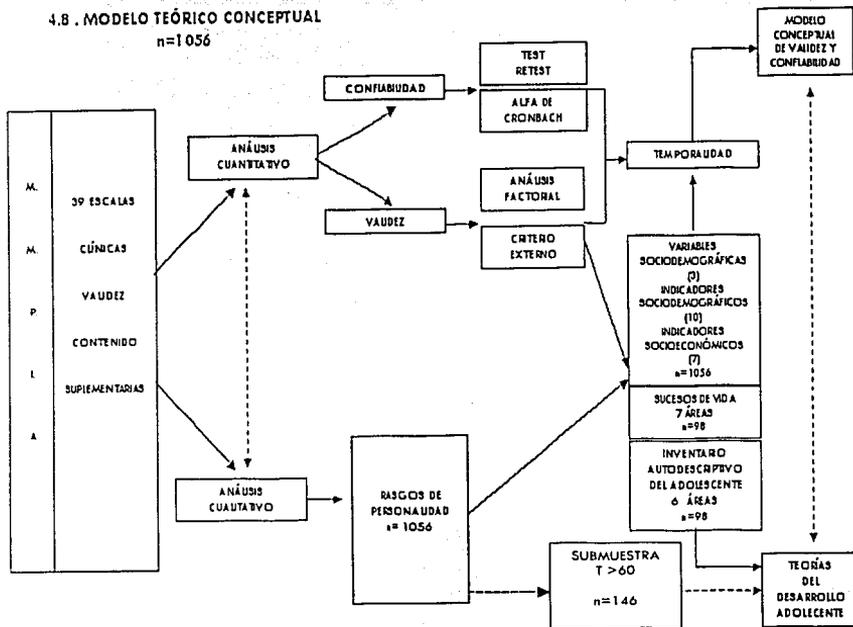


DIAGRAMA 1

Con este esquema conceptual se hizo un enlace entre los diferentes aspectos de este trabajo. Comenzamos con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Este será trabajado a dos niveles diferentes: El cualitativo y el cuantitativo. En cuanto a la interpretación cuantitativa, que es la que obedece al nivel del estudio de validez y confiabilidad, tenemos en una primera instancia para comprobar la confiabilidad lo que se refiere al diseño test- retest y al alfa de Cronbach. Además del análisis factorial para ver si se sostiene la estructura factorial del instrumento. Estas dos, estarán determinadas por la variable temporalidad a siete, catorce y veintidós días de los retests. En cuanto a la validez tenemos la de criterio externo en una submuestra de 105 sujetos.

Posteriormente se analizaron a partir de las variables sociodemográficas para ver diferencias en cuanto a edad y sexo. Además se analizó una submuestra de 105 sujetos a los que se les aplicó el Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio y Durán, 2001) y un cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio y Durán, 2001), para tener mayores elementos que nos permitan describir las configuraciones que describan el trayecto del desarrollo adolescente del mexicano. Así logramos hacer una correlación entre el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, las variables sociodemográficas, los indicadores de Sucesos de Vida, el Inventario Autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, 2001), el cuestionario de Sucesos de Vida para lograr una relación final entre confiabilidad y validez del instrumento y las teorías del desarrollo adolescente.

Finalmente, se analizaron los perfiles de una submuestra de adolescentes considerados en riesgo, a partir de los puntaje mayores a  $T=65$ , y que sugieren mayores problemas en su comportamiento.

### 4.9. INSTRUMENTOS

Para la medición de la personalidad se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-A versión en español traducida por Lucio, (1998). Asimismo se utilizarán las normas sugeridas por Butcher y Cols., (1989), revisadas y adoptadas por Lucio y Cols., (1998).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI en su versión original es uno de los instrumentos más utilizados en la medición de la personalidad, Lubin,

---

Larsen y Matarazzo, (1984). También en su versión revisada goza de la misma demanda de su predecesor. Esto se debe a que es un instrumento que mide ampliamente la personalidad, (Butcher y Cols., 1992), además, es muy flexible en cuanto a su modo de aplicación y de calificación, ya que se puede aplicar en forma individual o en grupo, y en forma manual, con un lector óptico, computarizado, donde cada calificación requiere de una hoja de respuesta específica. Para esta investigación se utilizó un lector óptico con un formato de respuesta especial, diseñado por Lucio, (1992). Este método reduce en tiempo la calificación si se piensa que con un método manual, el proceso de calificación y trazo de perfiles, puede llevarse de 15 a 40 minutos por instrumento. También el proceso de calificación manual tiene como desventajas que puede haber errores en cuanto a la disposición de la plantilla sobre la hoja de respuesta, una falla en la alineación puede resultar en el sesgo de los datos, y para evitar estos errores se sugiere que el conteo se haga dos veces. Además, para que se pueda calificar este inventario con todas sus escalas (clínicas, de validez, de contenido y suplementarias) se requiere de una persona bien entrenada en esto y una inversión de tiempo considerable.

Es importante tomar en cuenta que a través de algunas investigaciones, se ha observado que en esta prueba tienden a mantenerse los picos con el paso del tiempo, esto se debe a que las variaciones se dan en un modo más sutil en el perfil, donde parece ser que los rasgos de personalidad que definen al sujeto se mantienen estables, (Hurt y Cols., 1990). Así, las correlaciones para cada una de las escalas fueron adaptadas de hallazgos de investigaciones y escritas en un estilo que puede ser usado, para generar aseveraciones interpretativas de los puntajes elevados de una escala, (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975; Hedlund, 1977; Greene, 1989 y Graham, 1990). Las elevaciones de las escalas, generalmente se refieren al puntaje T igual o mayor que 65 con una elevación marcada, a menos que se especifique lo contrario. Un puntaje T entre 60 y 64 es considerado como moderadamente elevado.

**INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

También se aplicó una ficha de indicadores que consta de 10 reactivos que miden variables sociodemográficas, esto con la finalidad de obtener algunas variables descriptoras de la muestra que permitieron hacer inferencias alrededor del desarrollo adolescente.

**INDICADORES SOCIOECONÓMICOS**

También aplicó una ficha de indicadores que consta de 7 reactivos que tiene como finalidad ayudar a describir el nivel socioeconómico de los sujetos de la muestra objeto de estudio.

**INVENTARIO AUTO DESCRIPTIVO DEL ADOLESCENTE**

También se aplicó, a una submuestra de 105 sujetos, un instrumento del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucía, Durán, Barcelata; 2000), que es un cuestionario autodescriptivo que consta de 284 reactivos de elección forzada cuyas áreas son:

*Familiar:* Explora principalmente la estructura familiar, así como la dinámica, comunicación y formas de interacción del adolescente, con su familia tanto nuclear como extensa. Asimismo, indaga acerca de la salud de los miembros de la familia, situación que se considera importante dentro de la dinámica familiar.

*Social:* Investiga las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar.

*Escolar:* Explora el desempeño del adolescente en su ámbito escolar, incluyendo su relación con maestros y compañeros dentro de este contexto. Asimismo, indaga acerca del tipo de escuela a que el adolescente ha asistido a lo largo de su trayectoria escolar.

*Sexual:* Refiere a algunos aspectos básicos de información y comportamiento frente a la sexualidad.

*De Salud:* El área de salud y hábitos como aseo, orden y otros se refieren a cómo el adolescente describe su estado general y cómo éste se relaciona con su salud.

*Personal:* Se refiere a como se sitúa el adolescente con respecto a sus características personales y de autoconcepto, así como sus expectativas de sí mismo.

Para su construcción, el instrumento fue validado a través de la técnica de jueceo con 31 expertos, obteniendo un acuerdo de un 90 % de los reactivos. Considerando por ello, que es un instrumento que tiene una alta validez.

### SUCESOS DE VIDA

Además, se aplicó, a una submuestra de 105 sujetos, un cuestionario de Sucesos de Vida. Este instrumento consta de 129 reactivos con cuatro opciones de respuestas y una pregunta abierta. Las opciones de respuesta son:

Me sucedió y fue bueno para mí.

Me sucedió y fue malo para mí.

Me sucedió y no tuvo importancia.

No me sucedió.

Este cuestionario consta de las siguientes áreas:

*Familiar:* Indaga sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el joven. Explora sucesos tales como los divorcios, separaciones, matrimonios, enfermedades, problemas y conflictos, problemas de justicia, embarazos y muerte entre los miembros de la familia. Explora las relaciones de los mismos con los demás. Consta de 41 reactivos.

*Escolar:* Explora Sucesos de Vida dentro del contexto escolar en que se desenvuelve el adolescente, que tienen que ver con su desempeño académico, con su relación con maestros y compañeros y con cambios dentro de ámbito escolar. Consta de 7 reactivos.

*Social:* El área social pretende investigar sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Investiga los roles que desempeña el adolescente en los grupos, indaga las

relaciones interpersonales del adolescente, su afiliación a grupos y como se visualiza a sí mismo. Consta de 21 reactivos.

**Logros y Fracasos:** Explora el alcance o no de las metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida, así como pérdidas materiales. Indaga los logros que el adolescente ha tenido en diferentes áreas de su vida como la escuela, el trabajo, personal y social. Consta de 13 reactivos.

**Salud:** Incluye situaciones de la vida del adolescente relacionadas con sus hábitos e higiene personal, y cómo afectan éstos su salud. Explora la salud del adolescente en cuanto a enfermedades tanto físicas como problemas psicológicos y de consumo de drogas. Consta de 12 reactivos.

**Problemas de conducta:** Se refiere a situaciones que involucran problemas con las autoridades y violación de normas así como consecuencias. Involucra desde normas que se refieren a la escuela, hasta las que implican problemas legales. Explora problemas con la ley, en la escuela o de agresión hacia otros. Conductas punitivas. Consta de 13 reactivos.

**Personal:** Se refiere a los eventos que se relacionan con su vida emocional, sexual, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos. Indaga conductas personales como embarazos y abortos, distribución del tiempo y responsabilidades. Psíquicas como cambios de carácter, relaciones personales, estados de ánimo, depresiones e ideación suicida. Consta de 22 reactivos.

Este instrumento está construido con reactivos en tres direcciones: Positivos, negativos y descriptivos. Los reactivos de dirección positiva son aquellos que por sí mismos denotan beneficio o bienestar y son considerados de no riesgo. Mientras que los reactivos de peso negativo son aquellos que implican perjuicio o malestar, y son considerados de riesgo. Los descriptivos son aquellos que no llevan implícita una carga, es decir, que no implican ni riesgo ni no riesgo.

Asimismo los reactivos se dividieron en: Normativos y no normativos. Siendo los normativos los que representan sucesos normativos que incluyen eventos tales como cambios de escuela, cambios en las relaciones con los padres y cambios corporales, los cuales se presentan aproximadamente al mismo tiempo en los adolescentes de la misma edad, y que

---

están relacionados con el desarrollo que se da en esta época de la vida. Estos sucesos son factibles de predecir y bastante frecuentes, por lo que son percibidos como medianamente estresantes y controlables. En total suman 51 reactivos.

Los sucesos no normativos pueden definirse como eventos de vida significativos y críticos, tales como la muerte de un familiar, asaltos o golpes, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el joven. Dado que son poco controlables e influenciables por el adolescente, él preparase por anticipado para enfrentar estos sucesos es muy difícil. En total suman 78 reactivos.

Este instrumento tiene validez por jueceo. Además de confiabilidad en su aplicación en otras muestras con un alfa de Cronbach de .94.

Después de hechas todas las aplicaciones se calificaron los instrumentos mediante un lector óptico para evitar el error humano en el proceso de calificación del instrumento.

Finalmente se codificaron para ser procesados estadísticamente mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS/PC, Nie, Hull, Steinbrener, Jenkins y Brent, (1985) y Quiroz y Fournier, (1987).

### 4.10. PROCEDIMIENTO

Se eligió una muestra propositiva y tres submuestras al azar por grupos. Se elaboraron sobres de manila tamaño carta para cada sujeto en cuyo interior venían las pruebas que se le deberían de aplicar. Cada sobre se rotuló con el nombre del sujeto, el número de cuenta, el grupo al que pertenece y la fecha de las aplicaciones dependiendo del tiempo entre el test y los retests.

Se aplicó en una primera sesión, la ficha sociodemográfica en grupos de 25 sujetos con tres aplicadores en un salón de clases. En esta primera aplicación se anexaron las fichas de identificación para obtener la información sobre las variables sociodemográficas. Cabe aclarar que esta ficha se aplicó con el test como un agregado al instrumento objeto de este estudio, todos los instrumentos estuvieron marcados con un número de identificación para saber a quien pertenece y poderlo ubicar en el tratamiento estadístico.

---

Posteriormente los estudiantes respondieron el MMPI-A, que corresponde al test, tomando en cuenta todos los lineamientos del instrumento descritos en el manual para el aplicador. Los autores sugieren que no se aplique ni a grupos de más de 25 sujetos ni con un solo aplicador, Butcher, (1989). Para efecto de no introducir variables extrañas en esta investigación, se utilizaron los mismos aplicadores para todos los grupos. Para la aplicación del MMPI-A, se dieron las siguientes instrucciones: *"Estamos aquí reunidos porque necesitamos de su cooperación para un estudio que se está llevando a cabo con una nueva versión del Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota MMPI-A, esperamos contar con la cooperación de todos ustedes en nuestro trabajo. Si alguno desea que le retroalimente con los resultados de su prueba puede solicitarlo conmigo. Por su colaboración, gracias."*

En una segunda sesión se eligieron aleatoriamente de la muestra total, los grupos de estudiantes que se integraron en el primer retes (7 días), quienes contestaron el MMPI-A con los mismos lineamientos descritos anteriormente..

En una tercera sesión se eligieron también aleatoriamente los grupos que participaron en la aplicación del retest de 14 días para contestar nuevamente el MMPI-A, cuidando los procedimientos de aplicación del instrumento.

En la cuarta aplicación del retest a 21 días, se eligieron nuevamente al azar los grupos que participaron en esta fase para responder el MMPI-A siguiendo el mismo método de aplicación descrito anteriormente.

Finalmente, se eligieron aleatoriamente 105 sujetos de la muestra total, para que respondieran tanto el cuestionario de Sucesos de Vida como el del Inventario Autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, Barcelata; 2000).

Después de hechas todas las aplicaciones se leyeron las hojas de respuesta mediante un lector óptico para evitar el error humano, posteriormente se calificaron con el programa de computadora elaborado por Lucio, (1998), para el instrumento.

Finalmente se codificaron para ser procesados estadísticamente mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS/PC, de Nie, Hull, Steinbrenner, Jenkins y Brent, (1985) y Quiroz y Fournier, (1987).

---

---

#### 4.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de los datos a través del paquete estadístico SPSS/PC, (Nie, Hull, Steinbrenner, Jenkins y Brent, 1985); Quiroz y Fournier, (1987)

Se analizaron los datos a través de estadística descriptiva obteniendo frecuencias, porcentajes, para las variables sexo, edad y escolaridad. El objetivo de utilizar este tipo de programas de estadística univariada, es que sólo analiza una variable a la vez, y las estadísticas que calcula describen la distribución de los datos. Asimismo se obtuvieron los intervalos de confianza para las variables edad y escolaridad en una distribución normal, con el objeto de saber si estos son un reflejo real de la distribución que tienen en la población de dónde fueron extraídos.

Se establecieron medidas de tendencia central, y distribución de las variables obteniendo frecuencias, porcentajes, para los indicadores sociodemográficos y socioeconómicos.

Se obtuvieron las diferencias de los puntajes de la media entre el test y los retest para cuatro aplicaciones a través de la prueba estadística *t* de Student de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos, para conocer las diferencias entre cada una de las aplicaciones de la primera aplicación con respecto a los siete, catorce y veintiún días respectivamente.

Se describieron y analizaron las relaciones existentes entre el test y los retests de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos a través de la correlación (*r*) de Pearson, para observar si los perfiles de las escalas del instrumento se mantienen. Posteriormente se realizará un análisis inferencial al obtener el coeficiente de correlación (*r*) de Pearson para conocer si existe relación entre el test y los retests de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias, del MMPI-A. Para esta investigación se desarrolló una correlación simple debido a que se analizó la relación que existe entre los valores de la variable independiente: El tiempo entre test y los retests observada a través de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias de MMPI-A,

con respecto a la variable dependiente a través de puntajes de la prueba en el test y los retests.

Se analizó la consistencia interna a través del alfa de Cronbach de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos. Este tipo de prueba estadística permite obtener la consistencia interna de la prueba y así corroborar que los resultados obtenidos en este estudio con relación a la muestra objeto de estudio fueran confiables.

Se determinó a través de un análisis factorial los factores comunes entre el test y los retests de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos. El análisis factorial es un método de análisis multivariado que intenta explicar, según un modelo lineal, un conjunto extenso de variables observables mediante un número reducido de variables hipotéticas llamadas factores. Es un aspecto esencial del análisis factorial el que los factores no sean directamente observables, obedeciendo a conceptos de naturaleza más abstracta que las variables originales.

Se llevó a cabo un análisis cuantitativo a partir de la prueba estadística ANOVA y cualitativo de cada una de las escalas clínicas, de validez contenido y suplementarias del Inventario con la finalidad de explorar si las características del desarrollo adolescente cambian dependiendo de la edad.

Se analizaron a partir de los perfiles si se mantenían las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno, siete, catorce y veintiún días en una muestra de adolescentes mexicanos.

Se determinaron mediante un análisis cuantitativo y cualitativo los rasgos de personalidad específicos que describieron las características de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente en la muestra de adolescentes mexicanos.

Se determinaron mediante un análisis cuantitativo y cualitativo los rasgos psicopatológicos específicos que describieron las características de los adolescentes

---

---

mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente y la psicopatología en una submuestra de adolescentes mexicanos.

Se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada una de los reactivos de cada área del Inventario Autodescriptivo del adolescente, (Lucio, Durán, 2001).

Se aplicó una prueba estadística de correlación ( $r$ ) de Pearson entre las áreas del instrumento de Sucesos de Vida, (Lucio y Durán, 2001), con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A).

# CAPÍTULO V

Resultados

---

185-A

## 5.1. INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El propósito de esta investigación fue establecer una propuesta de confiabilidad y validez a través de un diseño test-retest que permitió obtener cuatro mediciones diferentes, la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach; así como, determinar los factores comunes a partir de una matriz de intercorrelaciones en la que se establecieron las correlaciones de todas y cada una de las variables identificadas en las 38 escalas (clínicas, de validez, de contenido y suplementarias) del MMPI-A versión en español para adolescentes, (Lucio y Cols., 1998). Asimismo se definió el contenido relevante de cada una de las variables a explorar en el sentido de averiguar la posible asociación existente al aplicar el instrumento con una medición inicial y tres subsecuentes a 7, 14 y 21 días, utilizando para estas variables un análisis cuantitativo. El utilizar otras medidas alternas al instrumento, permitió analizar la validez externa, a través de un análisis cualitativo en el que se pudieron hacer descripciones de las características de personalidad del desarrollo adolescente, por medio de los perfiles y los sucesos de vida obtenidos por los instrumentos, tomando en cuenta que la estructura de la personalidad del adolescente es siempre cambiante, más aún en este proceso del desarrollo del individuo. Se describen a continuación los resultados obtenidos en este estudio.

### 5.1.1. Descripción de las Muestras

Como primer paso se realizó el análisis a partir de estadística descriptiva obteniendo frecuencias y porcentajes de las variables sexo, edad, y nivel escolar; posteriormente se obtuvieron los intervalos de confianza para las variables edad y escolaridad.

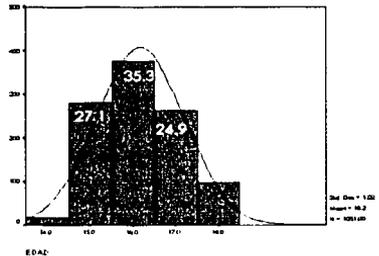
Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable edad

EDAD	TEST - RETEST (1-7 DÍAS)		TEST - RETEST (1-14 DÍAS)		TEST - RETEST (1-21 DÍAS)	
	F	%	F	%	F	%
14	8	2.0	6	1.9	10	2.8
15	97	25.1	100	31.6	86	24.6
16	140	36.2	99	31.3	136	38.1
17	101	26.1	75	23.7	88	24.9
18	41	10.6	36	11.5	34	9.6
TOTAL	386	100.0	316	100.0	354	100.0

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Con relación a la variable edad, para cada uno de los grupos (1-7, 1-14, 1-21 días) se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, en donde se puede observar que el puntaje de la media para los tres grupos fue de  $X = 16$  años, (Tabla 1).

Asimismo se obtuvieron los intervalos de confianza para la variable edad, en una distribución normal. Encontrándose que en general los porcentajes mayores se acumulan principalmente en las edades de 15 (27.1%), 16 (35.3%) y 17 (24.9%) años respectivamente, eliminándose 12 sujetos (3.5%) de la muestra porque rebasaron el límite superior de edad para el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota que es de 18 años, (Gráfica 1).



GRÁFICA 1. Gráfica de la distribución de la muestra por edades

El intervalo de confianza indica que el valor real de la media se encuentra entre 16.11 y 16.23, esto indica que sí hay representatividad en esta muestra aleatoria, con un intervalo de confianza al 95%.

		Parámetros
Media		16.17
Intervalo de confianza al 95% para la media	Límite Inferior	16.11
	Límite superior	16.23

Con relación a la variable sexo se analizaron los datos a través de estadística descriptiva, observándose lo siguiente:

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable sexo

SEXO	TEST - RETEST (1-7 DÍAS)		TEST - RETEST (1-14 DÍAS)		TEST - RETEST (1-21 DÍAS)	
	F	%	F	%	F	%
MASCULINO	161	41.7	125	36.6	125	35.3
FEMENINO	225	58.3	191	63.4	229	64.7
TOTAL	386	100.0	316	100.0	354	100.0

**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Farías

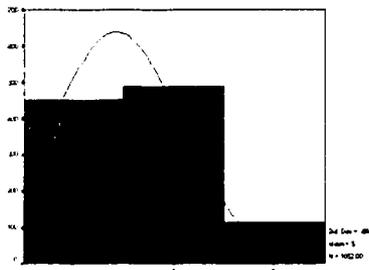
Debido a que en el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) se obtienen calificaciones por sexo, se eligieron en forma aleatoria de la primera aplicación los sujetos de los grupos (7,14,21 días), observándose que en el grupo de mujeres se identifican los mayores porcentajes en las tres aplicaciones y en el grupo de los hombres se incrementan en la primera aplicación, (Tabla 2).

Con relación a la variable escolaridad, se consideraron adolescentes de nivel bachillerato de dos escuelas privadas del D. F. de los cuales se aplicaron en los tres años escolares obteniendo la siguiente distribución:

**Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable escolaridad**

AÑO ESCOLAR	TEST - RETEST (1-7 DÍAS)		TEST - RETEST (1-14 DÍAS)		TEST - RETEST (1-21 DÍAS)	
	F	%	F	%	F	%
CUARTO	147	38.1	139	44.0	173	48.8
QUINTO	239	61.9	106	33.5	145	41.0
SEXTO	-	-	71	22.5	36	10.2
TOTAL	386	100.0	316	100.0	354	100.0

Dependiendo del nivel escolar se observa que para 1-7 días los porcentajes se concentran principalmente en el nivel de quinto y cuarto año de bachillerato. En el test-retest de 1-14 días el nivel escolar se concentra también en cuarto y quinto año y en menor proporción en el sexto año. Por último el test-retest de 1-21 días el porcentaje mayor se ubica también en cuarto y quinto año, con valores reducidos para el sexto año (Tabla 3).



ESCALA: 0.00

**GRÁFICA 2.** Gráfica de la distribución del nivel escolar

Asimismo se obtuvieron intervalos de confianza de la variable escolaridad para la distribución t de Student, observando que los porcentajes se concentran principalmente en el nivel escolar de quinto y cuarto año. El intervalo de confianza indica que el valor real de la media se encuentra entre 4.64 y 4.72, esto indica que si hay representatividad en esta muestra aleatoria en esta población, con un intervalo de confianza al 95% (Graf.2).

**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Farías

<b>Media</b>		<b>Parámetros</b>
		4.68
<b>Intervalo de confianza al 95% para la media</b>	<b>Límite inferior</b>	4.64
	<b>Límite superior</b>	4.72

En la variable estado civil, todos los sujetos que participaron en la investigación, son estudiantes y solteros.

## 5.2. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES

Como segundo análisis se obtuvieron frecuencias y porcentajes, para los indicadores sociodemográficos. Identificando los indicadores de rendimiento académico del adolescente, de nivel escolar de la madre y del padre, de la ocupación de la madre y del padre, del estado civil de la madre y del padre, de sobre quién recae la responsabilidad del sustento económico familiar, de la percepción que tenga el adolescente de su entorno físico-espacial familiar y si recibe apoyo profesional o no, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable Rendimiento Académico del adolescente ¿Cuál es tu promedio actual en la escuela?

PROMEDIO	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
10	25	3.9	4	1.0	29	2.8
9	138	21.7	32	7.6	170	16.0
8	230	36.1	130	31.0	360	34.1
7	197	30.9	191	45.6	388	36.8
6	39	6.1	58	13.8	97	9.2
5 O MENOS	8	1.3	4	1.0	12	1.1
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Con relación al *promedio obtenido por el grupo de adolescentes* se observa que los valores más altos fueron en las mujeres el promedio de 8 en mujeres y en hombres la calificación de 7. En los valores de la muestra total se puede observar que la mayoría de los estudiantes obtienen un promedio de calificación entre 7 y 8 y en menor proporción se obtienen calificaciones de 9 y 10. Las bajas calificaciones se distribuyen para 6 y para 5 o menos, (Tabla 4).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Nivel escolar de la madre. ¿Hasta que año estudio tu madre?**

ESCOLARIDAD DE LA MADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	8	1.3	3	.7	11	1.1
SECUNDARIA O ESC. TÉCNICA	79	12.4	41	9.8	120	11.3
PREPA/BACHILLERATO	156	24.5	80	19.2	236	22.4
LIC. INCOMPLETA O ESC. NORMAL	135	21.2	71	16.9	206	19.5
LICENCIATURA	201	31.5	153	36.5	354	33.5
POSTGRADO	58	9.1	71	16.9	129	12.2
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Para la variable *nivel escolar de la madre* se observa que en ambos grupos el porcentaje mayor se acumula en el nivel de licenciatura y en menor proporción en el nivel de bachillerato. Finalmente en menor proporción el nivel de primaria. Para la muestra total los valores se acumulan también en el nivel de licenciatura, en preparatoria/bachillerato, y licenciatura incompleta o escuela normal. Al nivel de postgrado y el de primaria corresponde a un porcentaje bajo, (Tabla 5).

**Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Nivel escolar del padre. ¿Hasta que año estudio tu padre?**

ESCOLARIDAD DEL PADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRIMARIA	10	1.6	2	.5	12	1.1
SECUNDARIA O ESC. TÉCNICA	39	6.1	18	4.3	57	5.4
PREPA/BACHILLERATO	67	10.5	34	8.1	101	9.5
LIC. INCOMPLETA O ESC. NORMAL	124	19.5	38	9.1	162	15.6
LICENCIATURA	288	45.2	188	44.8	476	45.0
POSTGRADO	109	17.1	139	33.2	248	23.4
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

El caso de la *escolaridad del padre*, el nivel más elevado corresponde en ambos grupos al nivel de licenciatura. Mientras que en el nivel de postgrado es mayor en los hombres y para las mujeres es en el nivel de licenciatura incompleta o normal. En la muestra total se observan también que los valores más elevados son en licenciatura, postgrado, licenciatura incompleta o escuela normal; y los más bajos es el nivel de secundaria o escuela técnica y la primaria, (Tabla 6).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Ocupación de la madre. ¿Cuál es la ocupación de tu madre? Si tu madre ya no vive ¿Cuál era su ocupación?**

OCUPACIÓN DE LA MADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
OBRAERA	1	.2	1	.2	2	.2
EMPLEADA	112	17.6	71	16.9	183	17.3
PROFESIONISTA	152	23.9	96	22.9	248	23.4
EMPRESARIA	34	5.3	34	8.1	68	6.4
COMERCIANTE	35	5.5	22	5.3	57	5.5
ACT. DEL HOGAR	239	37.5	160	38.2	399	37.8
OTRA	64	10.0	35	8.4	99	9.4
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En cuanto a la *ocupación de la madre* el porcentaje mayor corresponde en ambos grupos a las actividades del hogar. La actividad que le sigue es la ocupación de profesionista. Las actividades menores corresponden a empresaria y obrera. Para la muestra total, el valor más alto es para la actividad del hogar. En menor proporción el de profesionista y empleada. Las actividades menores corresponden a otra, empresaria y obrera, (Tabla 7).

**Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Ocupación del padre. ¿Cuál es la ocupación de tu padre? Si tu padre ya no vive ¿Cuál era su ocupación?**

OCL'PACIÓN DE TU PADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
OBRAERO	3	.5	4	1.0	7	.7
EMPLEADO	119	18.7	64	15.3	183	17.2
PROFESIONISTA	242	38.0	163	38.9	405	38.5
EMPRESARIO	112	17.6	84	20.0	196	18.6
COMERCIANTE	86	13.5	41	9.8	127	12.0
ACT. DEL HOGAR	4	.5	1	.2	5	.5
OTRO	71	11.2	62	14.8	133	12.5
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En cuanto a la *ocupación del padre* se observa que el porcentaje más elevado corresponde en ambos grupos a profesionista. Asimismo se puede observar que en las mujeres uno de los valores elevados es para la ocupación de empleado y empresario en los hombres. Para la muestra total, ambos grupos obtienen valores elevados en el de profesionista y empresario. En menor proporción para empleado, otro tipo de actividad y comerciante. Y los más bajos corresponden a obrero y actividades del hogar, (Tabla 8).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

**Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Estado civil de la madre. ¿Cuál es el estado civil de tu madre? Si tu madre ya no vive ¿Cuál era su estado civil?**

ESTADO CIVIL DE LA MADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CASADA	467	73.3	311	74.2	778	74.0
DIVORCIADA	73	11.5	60	14.3	133	12.6
VIUDA	22	3.5	9	2.1	31	2.8
SEPARADA	46	7.2	18	4.3	64	6.0
UNIÓN LIBRE	13	2.0	13	3.2	26	2.4
MADRE SOLTERA	16	2.5	8	1.9	24	2.2
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Se observa que en el *estado civil de la madre*, en ambos grupos es casada y en menor proporción el estado civil es de divorciadas. Para la muestra total la mayoría reporta ser casada y en menor proporción divorciada, separada, viuda, unión libre y madre soltera, (Tabla 9).

**Tabla 10. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Estado civil del padre. ¿Cuál es el estado civil de tu padre? Si tu padre ya no vive ¿Cuál era su estado civil?**

ESTADO CIVIL DEL PADRE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CASADO	500	78.6	332	79.3	832	78.7
DIVORCIADO	69	10.8	44	10.4	113	10.8
VIUDO	6	.9	5	1.2	11	1.1
SEPARADO	44	6.9	25	6.0	69	6.5
UNIÓN LIBRE	16	2.5	9	2.1	25	2.3
PADRE SOLTERO	2	.3	4	1.0	6	.6
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En el *estado civil del padre* también en ambos grupos se observa que la mayoría son casados, aunque existe un porcentaje importante de divorciados en ambos grupos. En la muestra total la mayoría de los adolescentes reportan que el padre es casado y en menor proporción para la categoría de divorciado, separado, unión libre, viudo y padre soltero, (Tabla 10).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Responsabilidad del sustento económico familiar. ¿Quién sostiene económicamente a tu familia?**

SUSTENTO ECONÓMICO FAMILIAR	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PADRE	258	40.5	196	46.8	454	42.8
MADRE	91	14.3	54	12.9	145	13.8
AMBOS	280	44.0	159	37.9	439	41.6
HERMANO (A)	2	.3	4	1.0	6	.6
ABUELO (A)	2	.3	3	.7	5	.5
TÍO (A)	4	.6	2	.5	6	.6
PADRASTRO / MADRASTRA	0	0	1	.2	1	.1
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Con relación al *sustento económico de la familia* los adolescentes femeninas reportan que ambos padres son quienes sostienen económicamente a la familia, mientras que para los hombres es el padre quien se responsabiliza del sustento. En la muestra total el valor más elevado es para el padre; le siguen ambos y la madre y en menor proporción hermano(a) y tío(a) el abuelo y padrastro o madrastra, (Tabla 11).

**Tabla 12. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Percepción del entorno físico-espacial familiar del adolescente. En cuánto al tamaño de tu casa piensas que:**

ENTORNO FÍSICO-ESPACIAL FAMILIAR	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
LES SOBRA ESPACIO	76	11.9	76	18.1	152	14.4
HAY SUFICIENTE ESPACIO PARA TODOS	473	74.3	287	68.5	760	72.0
ESTÁN UN POCO AMONTONADOS	71	11.1	48	11.5	119	11.2
ESTÁN AMONTONADOS	12	1.9	5	1.2	17	1.6
ESTÁN MUY AMONTONADOS	5	.8	3	.7	8	.8
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Con relación al *entorno físico-espacial familiar* que reportan los adolescentes, la mayoría considera que hay suficiente espacio para todos. Asimismo en la muestra total los valores se concentran también en la misma categoría y en menor proporción dicen que les sobra espacio. Los valores más bajos corresponde a que están un poco amontonados, que están amontonados y que están muy amontonados, (Tabla 12).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 13. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Si recibe apoyo profesional o no. ¿Asistes a algún tipo de tratamiento o ayuda psicológica?**

ASISTE A ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO O AYUDA PSICOLÓGICA	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MEDICO FAMILIAR	148	23.3	119	28.4	267	25.2
ORIENTADOR ESCOLAR	41	6.4	41	9.8	82	7.6
PSICÓLOGO	52	8.2	20	4.8	72	6.9
PSIQUIATRA	6	.9	4	1.0	10	1.0
GRUPO DE AUTOAYUDA	7	1.1	6	1.4	13	1.3
CONSEJERO RELIGIOSO	42	6.6	23	5.5	65	6.2
NINGUNO	341	53.5	206	49.1	547	51.8
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Los adolescentes en su mayoría *reportan que no asisten a ningún tipo de tratamiento*. En el caso de los valores de la muestra total, también se observa que en la categoría de ninguno se observa el porcentaje mayor. Otros adolescentes refieren que asisten con algún médico familiar, orientador escolar, al psicólogo, consejero religioso, grupo de autoayuda y al psiquiatra, (Tabla 13).

Con relación a los indicadores socioeconómicos se identificaron 7 reactivos con la finalidad de describir el nivel económico de la muestra observando los siguientes resultados:

**Tabla 14. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Tamaño del lugar donde vive. Actualmente vives en:**

TAMAÑO DEL LUGAR DONDE VIVE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CUARTO	3	.5	12	2.9	15	1.4
VECINDAD	2	.3	1	.2	3	.3
DEPARTAMENTO	298	46.7	163	38.9	461	43.4
CASA SOLA	331	52.0	232	55.4	563	53.4
OTRO LUGAR	3	.5	11	2.6	14	1.5
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

La mayoría de los adolescentes *reportan que viven en casa sola*. En la muestra total también este mismo valor se encuentra en la categoría de casa sola y departamento y en menor proporción en un cuarto, en otro lugar y en vecindad, (Tabla 14).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

**Tabla 15. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de personas que viven en tu casa.**

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN TU CASA	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
DOS O MENOS	29	4.6	20	4.8	49	4.6
TRES A CUATRO	377	59.1	236	56.3	613	58.1
CINCO A SEIS	200	31.4	149	35.6	349	33.0
SIETE A OCHO	24	3.8	13	3.1	37	3.5
NUEVE A DIEZ	3	.5	1	.2	4	.4
ONCE O MÁS	4	.6	0	0	4	.4
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

Con relación a la variable *número de personas que viven en tu casa*, los adolescentes en su mayoría responden que viven de tres a cuatro personas. En la muestra total corresponde para la categoría de tres o cuatro personas, le sigue de cinco a seis personas y en menor proporción responden a dos o menos personas, de siete a ocho de nueve a diez y de once o más, (Tabla 15).

**Tabla 16. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de personas que duermen en cada cuarto.**

NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN CADA CUARTO	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
UNO	390	61.2	296	70.6	686	65.0
DOS A TRES	244	38.3	120	28.9	365	34.6
CUATRO A CINCO	2	.3	2	.5	4	.4
SEIS A SIETE	1	.2	0	0	1	.1
OCHO O MÁS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

El *número de personas que duermen en cada cuarto*, los valores se distribuyen principalmente en dos categorías, en una habitación y que duermen de dos a tres personas en una habitación. En la muestra total se observa que responden a uno y de dos a tres. Los porcentajes menores corresponden a cuatro a cinco, seis a siete y ocho o más, (Tabla 16).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

**Tabla 17. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Número de automóviles que poseen.**

NÚMERO DE AUTOMÓVILES QUE POSEEN	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NINGUNO	57	8.9	23	5.5	80	7.5
UNO	252	39.6	117	27.9	369	35.0
DOS	204	32.0	161	38.4	365	34.6
TRES	84	13.2	65	15.5	149	14.1
CUATRO	26	4.1	33	7.9	59	5.5
CINCO O MÁS	15	2.2	20	4.8	35	3.3
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En la variable que corresponde al número de automóviles que poseen, el valor más elevado corresponde a un auto en las mujeres y dos autos en los hombres. En la muestra total el valor mas elevado corresponde a uno y a dos automóviles. Le siguen en menor proporción tres, ninguno, cuatro y cinco o más, (Tabla 17).

**Tabla 18. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. La familia con la que vives posee computadora.**

TIENE COMPUTADORA	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
SI	572	89.8	395	94.3	967	91.5
NO	65	10.2	24	5.7	89	8.5
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En el reactivo la familia con la que vives posee computadora, la mayoría de los adolescentes responden que si tienen computadora, observando que en la muestra total corresponde al valor más elevado y en menor proporción dicen que no la tienen, (Tabla 18).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

**Tabla 19. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Cuanta servidumbre. ¿Con qué tipo de servidumbre se cuenta en tu casa?**

SERVIDUMBRE EN TU CASA	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NINGUNA	295	46.3	165	39.2	460	43.2
UNA PERSONA DE ENTRADA POR SALIDA	272	42.7	192	45.8	464	43.8
UNA PERSONA DE PLANTA	53	8.3	44	10.5	97	9.4
DOS O MÁS PERSONAS DE PLANTA	17	2.7	18	4.3	35	3.6
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

La distribución de las frecuencias con relación a la variable con que *tipo de servidumbre se cuenta en tu casa*, responden las adolescentes mujeres que no tienen ninguna persona como servidumbre. Mientras que los hombres el valor más elevado de esta categoría corresponde a una persona de entrada por salida. En la muestra total corresponde el valor más alto a ninguna y a una persona de entrada por salida, ninguna, una persona de planta y dos o más personas de planta, (Tabla 19).

**Tabla 20. Distribución de frecuencias y porcentajes para la variable. Transporte que utilizas frecuentemente. ¿Qué tipo de transporte utilizas regularmente?**

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZAS REGULARMENTE	MUJERES		HOMBRES		MUESTRA TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NINGUNO	6	9.6	7	1.7	13	1.4
CAMIÓN O METRO	59	9.3	74	17.7	133	12.6
PESERA	70	11.0	42	10.0	112	10.0
TAXI	40	6.3	39	9.3	79	7.5
VEHÍCULO PROPIO (COCHE, CAMIONETA, ETC.)	462	72.5	257	61.3	719	68.5
TOTAL	637	100.0	419	100.0	1056	100.0

En la variable *tipo de transporte que utiliza regularmente* la mayoría de los adolescentes responden que se transportan en vehículo propio. Siendo en esta misma categoría para la muestra total, en menor proporción usan camión o metro, pesera, taxi y ninguno, (Tabla 20).

### 5.3. PRUEBA t PARA EL TEST-RETEST EN CUATRO MEDICIONES REPETIDAS EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS DE SEXO FEMENINO Y MASCULINO

Como tercer análisis se obtuvieron las diferencias de los puntajes de la media entre el test y los retests de las cuatro aplicaciones a través de la prueba estadística t de Student de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos. Se analizaron los datos a través de las pruebas estadística t de Student. Los resultados obtenidos:

#### 5.3.1 Prueba t para el Test-Retest de la Muestra de Sujetos Femeninos (1-7 Días)

Tabla 21. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas Básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos (n= 225)

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	49.19	11.30	47.51	11.34	2.044	1/225	.042
TRIN	51.66	4.30	52.12	4.55	-1.395	1/225	.164
F1	48.00	9.27	47.48	9.31	1.203	1/225	.230
F2	45.59	8.94	46.40	9.57	-1.742	1/225	.083
F	46.20	8.98	46.47	9.41	-.669	1/225	.504
L	49.96	9.22	50.98	9.48	-2.187	1/225	.030
K	54.59	9.04	55.20	9.59	-1.465	1/225	.144
Hs	49.85	10.88	48.64	11.36	2.642	1/225	.009
D	48.98	9.53	48.28	9.69	1.322	1/225	.188
Hi	53.38	9.92	51.84	10.14	2.864	1/225	.005
Dp	49.68	10.02	48.65	10.06	2.128	1/225	.034
Mf	46.15	9.18	47.14	9.48	-2.055	1/225	.041
Pa	49.18	9.75	48.54	9.64	1.119	1/225	.264
Pi	47.12	10.15	46.20	9.81	2.346	1/225	.020
Es	46.40	10.04	45.67	9.93	1.851	1/225	.066
Ma	50.91	10.77	50.63	10.74	.482	1/225	.630
Is	45.32	9.21	45.82	9.21	-1.173	1/225	.242

- \* Nivel de significancia al .001
- t > 3.291

Se puede observar que en las diferencias obtenidas entre el test y el retest (1-7 días) no se encontraron diferencias al .001 en todas las escalas clínicas básicas, (Tabla 21).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 22. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos (n= 225)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	48.76	10.40	48.02	10.17	1.619	1/225	.107
OBS-A	46.36	8.96	46.09	8.93	.593	1/225	.554
DEP-A	46.65	9.89	46.21	9.55	1.111	1/225	.268
SAU-A	49.77	10.09	48.29	10.85	3.647	1/225	.001*
ENA-A	45.96	9.73	45.69	9.73	.575	1/225	.566
DEL-A	46.28	9.57	45.57	9.50	1.513	1/225	.132
ENJ-A	48.05	9.30	47.60	9.50	1.084	1/225	.279
CIN-A	44.85	8.64	45.62	9.58	-1.843	1/225	.067
PCO-A	48.03	9.49	47.48	9.59	1.308	1/225	.192
BAE-A	46.08	9.01	46.12	8.82	-.104	1/225	.917
ASL-A	52.31	9.95	51.99	10.21	.676	1/225	.500
ISO-A	44.88	8.80	45.67	8.90	-1.745	1/225	.082
FAM-A	47.44	9.01	46.92	9.24	1.247	1/225	.214
ESC-A	51.19	10.59	51.38	10.23	-.454	1/225	.651
RTR-A	46.14	9.57	46.05	9.58	.182	1/225	.855

- \* Nivel de significancia al .001
- t > 3.291

En las escalas de contenido no se encontraron diferencias al .001 entre el test-retest en la mayoría de las escalas excepto en la de preocupación por la salud, (Tabla 22).

**Tabla 23. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninos (n= 225)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	48.10	9.17	47.61	8.93	.910	1/225	.364
R-A	49.71	9.32	49.72	10.13	-.037	1/225	.971
MAC-A	52.88	9.58	52.04	8.97	1.842	1/225	.067
RPAD	47.73	9.32	47.68	9.36	.135	1/225	.893
TPAD	46.79	9.46	46.01	9.35	1.955	1/225	.052
INM	52.99	8.93	52.76	9.35	.477	1/225	.634

- \* Nivel de significancia al .001
- t > 3.291

Con relación a las escalas suplementarias ninguna de las escalas reporta diferencias al .001 entre el test-retest a uno- siete días, (Tabla 23).

### 5.3.2. Prueba t para el Test-Retest para la Muestra de Sujetos Femeninos (1-14 Días)

**Tabla 24. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos (n= 191)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	51.43	12.77	53.03	15.94	-1.504	1/191	.134
TRIN	51.70	3.94	52.36	5.11	-2.181	1/191	.030
F1	49.14	10.09	49.84	13.06	-.887	1/191	.376
F2	47.75	10.90	48.69	11.30	-1.605	1/191	.110
F	48.11	10.47	49.73	12.92	-2.490	1/191	.014
L	50.03	9.33	52.25	10.44	-3.744	1/191	.001*
K	54.48	9.15	54.91	9.35	-.995	1/191	.321
Hs	50.55	10.16	50.41	10.57	.298	1/191	.766
D	48.83	9.72	49.19	9.79	-.667	1/191	.506
Hi	52.60	9.27	52.95	9.85	-.581	1/191	.562
Dp	50.13	9.48	50.03	8.98	.230	1/191	.819
Mf	47.63	9.45	48.90	9.76	-2.074	1/191	.039
Pa	50.72	10.02	49.84	9.85	1.505	1/191	.134
Pt	46.61	9.16	46.39	9.42	.718	1/191	.474
Es	47.23	9.11	47.11	9.99	.265	1/191	.791
Ma	50.77	10.63	50.29	10.38	.857	1/191	.393
Is	46.24	8.50	46.39	8.59	-.386	1/191	.700

- \* Nivel de significancia al .001
- t > 3.291

Se puede observar que entre el test y el retest (1-14 días) se encontró diferencia al .001 únicamente en la escala L de mentiras, (Tabla 24).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 25. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninas (n= 191)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	48.65	9.41	48.24	9.39	1.351	1/191	.178
OBS-A	46.12	8.88	45.57	9.02	1.299	1/191	.196
DEP-A	47.32	9.48	47.21	9.54	.327	1/191	.744
SAU-A	50.88	9.50	50.95	10.34	-.141	1/191	.888
ENA-A	46.38	9.06	46.92	8.94	-1.457	1/191	.147
DEL-A	47.63	10.20	46.93	9.61	1.580	1/191	.116
ENJ-A	47.99	9.32	47.31	9.29	1.739	1/191	.084
CIN-A	45.91	8.88	46.19	9.71	-.605	1/191	.546
PCO-A	50.02	11.05	49.62	10.60	.846	1/191	.399
BAE-A	46.67	9.48	46.75	9.48	-.247	1/191	.806
ASL-A	53.42	10.54	53.08	10.15	.717	1/191	.474
ISO-A	46.38	8.97	46.34	8.99	-.106	1/191	.916
FAM-A	48.08	9.92	48.47	10.41	-1.083	1/191	.280
ESC-A	51.76	10.67	51.92	11.14	-.360	1/191	.719
RTR-A	47.24	9.69	48.00	10.31	-1.799	1/191	.074

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

En las escalas de contenido no se encontraron diferencias al .001 entre el test-retest a uno y catorce días en ninguna de las escalas, (Tabla 25).

**Tabla 26. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninas (n= 191)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	48.09	9.16	48.02	9.41	.133	1/191	.894
R-A	51.37	10.78	51.70	11.13	-.666	1/191	.506
MAC-A	53.80	9.80	53.43	9.53	.915	1/191	.361
RPAD	48.49	9.53	49.79	10.63	-3.514	1/191	.001*
TPAD	46.21	9.32	45.81	9.63	1.270	1/191	.206
INM	53.39	9.93	53.76	9.68	-.602	1/191	.548

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

Con relación a las escalas suplementarias no se encontraron diferencias al .001 entre test-retest a uno-catorce días en la mayoría de las escalas excepto en la escala de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Tabla 26).

### 5.3.3. Prueba t para el Test-Retest de la Muestra de Sujetos Femeninos (1-21 Días)

**Tabla 27. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas Básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos (n= 229)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	51.51	10.76	52.83	13.20	-1.698	1/229	.091
TRIN	52.38	4.88	53.04	5.41	-2.259	1/229	.025
F1	47.62	9.29	48.88	11.00	-1.788	1/229	.075
F2	47.69	9.56	50.29	12.41	-4.163	1/229	.001*
F	47.40	9.03	49.90	11.43	-4.617	1/229	.001*
L	51.24	10.24	52.04	9.98	-1.864	1/229	.064
K	55.10	9.83	55.30	10.33	-.493	1/229	.622
Hs	50.06	10.35	49.29	10.60	2.152	1/229	.032
D	49.61	9.84	49.10	10.35	1.116	1/229	.265
Hi	52.96	9.29	52.69	10.23	.601	1/229	.548
Dp	48.72	9.16	48.47	9.06	.672	1/229	.502
Mf	46.65	8.88	48.37	9.11	-3.629	1/229	.001*
Pa	48.81	9.27	49.61	10.00	-1.656	1/229	.099
Pi	45.99	9.69	46.48	9.85	-1.448	1/229	.149
Es	45.52	9.47	46.50	10.41	-2.426	1/229	.016
Ma	48.61	9.56	49.00	9.83	-.868	1/229	.386
Is	45.93	9.20	47.26	9.65	-3.377	1/229	.001*

- \* Nivel de significancia al .001
- $t > 3.291$

Se puede observar que entre el test y el retest (1-21 días) se encontraron diferencias al .001 en algunas de las escalas como la de infrecuencia F, F2, masculinidad-feminidad y la introversión social, (Tabla 27).

## R E S U L T A D O S

José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 28. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninas (n= 229)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	47.45	9.80	47.92	9.75	-1.072	1/229	.285
OBS-A	45.86	9.50	45.95	9.62	-.260	1/229	.795
DEP-A	46.94	9.84	47.57	10.49	-1.735	1/229	.084
SAU-A	49.94	10.02	49.87	10.14	.182	1/229	.856
ENA-A	46.86	9.64	47.70	9.87	-2.049	1/229	.042
DEL-A	46.38	9.64	46.64	10.29	-.641	1/229	.522
ENJ-A	46.96	9.60	46.45	9.08	1.448	1/229	.149
CIN-A	46.34	9.90	46.75	10.45	-1.101	1/229	.272
PCO-A	47.59	8.94	48.61	9.26	-2.559	1/229	.011
BAE-A	46.85	9.01	47.81	9.27	-2.691	1/229	.008
ASL-A	53.23	8.71	53.84	9.50	-1.729	1/229	.085
ISO-A	45.87	9.35	47.40	9.67	-3.773	1/229	.001*
FAM-A	47.36	10.28	47.69	9.96	-.989	1/229	.324
ESC-A	50.99	10.69	51.39	10.91	-.975	1/229	.330
RTR-A	46.89	9.38	47.85	10.16	-2.416	1/229	.016

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

Con relación a las diferencias entre el test-retest de uno a veintidós días en las escalas de contenido, se observó una diferencia al .001 en la escala de incomodidad ante situaciones sociales, (Tabla 28).

**Tabla 29. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninas (n= 229)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	46.85	8.81	47.16	8.49	-.722	1/229	.471
R-A	48.69	9.58	50.27	10.78	-3.440	1/229	.001*
MAC-A	52.37	9.04	51.63	8.70	1.927	1/229	.055
RPAD	48.46	9.59	49.61	10.22	-2.934	1/229	.004
TPAD	45.94	10.21	46.33	10.16	-1.192	1/229	.234
INM	53.44	9.84	54.30	10.21	-1.859	1/229	.064

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

Con relación a las escalas suplementarias la diferencia encontrada entre el test-retest de uno-veintidós días fue al .001 para la escala de depresión, (Tabla 29).

Finalmente se puede observar que los puntajes de la mayoría de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias, tienden a aumentar en los retest.

### 5.3.4. Prueba T para el Test-Retest de la Muestra de Sujetos Masculinos (1-7 Días)

Como siguiente análisis se obtuvieron las diferencias de los puntajes de la media entre el test y los retests de las cuatro aplicaciones a través de la prueba estadística t de Student de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos. Se analizaron los datos a través de la pruebas estadística t de Student. Los resultados obtenidos para el sexo masculino a 1-7 días se describen a continuación:

**Tabla 30. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas Básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 161)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	53.88	13.48	52.49	16.06	1.074	1/161	.284
TRIN	53.81	6.45	53.95	5.70	-.262	1/161	.794
F1	51.04	12.84	54.01	14.92	-3.007	1/161	.003
F2	49.24	11.04	50.89	12.45	-2.423	1/161	.017
F	50.35	11.87	52.94	14.28	-4.158	1/161	.001*
L	50.89	11.05	52.76	11.22	-2.749	1/161	.007
K	52.95	10.27	52.90	10.08	.076	1/161	.940
Hs	53.11	11.81	52.79	12.72	.425	1/161	.672
D	50.94	10.58	51.56	10.93	-.760	1/161	.448
Hi	54.39	10.50	54.46	12.09	-.091	1/161	.928
Dp	53.24	11.08	51.66	10.65	2.567	1/161	.011
Mf	51.24	10.47	50.91	10.27	.464	1/161	.643
Pa	52.73	11.82	48.70	10.20	.202	1/161	.840
Pt	48.83	9.87	49.86	10.87	-.227	1/161	.820
Es	50.06	11.11	52.48	10.50	-.364	1/161	.717
Ma	51.63	10.59	47.19	10.33	1.234	1/161	.219
Is	47.19	10.33	48.24	9.76	-1.811	1/161	.072

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

Se puede observar que entre el test y el retest (1-7 días) no se encontraron diferencias al .001 en la mayoría de las escalas clínicas básicas excepto en la escala F de infrecuencia, (Tabla 30).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 31. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 161)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	49.61	9.23	49.84	9.29	-.408	1/161	.684
OBS-A	48.07	9.38	47.53	8.91	.941	1/161	.348
DEP-A	49.32	10.62	49.56	10.74	-.478	1/161	.633
SAU-A	52.43	11.71	52.66	13.06	-.293	1/161	.770
ENA-A	48.63	9.93	49.35	10.30	-.742	1/161	.459
DEL-A	49.22	9.90	49.37	10.16	-.228	1/161	.820
ENJ-A	50.01	10.38	49.54	10.25	.817	1/161	.415
CIN-A	47.86	10.02	48.58	10.51	-1.213	1/161	.227
PCO-A	49.86	10.61	49.71	10.45	.238	1/161	.812
BAE-A	47.81	10.64	48.67	11.17	-1.360	1/161	.176
ASL-A	53.47	11.79	53.68	10.63	-.318	1/161	.751
ISO-A	47.82	10.46	48.56	10.59	-1.289	1/161	.199
FAM-A	51.37	11.51	51.97	10.99	-1.019	1/161	.310
ESC-A	54.91	11.94	54.73	12.11	.272	1/161	.786
RTR-A	48.45	10.09	49.04	9.84	-.988	1/161	.325

- \* Nivel de significancia al .001
- $t > 3.291$

En las escalas de contenido no se encontraron diferencias al .001 entre el test-retest a 1-7 días para la muestra de adolescentes de sexo masculino, (Tabla 31).

**Tabla 32. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-7) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 161)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (7 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	50.79	10.61	50.42	10.64	.543	1/161	.588
R-A	52.16	10.88	52.51	10.65	-.539	1/161	.591
MAC-A	54.01	10.20	53.63	9.65	.620	1/161	.536
RPAD	50.76	11.23	51.45	10.92	-1.180	1/161	.240
TPAD	48.41	9.75	48.65	10.03	-.459	1/161	.647
INM	51.80	10.71	52.01	10.91	-.299	1/161	.766

- \* Nivel de significancia al .001
- $t > 3.291$

Con relación a las escalas suplementarias ninguna de las escalas reporta diferencias al .001 entre el test-retest a uno-siete días en el grupo de varones, (Tabla 32).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariós

**5.3.5. Prueba T para el Test-Retest de  
la Muestra de Sujetos Masculinos (1-14 Días)**

**Tabla 33. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas Básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		T	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	52.16	12.98	55.11	16.59	-2.189	1/125	.030
TRIN	52.66	5.27	53.34	6.51	-1.681	1/125	.095
F1	50.84	11.65	54.40	17.85	-2.662	1/125	.009
F2	51.48	12.06	54.10	14.33	-2.833	1/125	.005
F	51.54	12.48	55.72	16.79	-4.234	1/125	.001*
L	51.93	9.84	53.77	11.33	-2.733	1/125	.007
K	52.76	10.28	53.30	11.31	-1.058	1/125	.292
Hs	50.55	10.53	51.81	12.55	-1.678	1/125	.096
D	51.01	11.24	52.30	12.26	-1.773	1/125	.079
Hi	54.68	9.04	54.38	11.12	.388	1/125	.698
Dp	52.46	9.93	53.13	10.49	-1.031	1/125	.304
Mf	50.86	10.24	51.62	10.35	-1.035	1/125	.302
Pa	53.11	11.30	54.60	13.41	-1.981	1/125	.050
Pt	49.88	10.80	49.75	11.30	.271	1/125	.787
Es	49.73	11.74	51.04	13.13	-2.458	1/125	.015
Ma	52.02	11.50	51.74	12.14	.469	1/125	.640
Is	47.47	10.50	48.74	10.13	-2.518	1/125	.013

- \* Nivel de significancia al .001
- $t > 3.291$

Se puede observar que entre el test y el retest (1-14 días) no se encontró diferencia al .001 en ninguna de las escalas clínicas básicas del grupo masculino, excepto en la escala F de infrecuencia, (Tabla 33).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 34. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		T	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	50.38	10.21	50.04	9.83	.669	1/125	.505
OBS-A	48.10	10.21	47.89	9.57	.424	1/125	.673
DEP-A	50.28	11.13	51.09	11.51	-1.592	1/125	.114
SAU-A	51.20	10.91	52.95	10.88	-2.256	1/125	.026
ENA-A	49.35	10.98	51.02	11.43	-2.588	1/125	.011
DEL-A	50.01	11.80	51.22	13.05	-1.771	1/125	.079
ENJ-A	49.29	10.26	49.50	9.90	-.411	1/125	.682
CIN-A	47.89	10.09	47.38	10.35	.919	1/125	.360
PCO-A	50.26	12.16	50.53	12.19	-.459	1/125	.647
BAE-A	48.63	11.28	49.50	11.23	-1.460	1/125	.147
ASL-A	52.54	10.34	55.85	11.03	-2.114	1/125	.037
ISO-A	49.30	11.02	50.12	10.85	-1.512	1/125	.133
FAM-A	50.91	10.63	52.01	11.74	-1.898	1/125	.060
ESC-A	52.40	10.76	53.37	11.78	-2.031	1/125	.044
RTR-A	48.88	10.65	50.47	12.16	-2.280	1/125	.024

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

En las escalas de contenido para el grupo de los hombres no se encontraron diferencias al .001 entre el test-retest a uno y catorce días en ninguna de las escalas, (Tabla 34).

**Tabla 35. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-14) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (14 DÍAS)		T	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	49.38	10.81	50.40	11.18	-1.218	1/125	.225
R-A	51.99	11.65	53.42	12.09	-2.014	1/125	.046
MAC-A	51.17	9.69	50.99	9.49	.342	1/125	.733
RPAD	50.55	11.71	52.14	12.61	-2.836	1/125	.005
TPAD	49.06	10.40	49.10	10.28	-.080	1/125	.937
INM	51.89	9.80	51.57	11.07	.531	1/125	.596

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

Con relación a las escalas suplementarias no se encontraron diferencias al .001 en ninguna de las escalas entre test-retest a uno-catorce días en el grupo de varones, (Tabla 35).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 37. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	49.61	10.32	50.10	10.12	-7.69	1/125	.443
OBS-A	48.85	11.20	47.90	10.30	1.634	1/125	.105
DEP-A	49.19	10.69	49.74	11.01	-.868	1/125	.387
SAU-A	48.90	10.13	51.36	12.55	-3.149	1/125	.002*
ENA-A	49.11	10.21	50.23	10.19	-1.981	1/125	.050
DEL-A	48.43	9.52	50.10	11.02	-2.509	1/125	.013
ENJ-A	49.34	9.86	49.47	9.38	-.279	1/125	.781
CIN-A	48.20	9.68	47.18	9.92	-.693	1/125	.490
PCO-A	50.19	10.57	50.16	9.86	.013	1/125	.990
BAE-A	48.03	10.65	48.38	11.27	-2.232	1/125	.027
ASL-A	52.59	10.31	52.58	9.40	-1.509	1/125	.134
ISO-A	48.39	10.29	49.99	10.04	-1.094	1/125	.276
FAM-A	50.62	10.91	51.08	12.09	-1.209	1/125	.229
ESC-A	53.02	11.07	53.58	10.87	-1.092	1/125	.277
RTR-A	48.78	9.89	49.43	10.28	-2.117	1/125	.036

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

Con relación a las escalas de contenido entre el test-retest de uno a veintiún días, no se observaron diferencias al .001 en la mayoría de las escalas excepto en la de preocupación por la salud, (Tabla 37).

**Tabla 38. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	49.17	10.75	49.86	11.09	-1.092	1/125	.277
R-A	51.59	11.55	53.11	11.77	-2.117	1/125	.036
MAC-A	53.80	10.86	52.71	9.67	1.827	1/125	.070
RPAD	50.66	10.57	52.44	11.55	-3.163	1/125	.002*
TPAD	48.65	10.99	48.46	10.13	.344	1/125	.732
INM	52.03	11.08	53.13	11.67	-1.546	1/125	.125

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

Con relación a las escalas suplementarias la diferencia encontrada al .001 entre el test-retest de uno-veintiún días fue para la escala de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Tabla 38).

Finalmente se puede observar que los puntajes de la mayoría de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias, tienden a aumentar en los retest.

### 5.3.6. Prueba T Para el Test-Retest de la Muestra de Sujetos Masculinos (1-21 Días)

**Tabla 36. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas Básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
VRIN	53.02	12.99	55.88	17.62	-1.806	1/125	.073
TRIN	53.18	6.02	54.82	6.70	-3.134	1/125	.002
F1	49.89	10.67	53.45	16.10	-2.805	1/125	.006
F2	49.26	10.86	52.68	13.37	-4.069	1/125	.001*
F	49.42	11.03	53.98	15.46	-4.687	1/125	.001*
L	50.24	10.56	51.20	10.02	-1.189	1/125	.237
K	52.20	10.09	53.30	10.15	-1.789	1/125	.076
Hs	49.22	10.34	50.43	11.37	-1.681	1/125	.095
D	49.79	10.14	51.11	9.71	-2.007	1/125	.047
Hi	51.47	8.05	52.82	10.10	-1.659	1/125	.100
Dp	51.25	9.27	51.35	9.40	-.148	1/125	.882
Mf	51.70	9.46	51.60	10.14	.134	1/125	.894
Pa	49.12	9.25	52.42	12.08	-3.539	1/125	.001*
Pt	48.23	10.52	49.04	10.61	-1.528	1/125	.129
Es	47.76	10.61	50.22	12.01	-4.010	1/125	.001*
Ma	50.06	10.05	51.66	10.89	-2.531	1/125	.013
Is	47.24	10.35	48.11	10.19	-1.396	1/125	.165

• \* Nivel de significancia al .001

•  $t > 3.291$

Se puede observar que entre el test y el retest (1-21 días) se encontraron diferencias al .001 en algunas de las escalas de infrecuencia F y F2, paranoia y la escala de esquizofrenia, (Tabla 36).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

**Tabla 37. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
ANS-A	49.61	10.32	50.10	10.12	-7.69	1/125	.443
OBS-A	48.85	11.20	47.90	10.30	1.634	1/125	.105
DEP-A	49.19	10.69	49.74	11.01	-.868	1/125	.387
SAU-A	48.90	10.13	51.36	12.55	-3.149	1/125	.002*
ENA-A	49.11	10.21	50.23	10.19	-1.981	1/125	.050
DEL-A	48.43	9.52	50.10	11.02	-2.509	1/125	.013
ENJ-A	49.34	9.86	49.47	9.38	-.279	1/125	.781
CIN-A	48.20	9.68	47.18	9.92	-.693	1/125	.490
PCO-A	50.19	10.57	50.16	9.86	.013	1/125	.990
BAE-A	48.03	10.65	48.38	11.27	-2.232	1/125	.027
ASL-A	52.59	10.31	52.58	9.40	-1.509	1/125	.134
ISO-A	48.39	10.29	49.99	10.04	-1.094	1/125	.276
FAM-A	50.62	10.91	51.08	12.09	-1.209	1/125	.229
ESC-A	53.02	11.07	53.58	10.87	-1.092	1/125	.277
RTR-A	48.78	9.89	49.43	10.28	-2.117	1/125	.036

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

Con relación a las escalas de contenido entre el test-retest de uno a veintidós días, no se observaron diferencias al .001 en la mayoría de las escalas excepto en la de preocupación por la salud, (Tabla 37).

**Tabla 38. Prueba t de Student para el Test-Retest (1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos (n= 125)**

ESCALA	TEST (1 DÍA)		RETEST (21 DÍAS)		t	GL	Sig.
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.			
A-A	49.17	10.75	49.86	11.09	-1.092	1/125	.277
R-A	51.59	11.55	53.11	11.77	-2.117	1/125	.036
MAC-A	53.80	10.86	52.71	9.67	1.827	1/125	.070
RPAD	50.66	10.57	52.44	11.55	-3.163	1/125	.002*
TPAD	48.65	10.99	48.46	10.13	.344	1/125	.732
INM	52.03	11.08	53.13	11.67	-1.546	1/125	.125

• \* Nivel de significancia al .001

• t > 3.291

Con relación a las escalas suplementarias la diferencia encontrada al .001 entre el test-retest de uno-veintidós días fue para la escala de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Tabla 38).

Finalmente se puede observar que los puntajes de la mayoría de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias, tienden a aumentar en los retest.

### 5.4. PRUEBA ESTADÍSTICA CORRELACIÓN DE PEARSON (r) PARA EL TEST-RETEST DE LA MUESTRA DE SUJETOS.

Como siguiente análisis se analizaron las relaciones existentes entre el test y cada uno de los retests de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos a través de la correlación (r) de Pearson de uno, siete, catorce y veintidós días.

Para el grupo de adolescentes femeninos se obtuvieron los siguientes datos para las escalas clínicas:

**Tabla 39. Correlación r de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
VRIN	.407	.000	.496	.000	.529*	.000
TRIN	.384	.000	.601	.000	.631*	.000
F1	.748*	.000	.573	.000	.460	.000
F2	.716	.000	.733*	.000	.657	.000
F	.775*	.000	.722	.000	.703	.000
L	.717	.000	.662	.000	.794*	.000
K	.777	.000	.792	.000	.806*	.000
Hs	.810	.000	.800	.000	.867*	.000
D	.660	.000	.705	.000	.770*	.000
Hi	.674*	.000	.632	.000	.768	.000
Dp	.735	.000	.768	.000	.804*	.000
Mf	.702*	.000	.614	.000	.682	.000
Pa	.609	.000	.669	.000	.712*	.000
Pt	.825	.000	.902*	.000	.863	.000
Es	.823*	.000	.807	.000	.814	.000
Ma	.682	.000	.733	.000	.761*	.000
Is	.753	.000	.798	.000	.801*	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación r de Pearson con la comparación se puede observar que en todas las escalas se obtuvieron un nivel de significancia al .001 y que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Asimismo se observa que las escalas que obtuvieron el puntaje mas elevado de la correlación para uno-siete días en las escalas de infrecuencia F1, F, histeria, masculinidad-feminidad y la escala de esquizofrenia. Para uno-catorce días en las escalas de infrecuencia F2 y

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

psicastenia. Por último para uno y veintinueve días en las escalas de inconsistencia de respuestas verdaderas y variables, L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, desviación psicopática, paranoia, hipomanía y la escala de Introversión social, (Tabla 39).

Para el grupo de adolescentes femeninos se obtuvieron los siguientes datos para las escalas contenido:

**Tabla 40. Correlación r de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes femeninos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
ANS-A	.777	.000	.901*	.000	.856	.000
OBS-A	.725	.000	.787	.000	.845*	.000
DEP-A	.814	.000	.869*	.000	.856	.000
SAU-A	.834*	.000	.740	.000	.834*	.000
ENA-A	.738	.000	.839*	.000	.801	.000
DEL-A	.734	.000	.813*	.000	.803	.000
ENJ-A	.778	.000	.835*	.000	.835*	.000
CIN-A	.769	.000	.772	.000	.851*	.000
PCO-A	.784	.000	.815*	.000	.782	.000
BAE-A	.743	.000	.877*	.000	.826	.000
ASL-A	.759	.000	.800	.000	.828*	.000
ISO-A	.711	.000	.766	.000	.793*	.000
FAM-A	.761	.000	.880*	.000	.875	.000
ESC-A	.808	.000	.858*	.000	.831	.000
RTR-A	.708	.000	.832*	.000	.812	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación r de Pearson para las escalas de contenido, se puede observar que en todas las escalas se obtuvieron un nivel de significancia al .001 y que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Las escalas que obtuvieron el puntaje mas elevado de la correlación para uno-siete días fue en la escala de preocupación por la salud. Para uno-catorce días en las escalas de ansiedad, depresión, enajenación, pensamiento delirante, enoja, problemas de conducta, baja autoestima, problemas familiares, escolares y rechazo al tratamiento. Por último para uno-veintinueve días fueron en las escalas de obsesividad, preocupación por la salud, cinismo aspiraciones limitadas y la escala de incomodidad ante situaciones sociales, (Tabla 40).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Para el grupo de adolescentes femeninas se obtuvieron los siguientes datos para las escalas suplementarias:

**Tabla 41. Correlación r de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femeninas.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
A-A	.597	.000	.665	.000	.718*	.000
R-A	.726	.000	.805*	.000	.771	.000
MAC-A	.733	.000	.841*	.000	.787	.000
RPAD	.829	.000	.877*	.000	.823	.000
TPAD	.799	.000	.891*	.000	.880	.000
INM	.684	.000	.611	.000	.757*	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación (r) de Pearson para las escalas suplementarias, se obtuvieron un nivel de significancia al .001 y se observa que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Se observa que, a pesar de que los valores de la correlación son elevados a uno-siete días no obtuvieron puntajes elevados de la correlación con respecto a uno-catorce y uno veintún días. Para uno catorce días algunos valores elevados fueron para las escalas de represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de tendencia a problemas de alcohol y drogas. Por último para uno-veintún días en las escalas de ansiedad e inmadurez, (Tabla 41).

**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Para el grupo de adolescentes masculinos se obtuvieron los siguientes datos para las escalas clínicas:

**Tabla 42. Correlación r de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=161)		1-14 DIAS (n=125)		1-21 DIAS (n=125)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
VRIN	.399	.000	.511*	.000	.360	.000
TRIN	.411	.000	.725*	.000	.585	.000
F1	.608*	.000	.563	.000	.500	.000
F2	.735*	.000	.705	.000	.718	.000
F	.834*	.000	.754	.000	.712	.000
L	.700	.000	.756*	.000	.616	.000
K	.663	.000	.862*	.000	.768	.000
Hs	.693	.000	.750*	.000	.727	.000
D	.545	.000	.764*	.000	.726	.000
Hi	.651	.000	.660*	.000	.521	.000
Dp	.743	.000	.747*	.000	.648	.000
Mf	.638	.000	.676*	.000	.610	.000
Pa	.668	.000	.782*	.000	.551	.000
Pt	.738	.000	.887*	.000	.843	.000
Es	.789	.000	.891*	.000	.824	.000
Ma	.661	.000	.851*	.000	.777	.000
Is	.733	.000	.851*	.000	.769	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación r de Pearson para las escalas clínicas básicas del grupo masculino, se puede observar que en todas las escalas se obtuvieron un nivel de significancia al .001 y que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Se observa que las escalas que obtuvieron el puntaje más elevado de la correlación para uno-siete días fueron: infrecuencia F, F1 y F2. Para uno-catorce días en las escalas de inconsistencia de respuesta variable y verdadera, L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicótica, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social, (Tabla 42).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Para el grupo de adolescentes masculinos se obtuvieron los siguientes datos para las escalas contenido:

**Tabla 43. Correlación  $r$  de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas de contenido del MMPI-A de adolescentes masculinos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=161)		1-14 DIAS (n=125)		1-21 DIAS (n=125)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
ANS-A	.686	.000	.836*	.000	.759	.000
OBS-A	.684	.000	.836*	.000	.823	.000
DEP-A	.819	.000	.875*	.000	.792	.000
SAU-A	.681	.000	.746*	.000	.724	.000
ENA-A	.745	.000	.795*	.000	.448	.000
DEL-A	.657	.000	.814*	.000	.808	.000
ENJ-A	.754	.000	.831*	.000	.749	.000
CIN-A	.736	.000	.814*	.000	.763	.000
PCO-A	.715	.000	.860*	.000	.784	.000
BAE-A	.728	.000	.824	.000	.873*	.000
ASL-A	.722	.000	.794*	.000	.763	.000
ISO-A	.760	.000	.845*	.000	.689	.000
FAM-A	.783	.000	.838	.000	.850*	.000
ESC-A	.756	.000	.892*	.000	.864	.000
RTR-A	.717	.000	.773	.000	.824*	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación ( $r$ ) de Pearson para las escalas de contenido para el grupo de los hombres, se puede observar que en todas las escalas se obtuvieron un nivel de significancia al .001 y que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Se observa que el puntaje de la correlación aunque es elevado no es mayor que a uno-catorce y uno veintidós días. En la correlación para uno-catorce días, la elevación fue en las escalas de ansiedad, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta, aspiraciones limitadas, incomodidad ante situaciones sociales y la escala de problemas escolares. Por último para uno-veintidós días en baja autoestima, problemas familiares y la escala de rechazo al tratamiento, (Tabla 43).

**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Para el grupo de adolescentes masculinos se obtuvieron los siguientes datos para las escalas suplementarias:

**Tabla 44. Correlación *r* de Pearson para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes masculinos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.	Correlación	Sig.
A-A	.646	.000	.635	.000	.787*	.000
R-A	.711	.000	.779*	.000	.763	.000
MAC-A	.704	.000	.820*	.000	.796	.000
RPAD	.776	.000	.871*	.000	.843	.000
TPAD	.783	.000	.906*	.000	.842	.000
INM	.676	.000	.798*	.000	.759	.000

\* Escalas que obtuvieron una correlación mayor entre 1-7, 1-14 y 1-21 días.

En el análisis de resultados de la correlación (*r*) de Pearson para las escalas suplementarias en el grupo de los hombres, se obtuvo a un nivel de significancia al .001 y se observa que se sostienen los valores de la correlación para cada una de las aplicaciones. Se observa que en uno-siete las correlaciones son altas, pero no mayores a 1-14, y 21 días. Para uno-catorce días algunos valores elevados fueron para las escalas de represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y drogas e inmadurez. Por último para uno-veintiún días en la escala de ansiedad, (Tabla 44).

### **5.5. PRUEBA ESTADÍSTICA ALFA DE CRONBACH DE LAS ESCALAS CLÍNICAS, DE VALIDEZ, CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A PARA EL TEST Y LOS RETESTS DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS.**

Como siguiente análisis se llevó a cabo la prueba estadística de consistencia interna a través del alfa de Cronbach de las escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A entre el test y los retests. En el grupo de las mujeres adolescentes los resultados son los siguientes:

## R E S U L T A D O S

Jose Manuel Pérez Y Fariñas

**Tabla 45. Alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes femeninos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
F1	.65*	.58	.69*	.67	.64	.69*
F2	.78	.81*	.84*	.79	.78	.84*
F	.81	.84*	.84	.85*	.81	.84*
L	.56	.57*	.60*	.60*	.62*	.60
K	.74*	.63	.75*	.70	.76*	.75
Hs	.80	.83*	.85*	.79	.79	.80*
D	.78	.81*	.74*	.69	.73	.74*
Hi	.62	.75*	.70*	.61	.75*	.70
Dp	.76*	.76*	.78	.79*	.75	.78*
Mf	.57	.58*	.62*	.56	.61	.62*
Pa	.79*	.77	.78*	.74	.76	.78*
Pt	.90*	.88	.89*	.88	.89*	.89*
Es	.90*	.90	.90*	.89	.89	.91*
Ma	.73	.76*	.71	.75*	.71*	.70
Is	.77	.82*	.79*	.79*	.83*	.80

\* Alfa de Cronbach elevados entre el Test y los Retest

Se observa que las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas clínicas y de validez del sexo femenino para uno-siete días en el test corresponde a las escalas de infrecuencia F1, K de corrección, desviación psicopática paranoia psicastenia y esquizofrenia. En el retest infrecuencia F2 y F, L de mentira, hipocondriasis, depresión, histeria desviación psicopática, masculinidad-feminidad, hipomanía e introversión social. Para uno-catorce días en el test las escalas de infrecuencia F1 y F2, L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e introversión social. Para el retest en las escalas infrecuencia F, L de mentiras, desviación psicopática, hipomanía e introversión social. Para uno-veintiún en el test corresponde L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, psicastenia, hipomanía e introversión social. En el retest los valores más elevados fueron para las escalas de infrecuencia F1, F2 y F, hipocondriasis, depresión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia y esquizofrenia, (Tabla 45).

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

En las escalas de contenido en el grupo de las mujeres adolescentes los resultados son los siguientes:

**Tabla 46. Alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas contenido del MMPI-A de adolescentes femenino.**

Escala	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
ANS-A	.79*	.79*	.79*	.78	.81*	.81*
OBS-A	.72	.74*	.72*	.72*	.75	.76*
DEP-A	.84*	.84*	.82	.83*	.84	.85*
SAU-A	.37	.42*	.63	.65*	.57*	.49
ENA-A	.68	.74*	.73*	.68	.76*	.76*
DEL-A	.74*	.74*	.76*	.68	.72	.75*
ENJ-A	.70	.72*	.71*	.71*	.72*	.69
CIN-A	.73	.78*	.71	.76*	.76*	.78*
PCO-A	.66	.70*	.74*	.71	.61*	.57
BAE-A	.73	.75*	.80*	.78	.76*	.72
ASL-A	.33*	.29	.39	.43*	.38	.43*
ISO-A	.59	.68*	.49	.53*	.44	.59*
FAM-A	.76*	.76*	.79	.83*	.82	.83*
ESC-A	.54*	.54*	.67*	.64	.71	.73*
RTR-A	.76	.78*	.75	.77*	.79*	.79*

\* Alfa de Cronbach elevados entre el Test y el Retest

Las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas de contenido del sexo femenino para uno-siete días en el test, corresponde a las escalas: ansiedad, depresión, pensamiento delirante, aspiraciones limitadas, problemas familiares y escolares. En el retest las escalas con valores más elevados fueron: ansiedad, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta, baja autoestima, incomodidad ante situaciones sociales, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento. Para uno-catorce en el test las escalas ansiedad, obsesividad, enajenación, pensamiento delirante, enojo, problemas de conducta, baja autoestima y problemas escolares. En el retest en las escalas obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enojo, cinismo, aspiraciones limitadas, incomodidad ante situaciones sociales, problemas familiares y rechazo al tratamiento. Para uno-veintidós días en el test corresponde a las escalas: ansiedad, preocupación por la salud, enajenación, enojo, cinismo, problemas de conducta, baja autoestima y rechazo al tratamiento. En el retest las escalas con valores más elevados fueron ansiedad, obsesividad, depresión, enajenación, pensamiento delirante, cinismo, aspiraciones limitadas, incomodidad ante

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariñas

situaciones sociales, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento (Tabla 46).

En las escalas suplementarias en el grupo de las mujeres adolescentes los resultados son los siguientes:

**Tabla 47. alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas suplementarias del MMPI-A de adolescentes femenino.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=225)		1-14 DIAS (n=191)		1-21 DIAS (n=229)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
A-A	.89*	.89*	.89*	.89*	.91*	.91*
R-A	.52*	.47	.57*	.56	.60*	.60*
MAC-A	.71*	.71*	.66	.69*	.74*	.74*
RPAD	.54*	.54*	.57*	.48	.56	.62*
TPAD	.17	.30*	.58*	.57	.65*	.57
INM	.71*	.71*	.76*	.76*	.76*	.76*

\*Alfa de Cronbach elevados entre el Test y el Retest

Se observa que las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas suplementarias del grupo femenino para uno-siete días en el test, corresponde a las escalas: ansiedad, represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas e inmadurez. En el retest las escalas con valores más elevados fueron: ansiedad, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y droga e inmadurez.

Para el test de uno-catorce días las escalas con valores más elevados fueron en las escalas: ansiedad, represión, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y droga e inmadurez. En el retest la escala con valor más elevado fue ansiedad, alcoholismo de Mac-Andrew, e inmadurez.

Para el grupo de uno-veintiún días las escalas con puntajes más elevados en el test fueron: ansiedad, represión, alcoholismo de Mac-Andrew, tendencia a problemas de alcohol y droga e inmadurez. Para el retest la escala con el valor más elevado fue ansiedad, represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas e inmadurez. (Tabla 47).

## R E S U L T A D O S

Jorge Manuel Pérez Y Fariás

Los resultados de la prueba estadística de consistencia interna a través del alfa de Cronbach de las escalas clínicas, de validez, del MMPI-A entre el test y los retests, en el grupo de los hombres adolescentes los resultados son los siguientes:

**Tabla 48. Alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas clínicas básicas del MMPI-A de adolescentes masculinos.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=161)		1-14 DIAS (n=125)		1-21 DIAS (n=125)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
F1	.78	.80*	.78	.89*	.75	.80*
F2	.80	.82*	.84	.86*	.83	.87*
F	.83	.85*	.86	.90*	.83	.90*
L	.68*	.66	.58	.68*	.68*	.61
K	.73*	.73*	.73	.75*	.74*	.74*
Hs	.69	.75*	.67	.77*	.71*	.71*
D	.77*	.73	.78*	.78*	.76*	.73
Hi	.71*	.71*	.72	.75*	.72	.74*
Dp	.77*	.75	.83*	.83*	.78*	.78*
Mf	.67*	.67*	.64	.71*	.68*	.68*
Pa	.71	.73*	.81*	.81*	.79*	.77
Pt	.87*	.85	.89*	.89*	.88*	.88*
Es	.88*	.88*	.91*	.91*	.90*	.90*
Ma	.74	.77*	.76*	.76*	.75*	.75*
Is	.81	.91*	.81	.88*	.91*	.91*

\* Alfa de Cronbach elevados entre el Test y el Retest

Se observa que las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas clínicas y de validez del sexo masculino para uno-siete días en el test corresponde a las escalas: L de mentiras, K de corrección, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, psicastenia y esquizofrenia. En el retest las escalas infrecuencia F1, F2 y F, K de corrección, hipocondriasis, histeria, masculinidad-feminidad, paranoia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social.

Para uno-catorce días en el test corresponde a las escalas: depresión, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. En el retest los valores más altos se identificaron en todas las escalas Infrecuencia F1, F2 y F, L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social.

Para uno-veintiuno en el test corresponde a la escala L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia,

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. En el retest los valores más elevados fueron para las escalas Infrecuencia F1, F2 y F, K de corrección, hipocondriasis, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social, (Tabla 48).

En las escalas de contenido en el grupo de los hombres adolescentes los resultados son los siguientes:

**Tabla 49. Alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas contenido del MMPI-A de adolescentes hombres.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=161)		1-14 DIAS (n=125)		1-21 DIAS (n=125)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
ANS-A	.70*	.69	.79*	.76	.78	.79*
OBS-A	.70*	.64	.72*	.72*	.78*	.75
DEP-A	.81*	.79	.83*	.81	.83*	.83*
SAU-A	.64	.71*	.65*	.64	.72*	.62
ENA-A	.64*	.60	.73*	.69	.70*	.65
DEL-A	.71*	.71*	.80	.81*	.71	.74*
ENJ-A	.70*	.67	.74*	.72	.69*	.69*
CIN-A	.74	.78*	.74	.76*	.77*	.76
PCO-A	.69	.72*	.78*	.75	.70*	.67
BAE-A	.77*	.77*	.79*	.77	.78	.79*
ASL-A	.52*	.44	.37	.46*	.38	.40*
ISO-A	.56	.62*	.48*	.46	.71*	.56
FAM-A	.83*	.77	.79	.81*	.80	.86*
ESC-A	.74*	.68	.66	.73*	.71*	.69
RTR-A	.73*	.71	.78	.80*	.77*	.75

\* Alfa de Cronbach elevados entre el Test y el Retest

Se observa que las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas de contenido del sexo masculino para uno-siete días en el test, corresponde a las escalas: ansiedad, obsesividad, depresión, enajenación, pensamiento delirante, enojo, baja autoestima, aspiraciones limitadas, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento. En el retest las escalas con valores más elevados fueron preocupación por la salud, pensamiento delirante, cinismo, problemas de conducta, baja autoestima e incomodidad ante situaciones sociales.

Para uno-catorce en el test las escalas ansiedad, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, enojo, problemas de conducta, baja autoestima e

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariés

incomodidad ante situaciones sociales. En el retest en las escalas obsesividad, pensamiento delirante, cinismo, aspiraciones limitadas, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento.

Para uno-veintín días en el test corresponde a las escalas: obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enojo, cinismo, problemas de conducta, incomodidad ante situaciones sociales, problemas familiares y rechazo al tratamiento. En el retest las escalas con valores más elevados fueron: ansiedad, depresión, pensamiento delirante, enojo, baja autoestima, aspiraciones limitadas y problemas familiares. (Tabla 49).

En las escalas suplementarias en el grupo de los hombres adolescentes los resultados son los siguientes:

**Tabla 50. Alfa de Cronbach para el Test y los Retests (1-7, 1-14 y 1-21) de las escalas Suplementarias del MMPI-A de adolescentes hombres.**

ESCALA	1-7 DIAS (n=161)		1-14 DIAS (n=125)		1-21 DIAS (n=125)	
	TEST	RETEST	TEST	RETEST	TEST	RETEST
A-A	.87*	.87*	.89*	.87	.90*	.89
R-A	.70*	.70*	.60	.67*	.70	.71*
MAC-A	.73*	.70	.76	.77*	.76*	.72
RPAD	.58*	.56	.69*	.62	.63	.64*
TPAD	.63*	.63*	.68*	.68*	.60*	.59
INM	.76*	.73	.81*	.79	.77	.78*

\* Alfa de Cronbach elevados entre el Test y el Retest

Se observa que las puntuaciones más elevadas del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas suplementarias del grupo masculino para uno-siete días en el test los puntajes elevados, corresponden a todas las escalas: ansiedad, depresión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y droga e inmadurez. Para el retest ansiedad, depresión y tendencia a problemas de alcohol y droga.

Para el test de uno-catorce días las escalas con valores más elevados fueron en las escalas ansiedad, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y droga e inmadurez. En el retest las escalas con valores más elevados fueron depresión, alcoholismo de Mac-Andrew y tendencia a problemas de alcohol.

## R E S U L T A D O S

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Para el grupo de uno-veintiún días las escalas con puntajes más elevados en el test fueron: ansiedad, alcoholismo de Mac-Andrew, tendencia a problemas de alcohol y droga. Para el retest las escalas con valores más elevados fueron depresión, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas e inmadurez.

Finalmente se puede observar que las correlaciones son elevadas en la mayoría de las escalas, además de que en muchas de las escalas son similares los valores entre el test y los retests.

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**5.6. PRUEBA ESTADÍSTICA ANÁLISIS FACTORIAL CON ROTACIÓN VARIMAX DE LAS ESCALAS CLÍNICAS, DE VALIDEZ, CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A PARA EL TEST DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS.**

Se determinó a partir de un análisis factorial, los factores comunes de las escalas clínicas, de validez, contenido y suplementarias del MMPI-A para el test y los tres retests en la muestra de adolescentes mexicanos, tanto de hombres como de mujeres, observando que la estructura factorial tiende a ser similar en todas las aplicaciones, por lo que a continuación se describen solamente los resultados de la primera aplicación, de ambos grupos:

**Tabla 51. Análisis Factorial con rotación varimax, escalas Clínicas Básicas y de Validez del MMPI-A adolescentes mexicanos**

ESCALA	FEMENINO FACTORES				MASCULINO FACTORES			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
F			0.72*		0.87*			
L		-0.72*				-0.76*		
K		-0.74*				-0.89*		
Hs	0.68*							0.62*
D		0.71*						0.84*
Hi	0.87*							0.55*
Dp			0.66*					0.73*
Mf				0.50*			0.56*	
Pa	0.65*				0.55*			
Pt	0.60*					0.66*		
Es	0.59*				0.62*			
Ma		0.75*						0.67*
Is		0.84*						0.57*
Eigen V	7.30	1.71	1.53	1.25	7.10	2.40	1.55	1.15
% Varianza	42.92	10.05	9.00	7.33	41.77	14.10	9.11	6.76

- I = Ideación psicótica. I = Ideación psicótica.  
 II = Preocupaciones neuróticas. II = Preocupaciones neuróticas.  
 III = Desórdenes de la personalidad. III = Identificación del rol del Género.  
 IV = Identificación del rol del género. IV = Desórdenes de la personalidad.  
 \* = Escalas con valores > a .50

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Con relación a los datos obtenidos en las adolescentes femeninas, se puede apreciar que de acuerdo al criterio de inclusión que considera únicamente a los factores Eigenvalue mayor que 1, se observa que los cuatro factores cumplen con dicho criterio, los cuales en conjunto explican el 69.3% de la varianza total, concentrándose el 42.92% en el primero de ellos, en donde se identificaron para los cuatro factores 7 iteraciones. En la tabla 51 se presenta el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales en cada factor. En el análisis factorial de las escalas clínicas básicas y de validez, se observó cuatro factores. El Factor I corresponde a Ideación psicótica, en donde se identifican las escalas básicas de (Hs) hipocondriasis, (Hi) histeria, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia. El Factor II corresponde a las preocupaciones neuróticas, en donde se identificaron las escalas (L) mentiras, (K) corrección y (D) depresión, (Ma) hipomanía y (Is) introversión social. En el Factor III, que se refiere a los desórdenes de personalidad se identificó la escala de (F) infrecuencia y la escala (Dp) desviación psicopática. Finalmente, el Factor IV, identificación del papel de género, está integrado por la escala (Mf) masculinidad-feminidad. Con relación al valor Eigenvalue, el punto más alto lo obtuvo el Factor I con 7.3, y el porcentaje de la varianza fue del 42.92%.

En cuanto a los datos obtenidos para la muestra de adolescentes masculinos se puede observar que de acuerdo al criterio de inclusión que se considera únicamente a los factores con valores Eigenvalue mayor que 1, se observa que los cuatro factores cumplen con dicho criterio, los cuales en conjunto explican el 71.74% de la varianza total, concentrándose el 41.77% en el primero de ellos, en donde se identificaron para los cuatro factores 7 iteraciones. En la tabla 51 se presenta el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales en cada factor. En lo que se refiere al análisis factorial, se pudo observar que el Factor I corresponde a Ideación psicótica, en donde se identifican la escala de validez (F) infrecuencia y las escalas básicas (Pa) paranoia, y (Es) esquizofrenia. El Factor II corresponde a las preocupaciones neuróticas, en donde se identificaron las escalas (L) mentiras, (K) corrección y (Pt) psicastenia. En el Factor III, que se refiere a los identificación del papel de género se identificó la escala de (Mf) masculinidad-feminidad. Finalmente, el Factor IV, desórdenes de personalidad, está integrado por las escalas (Hs) hipocondriasis, (D) depresión, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Ma) hipomanía e (Is) introversión social. Con relación al valor Eigenvalue, el punto más alto lo obtuvo el factor I con 7.10, y el porcentaje de la varianza fue del 41.77%.

---

---

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Finalmente se puede decir que los cuatro factores obtenidos en las escalas clínicas, son muy similares a los obtenidos por Butcher y Cols., (1992), en la muestra normativa norteamericana.

Con relación a los resultados del análisis factorial en las escalas de contenido, se obtuvieron los siguientes datos:

**Tabla 52. Análisis Factorial con rotación varimax, escalas Contenido del MMPI-A adolescentes mexicanos**

ESCALAS	FEMENINO		MASCULINO	
	FACTORES		FACTORES	
	I	II	I	II
ANS-A	0.68*		0.61*	
OBS-A	0.65*		0.74*	
DEP-A	0.62*			0.63*
SAU-A	0.62*			0.72*
ENA-A		0.64*		0.71*
DEL-A	0.72*		0.57*	
ENJ-A	0.74*		0.84*	
CIN-A	0.69*		0.79*	
PCO-A	0.78*		0.78*	
BAE-A		0.72*		0.69*
ASL-A		0.61*		0.76*
ISO-A		0.78*		0.68*
FAM-A	0.68*			0.56*
ESC-A	0.63*		0.59*	
RTR-A		0.60*		0.62*
Eigen V	8.00	1.10	8.16	1.43
% Varianza	53.36	7.31	54.42	9.56

I = Problemas de adaptación general.

II = Problemas de adaptación personal y social.

\* = Escalas con valores > a .50

En el análisis del grupo de adolescentes femeninas se puede apreciar que de acuerdo al criterio de inclusión que considera únicamente a los factores con valores Eigenvalue mayor que 1, se observa que los dos factores cumplen con dicho criterio, los cuales en conjunto explican el 60.67% de la varianza total, concentrándose el 53.36% en el primero de ellos, en donde se identificaron para los dos factores 3 iteraciones. En la tabla 52 se presenta el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales en cada factor. En el análisis factorial se observaron dos factores. El Factor I corresponde a problemas de adaptación general, en donde se identifican las escalas de (ANS-A)

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) problemas de salud, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (PCO-A) problemas de conducta, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (ESC-A) problemas escolares. El factor II corresponde a los problemas de adaptación personal y social, en donde se identificaron las escalas (ENA-A) enajenación, (BAE-A) baja autoestima, (ASL-A) aspiraciones limitadas, (ISO-A) Incomodidad ante situaciones sociales y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento.

En cuanto a los datos obtenidos para la muestra de adolescentes masculinos, se puede observar que de acuerdo al criterio de inclusión que considera únicamente a los factores Eigenvalue mayor que 1, se observa que los dos factores cumplen con dicho criterio, los cuales en conjunto explican el 63.98% de la varianza total, concentrándose el 54.42% en el primero de ellos, en donde se identificaron para los dos factores 3 iteraciones. En la tabla 52 se presenta el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales en cada factor. En el análisis factorial del grupo de adolescentes masculinos se observaron dos factores. El Factor I corresponde a problemas de adaptación general, en donde se identifican las escalas de (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (PCO-A) problemas de conducta, y la escala de (ESC-A) problemas escolares. El factor II corresponde a los problemas de adaptación personal y social, en donde se identificaron las escalas (DEP-A) depresión, (SAU-A) problemas de salud, (ENA-A) enajenación, (BAE-A) baja autoestima, (ASL-A) aspiraciones limitadas, (ISO-A) incomodidad ante situaciones sociales, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento.

---

**R E S U L T A D O S**  
 José Manuel Pérez Y Fariás

Con relación a los datos obtenidos en las escalas suplementarias se reportan los siguientes resultados:

**Tabla 53. Análisis Factorial con Rotación Oblicua, escalas Suplementarias del MMPI-A adolescentes mexicanos**

ESCALAS	FEMENINO		MASCULINO	
	FACTOR	FACTORES		
		I	I	II
A-A	0.68*		0.73*	
R-A	0.82*	0.83*		
MAC-A	0.74*	0.70*		
RPAD	0.82*	0.90*		
TPAD	0.76*	0.70*		
INM	-0.53*		-0.94*	
Eigen V	3.20	3.22	1.01	
% Varianza	53.33	53.63	16.86	

I = Problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas.

II = Problemas de ansiedad e inmadurez.

\* = Escalas con valores > a .50

En la tabla 53 se presenta el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales. Para las adolescentes femeninas, se puede apreciar que de acuerdo al criterio de inclusión que considera únicamente a los factores con valores Eigenvalue mayor que 1, se observa que el factor cumple con dicho criterio, el cual explica el 53.33% de la varianza total, concentrándose el 53.33% en el único factor. El factor corresponde a problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas, en donde se identifican las escalas de (A-A) ansiedad, (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac-Andrew, (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas, con un Eigenvalue de 3.20. En cuanto a los datos obtenidos para la muestra de adolescentes masculinos, se puede observar que de acuerdo al criterio de inclusión que considera únicamente a los factores con valores Eigenvalue mayor que 1, se observa que los dos factores cumplen con dicho criterio, los cuales en conjunto explican el 70.49% de la varianza total, concentrándose el 53.63% en el primero de ellos, en donde se identificaron para un factor 3 iteraciones. Para el sexo masculino se pueden observar dos factores. El Factor I corresponde a Problemas Relacionados con el Uso de Alcohol y Drogas, en donde se identifican las escalas de (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac-Andrew, (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas. El Factor II corresponde a los Problemas de ansiedad e inmadurez, en donde se identificaron las escalas (A-A) ansiedad y la escala de (INM) inmadurez con un Eigenvalue de 1.01.

## 5.7 ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE DEPENDIENDO DE LA EDAD CON LAS ESCALAS DEL MMPI-A

Con la finalidad de explorar si las características del desarrollo adolescente cambian dependiendo de la edad, se llevó a cabo un análisis cuantitativo a partir de la prueba estadística ANOVA y cualitativo de cada una de las escalas clínicas, de validez contenido y suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI-A para adolescentes versión al español, (Lucio y Cols., 1998). Se describen a continuación los resultados obtenidos por la prueba estadística ANOVA por edad y sexo:

**Tabla 54. ANOVA por edad para las escalas Clínicas y de Validez del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
VRIN	50	11.6	51	12.4	51	11.2	50	10.3	51	13.1	.409	.802
TRIN	52	5.3	52	3.9	52	4.5	52	4.8	52	4.21	.152	.962
F1	46	8.1	48	9.3	48	10.0	48	8.8	51	10.2	1.74	.138
F2	48	12.1	46	9.3	48	10.6	46	8.5	47	8.8	1.15	.332
F	47	11.1	47	9.6	48	10.0	47	8.6	49	8.6	.981	.417
L	51	9.6	51	8.8	50	10.5	50	9.1	52	10.3	.446	.775
K	54	10.5	55	9.2	55	9.1	54	9.5	55	10.0	1.53	.961
Hs	48	8.5	50	10.3	50	10.1	51	11.2	50	10.6	.397	.811
D	55	10.1	48	8.7	49	10.2	49	9.9	51	9.2	2.669	.031
Hi	51	9.1	53	9.1	53	9.3	54	9.9	54	9.9	.662	.618
Dp	51	8.2	49	9.8	49	9.6	50	9.0	51	9.9	.668	.614
Mf	43	10.9	47	9.6	47	10.3	47	9.6	47	8.7	1.697	.149
Pa	51	8.8	50	10.1	50	9.3	49	9.6	50	9.5	.262	.902
Pt	49	9.0	46	9.2	47	9.9	47	9.8	48	10.0	1.000	.407
Es	46	8.3	46	9.5	46	9.9	47	9.4	47	9.4	.236	.918
Ma	50	10.2	50	10.6	51	10.1	50	10.4	49	10.0	.239	.916
Is	47	7.6	46	9.0	46	8.9	46	9.0	47	9.4	.292	.883

Se estableció un nivel de significancia al .05 por considerar que las diferencias en cuanto a los cambios en el desarrollo, pueden ser menos susceptibles de observar en cada rango de edad. En los resultados se aprecia que en las adolescentes mujeres, no existen diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las escalas clínicas y de validez del MMPI-A, excepto en la escala de depresión, (Tabla 54).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 55. ANOVA por edad para las escalas Clínicas y de Validez del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
VRIN	60	6.0	53	13.4	54	14.0	53	12.3	51	11.69	.773	.543
TRIN	56	5.7	53	6.1	54	6.4	53	5.18	53	5.9	.975	.421
F1	54	8.9	52	12.8	51	11.6	50	11.8	49	11.4	.745	.562
F2	55	13.6	49	11.2	51	11.7	49	11.2	47	10.4	1.388	.237
F	55	12.3	51	12.5	52	12.0	50	11.7	48	9.8	1.429	.223
L	47	10.6	54	12.0	50	9.6	51	10.4	51	10.4	2.389	.050
K	45	10.7	55	10.7	52	10.0	52	9.3	53	11.3	2.413	.048
Hs	59	13.8	51	10.4	53	11.7	49	9.4	50	12.8	2.372	.052
D	56	16.4	52	11.1	50	10.5	49	9.5	52	12.2	1.656	.160
Hi	53	4.4	55	10.5	54	9.2	52	9.1	55	9.4	1.339	.255
Dp	49	11.2	52	10.7	53	10.2	51	10.2	54	9.9	1.438	.221
Mf	44	14.0	50	10.9	51	9.8	52	9.9	53	9.6	1.833	.122
Pa	53	14.0	52	10.7	53	10.8	51	11.1	50	9.7	.906	.460
Pt	58	17.2	47	9.9	50	10.5	48	9.5	49	12.2	2.435	.047
Es	52	12.6	48	10.2	51	11.2	48	10.6	48	13.0	1.212	.305
Ma	55	15.2	49	10.7	53	10.7	52	10.3	51	11.0	2.054	.086
Is	56	14.9	47	9.3	48	9.6	47	10.3	45	14.0	1.504	.200

En los hombres se aprecia que las diferencias estadísticamente significativas se observan en tres de las escalas clínicas y de validez del MMPI-A tales como: L de mentiras, hipocondriasis y psicastenia, (Tabla 55).

En cuanto al análisis cualitativo de los datos a partir del puntaje T (Lineal y Uniforme) de la media de cada una de las escalas del MMPI-A, se puede observar que las características del desarrollo adolescente no cambian por efectos de propio desarrollo a través del tiempo tanto en hombres como en las mujeres. En general, los puntajes de la media son muy similares en la mayoría de las escalas, y únicamente se puede observar que el grupo de los varones, algunas de las escalas tienden a ser un tanto más elevadas que en el grupo de las mujeres, especialmente en las escalas de inconsistencia de respuestas variables y verdaderas, escalas de infrecuencia F1, F2, F, hipocondriasis, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía y la escala de introversión social. Y tienden a ser más bajas con respecto a las mujeres en las escalas L de mentiras y la escala K de corrección.

**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Fariás

Con relación a los resultados obtenidos en las escalas de contenido en el grupo de las mujeres, se observaron los siguientes resultados:

**Tabla 56. ANOVA por edad para las escalas de Contenido del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
ANS-A	51	10.3	47	9.5	48	10.1	49	9.8	50	10.2	1.219	.301
OBS-A	48	9.8	46	9.2	47	8.9	46	9.5	46	8.2	.327	.860
DEP-A	48	8.3	46	9.2	47	9.7	47	10.3	48	9.7	.856	.490
SAU-A	46	9.3	50	9.6	50	10.0	51	10.1	51	9.6	.890	.470
ENA-A	47	7.0	45	9.3	47	10.1	46	8.7	47	10.1	1.256	.285
DEL-A	46	8.3	46	9.7	48	10.2	47	9.7	47	8.6	.942	.439
ENO-A	50	7.7	47	9.8	48	9.3	47	9.1	48	9.4	.668	.614
CIN-A	46	8.6	45	8.7	46	9.2	46	9.4	45	10.1	.393	.813
PCO-A	46	7.6	48	10.3	49	10.1	48	9.2	48	8.9	.625	.645
BAE-A	47	10.7	46	8.6	47	9.6	46	9.1	48	8.8	.764	.549
ASL-A	53	9.1	52	9.3	54	10.4	53	9.5	54	8.7	.522	.719
ISO-A	44	9.0	45	9.5	46	8.6	46	8.9	47	9.6	.492	.742
FAM-A	47	8.5	48	10.0	47	9.5	47	9.7	49	9.7	.277	.893
ESC-A	52	10.2	50	10.5	52	10.3	52	11.1	53	10.3	1.870	.114
RTR-A	46	7.9	46	9.6	47	9.8	47	9.2	48	8.9	1.298	.269

En el grupo de adolescentes femeninas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al .05 en ninguna de las escalas de contenido. (Tabla 56).

**Tabla 57. ANOVA por edad para las escalas de Contenido del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
ANS-A	54	13.8	49	9.2	51	10.0	49	9.0	49	11.7	1.873	.114
OBS-A	54	17.4	46	9.4	50	9.7	48	10.6	48	11.3	2.922	.021
DEP-A	60	13.3	48	11.6	51	10.8	49	9.8	49	10.9	1.701	.149
SAU-A	55	10.8	51	10.5	53	11.0	48	10.4	51	13.2	2.394	.050
ENA-A	55	14.7	49	9.8	50	10.0	49	11.1	47	10.7	1.042	.385
DEL-A	53	10.9	48	10.0	50	10.6	48	10.7	50	10.0	.780	.539
ENJ-A	58	8.6	46	9.1	52	10.5	49	10.0	48	8.9	5.784	.000
CIN-A	55	10.7	47	10.5	48	9.9	49	9.7	47	9.3	1.265	.283
PCO-A	51	13.2	48	10.9	51	11.1	51	11.5	49	9.7	1.248	.290
BAE-A	58	14.9	46	10.1	50	10.6	48	11.5	47	10.4	2.575	.037
ASL-A	56	5.6	53	10.1	54	10.1	51	11.6	53	13.3	1.941	.103
ISO-A	55	15.0	48	9.6	49	10.5	48	10.6	47	12.2	.742	.564
FAM-A	53	7.6	50	10.4	53	11.1	48	10.8	51	11.5	2.996	.019
ESC-A	57	14.4	51	11.2	55	11.1	52	11.2	55	12.3	2.420	.048
RTR-A	58	18.1	47	10.3	50	10.0	48	10.0	46	10.0	2.594	.036

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

En el grupo de varones las diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido fueron en las escalas de obsesividad, preocupación por la salud, enojo, baja autoestima, problemas familiares, problemas escolares y rechazo al tratamiento, (Tabla 57).

En cuanto al análisis cualitativo con respecto a este grupo de escalas, se puede observar que en la mayoría de las escalas las mujeres, tienden a obtener puntajes de la media un tanto uniformes. Sin embargo, en los varones en el nivel de edad de 14 años, al principio de la adolescencia, parece ser que algunas manifestaciones de problemas tienden a ser percibidos con mayor intensidad en este grupo etario. Especialmente con problemas relacionados con ansiedad, obsesividad, depresión, preocupaciones de salud, problemas de enojo, cinismo, baja autoestima, problemas escolares y rechazo al tratamiento.

Con respecto a las escalas suplementarias los resultados en las mujeres fueron los siguientes:

**Tabla 58. ANOVA por edad para las escalas Suplementarias del MMPI-A en adolescentes mexicanas mujeres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
A-A	48	8.2	47	8.6	48	9.6	48	9.2	48	8.1	.478	.752
R-A	50	9.8	49	9.8	50	10.3	50	9.7	50	8.9	.519	.722
MAC-A	52	8.9	52	9.4	53	9.4	53	9.8	55	8.5	.753	.556
RPAD	48	10.2	48	9.7	49	9.6	47	8.9	49	9.5	.669	.614
TPAD	48	10.1	45	9.2	46	9.8	47	9.8	47	10.2	1.093	.359
INM	52	11.3	54	9.9	52	9.5	53	9.0	55	9.0	1.625	.166

En los resultados se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas al .05 en ninguna de las escalas, (Tabla 58).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

**Tabla 59. ANOVA por edad para las escalas Suplementarias del MMPI-A en adolescentes mexicanos hombres**

EDAD	14		15		16		17		18		F	SIG.
	Media	D.E.										
A-A	51	13.7	48	11.5	51	10.2	49	11.2	51	9.4	1.695	.150
R-A	51	8.1	50	11.2	54	11.7	51	11.1	52	10.0	2.244	.064
MAC-A	49	5.3	51	10.2	55	10.6	52	10.0	55	9.6	3.015	.018
RPAD	57	12.4	50	11.8	52	10.8	49	11.0	49	11.4	1.820	.124
TPAD	55	17.0	47	10.1	50	10.0	48	9.8	49	12.0	1.821	.124
INM	52	5.9	54	11.3	51	10.6	52	10.0	53	9.9	1.625	.167

En los adolescentes varones las diferencias solo se observaron en la escala de alcoholismo de Mac-Andrew, (Tabla 59).

Con respecto al análisis cualitativo en las escalas suplementarias se puede observar que los puntajes de la media con relación a la edad, no se aprecian elevaciones importantes en la mayoría de las escalas en ambos sexos. Únicamente en la escala de alcoholismo de Mac Andrew en el nivel de 18 años en las mujeres, las adolescentes se perciben con mayores problemas respecto a conductas de riesgo y aceptación de uso de alcohol en este grupo etario. En relación con el grupo de los hombres tienden a percibir esta misma problemática, en el grupo de 16 y 18 años. Por otro lado, en las escalas de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de tendencia a problemas de alcohol y drogas, se observa una ligera elevación para los adolescentes de 14 años.

Finalmente se puede concluir que las discrepancias en el puntaje de la media de acuerdo a la edad son bajas, esto puede deberse a que los síntomas típicos presentados durante la adolescencia pueden estar relacionados más bien con un comportamiento de inestabilidad y de naturaleza transitoria, (Blos, 1967), que no es posible determinar a través de mediciones con instrumentos como es el MMPI-A. Por otro lado, el autor señala que los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad, pueden identificarse en diversas etapas, que define de acuerdo a la edad. Y en este sentido indica que los brotes del crecimiento en relación con diversas características pueden estar acompañados por importantes cambios en los estados emocionales, sin embargo, la mayoría de los adolescentes están interesados en un momento o en otro por la normalidad de sus estados físicos, pero que la ausencia de normas de edad definidas respecto a la fisiología adolescente, contribuye solo a la incertidumbre.

## 5.8 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ESCALAS DEL MMPI-A PARA LAS CUATRO APLICACIONES (1,7,14,21 DÍAS) DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS.

Se analizaron a partir de los perfiles si se mantenían las elevaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno siete, catorce y veintidós días en una muestra de adolescentes mexicanos.

Partiendo de que la confiabilidad test-retest es el método más sencillo que se puede utilizar para comprobar la confiabilidad de un instrumento y que consiste en la aplicación del instrumento en dos o más ocasiones se puede observar en los resultados el grado de correlación que existe entre las cuatro aplicaciones, (Anexo A, Figuras 9-20).

La medición cuantitativa del instrumento, permitió observar que los rasgos de personalidad observados al interior del inventario desglosan factores tales como las elevaciones del perfil, que se observan muy similares entre cada una de las aplicaciones (1, 7, 14, 21 días) y que reflejan formas de respuesta de cada uno de los sujetos, (Bernstein, Teng, Granneman y Garbin, 1987), (Anexo A Figuras 9-20).

Puede observarse también que los puntos más elevados en las escalas clínicas se mantienen entre cada una de las aplicaciones, aun cuando se ha descrito que el perfil en general, sufre cambios a través del tiempo (Hurt, Clarkin y Morey, 1990), (Anexo A Figuras 9-20).

Por otro lado, a partir de identificar la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento, podemos considerar que el estudio de confiabilidad descrito en esta investigación refleja niveles de seguridad, consistencia, predictibilidad y exactitud en las cuatro aplicaciones, (Kerlinger, 1988).

Con relación a la variable historia, se puede decir que los resultados de este análisis, ésta se controló evitando largos lapsos de tiempo entre las aplicaciones. Asimismo respecto a la maduración se observa que no afectó a nuestro estudio, dado que entre cada una de las aplicaciones se cuidaron aspectos tales como el hambre, la sed, la fatiga o la edad, entre cada una de las aplicaciones, ya que se fijaron tiempos similares y en horarios convenientes para los grupos al momento de responder el inventario. Se observa también

---

que respecto a la variable relacionada con la aplicación del test, el proceso de la administración de la prueba, vemos que no ejerció una influencia negativa en los resultados, ya que no se observa una diferencia importante entre el test y los retests, (Cane y Heim, 1950; Anastasi, 1967). Por otro lado Windle, (1954) y Campbell y Stanley, (1966), refieren que en las pruebas de personalidad se puede percibir un mejor ajuste en los retests. Para la selección de la muestra se controló mediante una selección aleatoria o estratificada cuidando de que existiera una igualdad grupal entre el número de sujetos.

Sobre la base de los resultados obtenidos en este análisis se puede inferir que la confiabilidad test-retest obtenida para esta investigación muestran estabilidad y consistencia en los resultados obtenidos. Puede decirse entonces que éstos son consistentes, exactos y estables, (Pick y López, 1979).

### 5.9 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS

En el siguiente análisis se determinaron mediante un análisis cualitativo los rasgos de personalidad específicos que describieron las características de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente en la muestra de adolescentes mexicanos.

Se obtuvo inicialmente el puntaje de la media de cada una de las escalas para obtener el código del perfil que tiene como función general, ofrecernos una notación rápida que resume las características más importantes del perfil. Estas características incluyen el rango de elevación de las escalas y el patrón de relaciones entre ellas cuando se elevan de la mayor a la menor. El código constituye una manera rápida y conveniente de resumir las principales características del perfil, sin la pérdida de información sustancial.

El código requiere que todas las escalas clínicas (representadas por número) sean acomodadas (de izquierda a derecha) en orden descendiente de acuerdo con la magnitud de la elevación T. Las escalas de validez tradicionales (L, F y K) se colocan inmediatamente

---

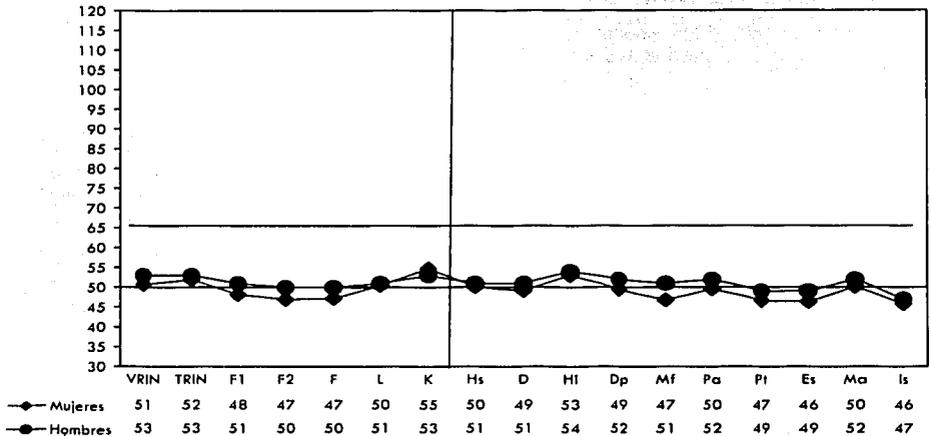
**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Farías

a la derecha de las escalas clínicas, de nuevo ordenadas de manera decreciente. El grado relativo de elevación para cualquier escala dentro del código es denotado por un sistema de símbolos. En esta investigación se obtuvieron los códigos de los perfiles tanto para hombres como para mujeres, y se interpretaron, obteniendo los siguientes resultados:

Código de mujeres adolescentes: 3 1 6 9 / 2 4 5 7 8 0 ; K L / F ;

Código de hombres adolescentes: 3 4 6 9 / 1 2 5 / 7 8 0 ; K L F /

Perfil de personalidad para la muestra de adolescentes mujeres y hombres de las escalas básicas del MMPI-A (n= 1056)



**FIGURA 1.**

Se observó que al responder el inventario el grupo de adolescentes femenino intentó presentar en sus respuestas, un autoreporte extremadamente favorable que minimiza o niega la presencia de cualquier problema psicológico. La configuración sugiere que se trata de sujetos defensivos y que reportan bajos niveles de problemas psicológicos, así como la negación de síntomas. Posiblemente no logran percibir la necesidad de un tratamiento

## R E S U L T A D O S

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

psicológico e intentan negar sus problemas. Esto puede deberse a que sienten que tienen un adecuado ajuste al medio ambiente. En el caso de los varones el grupo se mostró más sincero y espontáneo al responder el inventario, aceptan tener algunos problemas, además de que se perciben con más recursos para resolverlos. Puede decirse que son adolescentes que tienen un adecuado ajuste al medio ambiente, (Figura 1).

En general se puede observar en el perfil de personalidad del grupo de mujeres adolescentes, que los puntajes tienden a caer dentro de la media teórica, por lo que se describen como adolescentes normales, que pueden presentar un buen funcionamiento en su comportamiento. Se identifican como jóvenes que pueden ser capaces de involucrarse socialmente, pueden mostrarse amistosos, amigables y realistas con amplios intereses, pero pueden tener algunas reacciones ante el estrés. Se observa que pueden tener un adecuado desempeño educativo, posiblemente estas características se ven influidas porque el grupo de adolescentes que participan en esta investigación, provienen de familias con un alto status socioeconómico medio alto. Tienden a mostrarse abiertas, comunicativas, capaces de enfrentar la responsabilidad, con tendencia a manipular a los demás, además de que pueden ser muchachas que pueden tener una buena conducta y ser inteligentes. Se les puede relacionar con altos niveles de inteligencia y buen desempeño, dado que se ha encontrado que en grupos de adolescentes normales pueden presentar estas características; además, que influye que los padres tengan un alto nivel de escolaridad. Esto se debe probablemente a que las jóvenes que participaron en esta muestra provienen de familias en donde predominan los padres profesionistas, (Capítulo de Resultados tablas 5 y 6).

Sus características las describen también como jóvenes extrovertidas que establecen relaciones más bien superficiales, por lo que tienden a reaccionar con cierta cautela y convencionalismo. Muestran cierto comportamiento exhibicionista, debido a que son jóvenes centradas en sí mismas. Hathaway y Monachesi, (1963), (en Archer, 1992), encontraron que con mayor frecuencia la escala de histeria (3) es la primera en la elevación del perfil entre las adolescentes normales.

Pueden mostrarse también como sujetos que pueden ser sensibles a las necesidades de otros y a las opiniones o acciones de los demás. Utilizan por lo general la racionalización y la proyección como mecanismos de defensa, por lo que pueden ser un tanto suspicaces y recelosas, pero tienden a ser dependientes en sus relaciones interpersonales y proclives a

---

---

preocuparse por cosas mínimas, por lo que pueden presentar cierta ansiedad. Es posible que muestren cierta sensibilidad emocional, pero que no necesariamente indica desajuste, debido a que su elevación sugiere que existe un buen contacto con la realidad, (Figura 1).

Con relación al perfil del grupo de adolescentes masculinos se encuentra también en un nivel promedio, no obstante puede decirse que su elevación es muy similar a los datos obtenidos tanto por Butcher y Cols., (1992), y los encontrados por Lucio y Cols., (1998), en población de adolescentes mexicanos. Se describen a sí mismos, como adolescentes que pueden mostrarse convencionales y superficiales, pero con buena capacidad empática. Constantemente buscan nuevos retos, y gustan de involucrarse en comportamientos que tienen que ver con conductas de riesgo, como enfrentarse al peligro y volcarse a acciones que requieren de constantes actividades. Sus características los describen también como jóvenes extrovertidos que establecen relaciones más bien superficiales, además de que ante las relaciones pueden reaccionar con cierta cautela y convencionalismo. Hathaway y Monchesi, (1963), (en Archer, 1992), en sus estudios sobre adolescentes normales encontraron que la escala de paranoia (6) parece ser un indicador de éxito tanto social como académico en las mujeres, además de que tienden a un coeficiente intelectual más elevado, así como mejores promedios en sus grados académicos. No obstante que no representa elevación, estas características pueden ser descritas para este grupo, porque no presentan dificultades en su comportamiento.

Pancoast, Archer y Gordon, (1988), refieren que las adolescentes normales, pueden típicamente mostrar cierto egocentrismo, son entuslastas y con buenos niveles de energía, además es posible que a estas mujeres, les guste participar en organizaciones sociales.

En conclusión, con relación a la interpretación de las escalas básicas, se puede decir que en ambos grupos, se trata de adolescentes normales que presentan un buen nivel de funcionamiento y adaptación al ambiente. Las mujeres adolescentes tienden a no aceptar sus problemas, pero pueden ser capaces de darle solución cuando éstos se les presentan. En los hombres, estos refieren que pueden tener algunos problemas, y como en las mujeres, se sienten capaces de darles solución. Ambos grupos se perciben como adolescentes con un buen ajuste, que pueden ser independientes, y que tienen buen nivel de rendimiento en relación a su desarrollo.

---

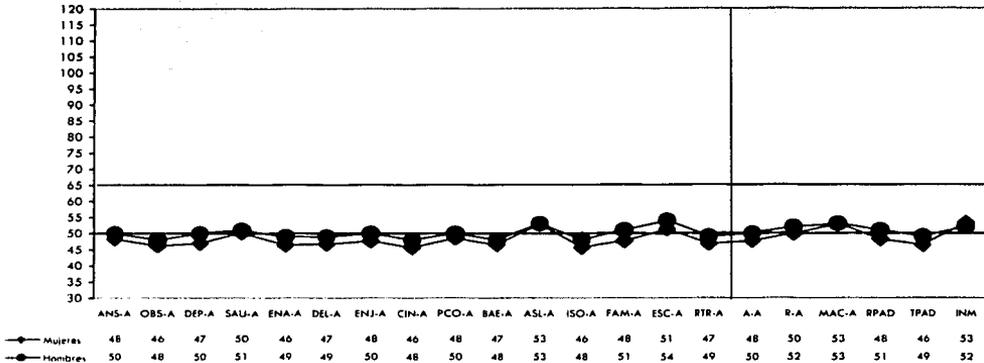
## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Farías

Como se puede observar en la figura 1, no se encontraron en general, diferencias entre el grupo de hombres y mujeres, en la configuración de las escalas clínicas. En ambos grupos, está presente como primera escala del código del perfil la escala de histeria (3). Sin embargo, en las mujeres puede presentarse como siguiente escala la hipocondriasis (1) y para los hombres la escala de desviación psicopática (4) de manera que puede inferirse que las mujeres adolescentes pueden mostrarse más sensibles, con cierta actitud de fragilidad que pudiera ser interpretado como un indicador cultural. En los hombres se presenta la escala de desviación psicopática (4), que sugiere que pueden ser adolescentes que les gusta enfrentar más situaciones de riesgo y actuar más hacia el ambiente, esto puede deberse seguramente a un patrón cultural, (Figura 1).

En general, la interpretación tiende a integrarse con los tres perfiles que arroja el MMPI-A, y en este estudio se describen características de cada uno de los perfiles obtenidos en ambos grupos. Por lo que se mencionan a continuación los indicadores clínicos principales de las escalas de contenido y suplementarias del grupo de mujeres y hombres adolescentes.

**Perfil de personalidad para la muestra de adolescentes femeninos y masculinos de las escalas de Contenido y Suplementarias del MMPI-A (n= 1056)**



**FIGURA 2.**

Como se aprecia en la figura 2, con relación a las escalas de contenido, se puede decir que es un grupo que pueden ayudar a los clínicos a comprender las elevaciones de las escalas clínicas, permitiéndoles confirmar o eliminar ciertas características de conducta que se representan en las escalas. Además sirven como criterios para identificar una sintomatología significativa en los adolescentes. Son también un grupo de escalas homogéneas en las que se usaron una combinación de métodos racionales y estadísticos para la construcción de las mismas.

Se puede observar en general, que el perfil de ambos grupos con respecto a las escalas de contenido, los puntajes tienden a ubicarse en niveles normales en la mayoría de ellas. Asimismo, las calificaciones son muy similares a las obtenidas por Butcher y Cols., (1992), para la muestra norteamericana como las encontradas por Lucio y Cols., (1998), en los adolescentes mexicanos. Algunos de los descriptores de estas escalas sugieren que se trata de adolescentes que pueden tener metas educacionales o de vida, así como tener una visión adecuada de éstas. En ambos grupos se observa que pueden ser adolescentes capaces de proponer acciones que redunden en metas y logros, además que pueden, mostrar un buen rendimiento escolar en general. Archer y Gordon, (1988), sugieren que algunos de los problemas que presentan las adolescentes normales con respecto a la escala de aspiraciones limitadas, más que deberse a dificultades escolares y de rendimiento, tienden a asociarse a problemas de inmadurez como se observa en el grupo de las escalas suplementarias, en las que en ambos grupos tiende a mostrar cierta elevación, (Figura 2).

Los varones por su parte, tienden a elevar ligeramente la escala de problemas escolares, más que el grupo de mujeres, esto se debe probablemente a que para los adolescentes masculinos, pueden ser más importantes aspectos de comportamientos en lo referente a la acción que los orientados a los aspectos intelectuales, además, son adolescentes que en este nivel de edad, prefieren la acción sobre el pensamiento, (Blos, 1967).

Williams y Cols., (en Archer, 1992), encontró que los puntajes para las mujeres adolescentes normales, están relacionados con la percepción de sentirse ocasionalmente insatisfechas, pero también con una actitud desafiante y resistente especialmente cuando tienen que enfrentar algunas dificultades.

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Farías

---

Williams y Cols., (en Archer, 1992), sugieren que la escala de problemas escolares puede ser una medida de adaptación general. En ambos grupos de adolescentes, su elevación sugiere que pueden ser jóvenes que pueden mostrarse optimistas y confiados en sus relaciones, aunque en las mujeres se aprecian ciertas necesidades de afecto y de atención. Por otro lado, se observa que en los hombres se aprecian algunas características que hacen referencia a conductas de riesgo, aunque en este sentido las adolescentes femeninas pueden mostrarse arrojadas, intrépidas y en busca de nuevas emociones. Archer, (1987b), encontró que las adolescentes son descritas como asertivas, y un tanto egocéntricas. El grupo femenino de esta investigación, parece ser que se esfuerzan por mostrarse independientes, controladas con un dominio adecuado de situaciones externas, especialmente en sus relaciones interpersonales en las que tienden a ser asertivas e indulgentes consigo mismas.

En conclusión, puede decirse en general, que ambos grupos de adolescentes pueden tener una buena adaptación, porque no reflejan en su perfil problemas relevantes en su comportamiento. Son adolescentes que pueden tener un buen funcionamiento en su comportamiento porque en general no se aprecia un nivel de elevación en los perfiles que indiquen situaciones de problemáticas, (Figura 2).

## 5.10 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ESCALAS DEL MMPI-A DEL DESARROLLO ADOLESCENTE Y LA PSICOPATOLOGÍA EN UNA SUBMUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS

Como siguiente análisis se determinaron mediante un análisis cualitativo de los rasgos psicopatológicos específicos que describieron las características de los adolescentes mexicanos, a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) con la finalidad de explorar las características del desarrollo adolescente.

Para identificar algunos de los rasgos psicopatológicos en los adolescentes, se establecieron criterios para la selección de una submuestra, cuya elevación fuera un puntaje igual o mayor a  $T=60$  en más de tres escalas. En este sentido, Butcher y Cols., (1992); Lucio y Cols., (1998), señalan que las puntuaciones  $T=65$ , pueden considerarse como elevaciones clínicamente significativas. Asimismo, los valores de  $T=60$ , pueden ser elevaciones moderadas que reflejan ciertos problemas en los adolescentes.

En este sentido Tanner y Takaishi, (1966); Tanner, (1969), (en Archer, 1992), refieren que las diferencias en el tipo de maduración entre los adolescentes de ambos sexos, especialmente en las primeras etapas del desarrollo, tiende a marcar un crecimiento mayor en las mujeres que en los varones.

Algunos aspectos significativos, de estas diferencias pueden ser el estrés al que se enfrenta un adolescente con respecto a las relaciones familiares y escolares, que pueden reflejarse en una baja autoestima o un pobre autoconcepto del adolescente durante este periodo. Algunos estudios sobre psicopatología general, han intentado identificar la prevalencia relativa de tipos específicos de sintomatología en muestras adolescentes. Kashani y Cols., (1987), refieren que los tres diagnósticos más comunes encontrados en los adolescentes fueron los desórdenes de ansiedad, conducta y la depresión.

Petersen y Hamburg, (1986), refieren que el rango de psicopatología durante la adolescencia puede aparecer tempranamente, Asimismo, la frecuencia y severidad de los síntomas puede incrementarse durante el periodo del desarrollo adolescente. De esta manera, se propuso en este estudio analizar aquellos casos de los adolescentes que reportaban perfiles con elevación que sugirieran un comportamiento de riesgo o posible

---

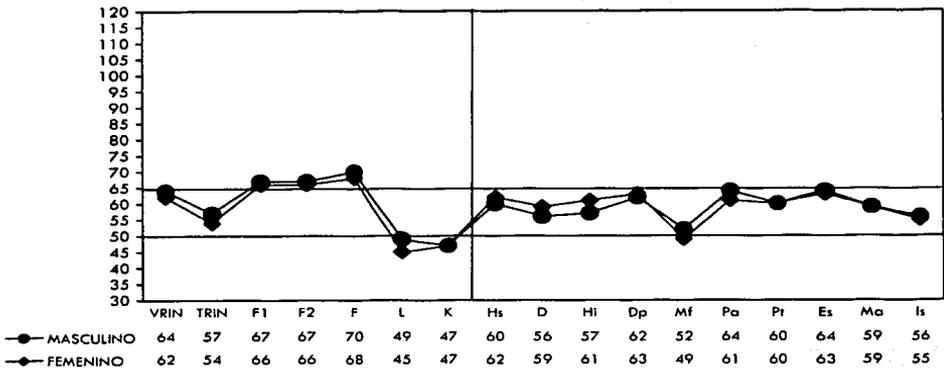
**RESULTADOS**  
José Manuel Pérez Y Farías

patología. Para ello se obtuvieron los siguientes códigos del perfil tanto para hombres y mujeres de la submuestra:

Código del perfil mujeres adolescentes: **4 8 1 3 6 7 - 2 9 0 / 5 ; F + K L :**

Código del perfil hombres adolescentes: **6 8 4 1 7 - 9 3 2 0 5 / F' L K :**

**PERFILES DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A SUBMUESTRA DE 146 SUJETOS**



**FIGURA 3.**

Los perfiles del MMPI-A contienen zonas grises, que son áreas que denotan un rango de marginación o elevación transitoria en lugar del uso tradicional de la calificación T así como un corte entre las calificaciones normales y los valores clínicamente elevados. El uso de un rango de calificación T marca la transición entre rangos de valores normales y valores clínicos y es particularmente importante en la estimación de adolescentes, donde lo conceptual y psicométrico dividiendo la línea entre normal y patológico pueden ser menos claro que durante el desarrollo adulto. Luego entonces, el MMPI-A contiene un número de características que pueden mejorar la estimación de la psicopatología adolescente cuando

es empleado, para uso clínico, debido a que es sensible a resultados del desarrollo adolescente, (Archer, 1992).

Con relación a los descriptores de interpretación de las escalas básicas y de validez, se observa que las puntuaciones entre ambos grupos son muy similares. A continuación se describen algunas de las características de las escalas:

Como se observa en la figura 3, la escala F de infrecuencia incluye una variedad de reactivos relacionadas con experiencias, pensamientos y sensaciones extrañas o inusuales y actitudes y conductas antisociales. La escala F de infrecuencia del MMPI original era una de las más problemáticas cuando se aplicaba en población adolescente, debido a que estos típicamente producían puntajes crudos mucho más altos que los adultos. En el caso de este estudio se puede observar, que estos jóvenes tienden a mostrar cierto nivel de problemática y a aceptar que tienen dificultades, esto es debido a la elevación de la escala. En ambos grupos se observa que sienten que no pueden darles solución a sus problemas. Se han reportado de manera consistente diferencias significativas en los puntajes crudos para la escala F entre adultos y adolescentes, tanto en muestras normales como en muestras clínicas, (Archer, 1984, 1987). Debido a los valores típicamente altos en la escala F encontrados entre los adolescentes, el uso del criterio de validez de esta escala se utilizó para evaluar la validez técnica de los perfiles, que con frecuencia era complejo e inefectivo para la población adolescente.

Los adolescentes que elevan esta escala pueden presentar dificultades, o pueden estar intentando fingir ser sujetos problemáticos o sobre reportar sintomatología, pueden además estar respondiendo con un patrón aleatorio, ya sea de manera consciente, o por incapacidad de lectura.

Asimismo las escalas F1 y F2 de infrecuencia del MMPI-A pueden ser utilizadas como una estrategia interpretativa similar a la que se emplea para las escalas F y Fp del MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, Kaemmer, 1989). Específicamente, la escala F1 aporta información sobre la validez de las respuestas de los adolescentes a las escalas básicas del MMPI-A, mientras que la F2 da información sobre las respuestas que se utilizan para puntuar las escalas de contenido y suplementarias. En este estudio se puede observar una elevación importante tanto para la escala F1 como en la F2, lo que sugiere que los adolescentes, muestran cierto patrón de problemática que se refleja tanto en las escalas de contenido como

---

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

en las suplementarias, especialmente en el grupo femenino. Greene, (1991), refiere que algunos de los criterios que deben considerarse para obtener la validez del perfil, parten de los siguiente: Si la escala F1 de un adolescente se encuentra dentro de un rango aceptable, pero F2 esta excesivamente elevada, ( $T=90$ ), este patrón es indicativo del posible uso de respuestas aleatorias durante la última parte de la prueba, aspecto que no se cumple para esta submuestra. Bajo estas condiciones, puede ser posible interpretar los datos de las escalas estándar, pero no es válido utilizar las escalas de contenido y suplementarias. Sin embargo, si los puntajes F1 exceden el rango aceptable, el protocolo total deber considerarse inválido y no se podrá hacer interpretación. En el caso de estos adolescentes, no se observan patrones de invalidez, y únicamente refieren aspectos de problemas que pueden estar percibiendo los jóvenes como parte de su desarrollo, (Figura 3).

En relación con las escalas clínicas, los perfiles de ambos grupos tienden a diferir en el código del perfil, dado que para las mujeres, la escala que se observa más elevada corresponde a la de desviación psicopática, (Dp) (4), que puede asociarse con una variedad de comportamientos relacionados con conductas de "acting out", dado que son adolescentes que pueden mostrarse algo impulsivas, con poco reconocimiento de su comportamiento. Prefieren la acción al pensamiento. Muestran además algunos comportamientos de conducta de rebeldía, no asumen las reglas y frecuentemente están en desacuerdo con lo que se impone en el exterior, por lo que pueden tener problemas con figuras de autoridad. Son jóvenes intolerantes, con baja tolerancia a la frustración, debido a que demandan la satisfacción de sus necesidades en forma inmediata. Es posible que éstas se sitúen en la búsqueda de patrones de comportamiento, basados en una constante inseguridad, falta de confianza en sí mismas, que canalizan algunas veces a través de sintomatología somática, lo que les permite justificar sus fallas y fracasos o sus errores.

En cuanto a la elevación de las escalas clínicas para el grupo de adolescentes varones, como se observa en la figura 3, se puede establecer es la escala de paranoia (Pa) (6) que tiende a elevarse en este grupo, es posible que algunos descriptores de Interpretación se relacionan con cierto comportamiento de conducta suspicaz, receloso, además de que tienden a sobre interpretar el comportamiento de los demás. Pueden presentar algunos problemas en sus relaciones interpersonales, debido a que son jóvenes muy susceptibles a la crítica y el rechazo, por lo que pueden mantenerse alejados de las personas ante la percepción de que

---

no los entienden. Archer, (1992), menciona que las características que están relacionadas con adolescentes que presentan una elevación en la escala, (Pa) (6), paranoia tienden a mostrar cierto nivel de resentimiento y hostilidad, utilizando la proyección como mecanismo de defensa, tienden a mostrar cierto retraimiento social, una marcada sensibilidad interpersonal y suspicacia en las relaciones con tendencia a la sospecha, resentimiento y hostilidad. Los adolescentes pueden mostrar problemas de ajuste escolar como problemas con los padres. Asimismo refiere el autor que los adolescentes puede tener dificultades para el establecimiento de relaciones debido a su cautela interpersonal. Hathaway y Monachesi, (en Archer,1992), basados en adolescentes normales, encontraron que los muchachos con puntajes altos en la escala de Pa (6) paranoia, tenían más posibilidades de abandono escolar, quizá como consecuencia de su sensibilidad interpersonal dentro del ambiente escolar.

En ambos grupos parece ser que predominan aspectos de un cierto nivel de fantasía, ante lo cual los adolescentes tienden a ubicar expectativas poco realista, pero que al mismo tiempo les permite protegerse de la ansiedad que les genera el medio ambiente. Por ello se muestran narcisistas, egocéntricos, centrados en sí mismos, e intolerantes a las necesidades de los demás, características que pueden ser definidas por la elevación de la escala 8 (Es) esquizofrenia.

Archer, (1992), sugiere que las elevaciones en esta escala están relacionadas con sentimientos de incomprensión y posible percepción de maltrato. Los adolescentes reportan que su situación familiar es carente de amor y apoyo, ya que pueden sentir hostilidad y rechazo hacia los miembros de su familia. Se sienten solos y poco comprendidos, y posiblemente tienen dificultades para experimentar una relación de afecto de los demás, de manera que se sienten que su entorno está en contra. Asimismo, son adolescentes que pueden ser temerosos y apáticos y con problemas de concentración y atención. Es posible que sientan que la vida es un esfuerzo por lo que pueden reportar algunas características asociadas a la depresión, desesperanza y preocupación. Tienen problemas en el manejo de la vida diaria, dado que sienten que esta no les resulta interesante o compensatoria para ellos. Se ha demostrado que la escala 8 (Es) esquizofrenia, está empíricamente relacionada con un número de características de personalidad y conductas sintomáticas, asociadas con las relaciones interpersonales del adolescente, (Moldin y Cols, 1991), encontraron que la elevación de la escala de esquizofrenia (Es) está asociada con la severidad de los trastornos. En este grupo

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Farías

---

---

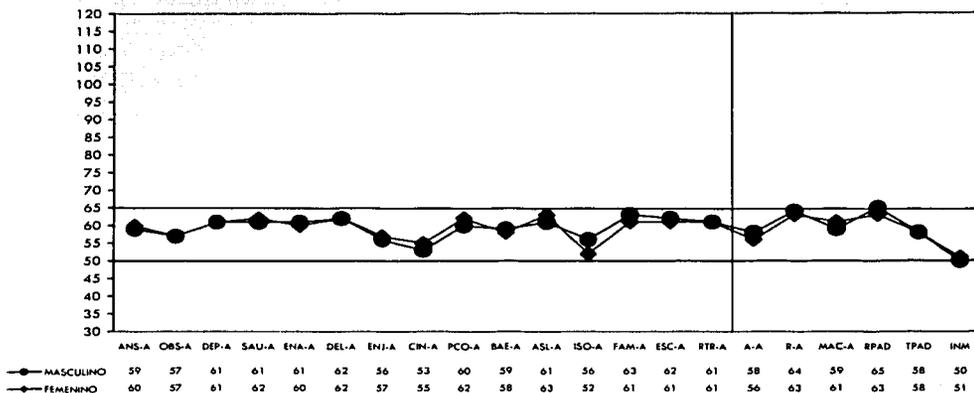
de adolescentes considerados en riesgo es posible que la elevación de la escala se relacione con características en las que los adolescentes se sienten distantes y diferentes de los demás y pueden tender al aislamiento. Es probable que tiendan a sentirse inferiores y socialmente diferentes a los demás y pueden parecer apartados y desinteresados. Suelen usar la fantasía como defensa en contra de situaciones desagradables y a tener muchas ensoñaciones. Son adolescentes algo inmaduros y preocupados de sí mismos. Pueden estar inconformes y renuentes a aceptar los convencionalismos e inclusive mostrar algunos comportamientos impulsivos, agresivos o ansiosos.

Con relación a la escala de hipocondriasis (Hs) (1), se puede observar cierto nivel de elevación en ambos grupos, aunque en las mujeres parecen agudizarse las características que describen la escala. Los adolescentes pueden mostrar cierta preocupación por su salud física relacionada con quejas somáticas y corporales que generalmente son vagas. Esto puede deberse a que las respuestas somáticas se presentan cuando se exponen a situaciones de estrés, y que podría asociarse en el grupo de mujeres con algunos problemas en la alimentación. Las características que definen a ambos grupos, es que pueden tener en común, reacciones pesimista, y una constante insatisfacción. Además puede describirse como adolescentes cínicos, demandantes, críticos y egoístas que presentan poca capacidad de insight en el reconocimiento de sus problemas. Archer, (1992), sugiere que los adolescentes que tienden a elevar esta escala comúnmente reportan problemas escolares, incluyendo dificultades académicas y de adaptación, (Figura 3).

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

Con relación a las escalas de contenido y suplementarias, se observa que ambos grupos tienden a mostrar puntuaciones muy similares, a continuación se describen algunas características de las escalas:

**PERFILES DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A  
EN UNA SUBMUESTRA DE 146 SUJETOS**



**FIGURA 4.**

Como se puede apreciar en la figura 4, en los resultados de las escalas de contenido se puede observar una mayor elevación la escala de aspiraciones limitadas (ASL-A) que describen a los adolescentes como sujetos que no se interesan mucho en lo que hacen. Pueden tener dificultades para estudiar y pueden mostrarse descuidados en lo que hacen. Pueden tener problemas para iniciar algo y desisten rápidamente cuando las cosas no resultan como las planean. Frecuentemente esperan que otras personas resuelvan sus problemas y evitan enfrentarse a las dificultades. Tienen la percepción de que los demás obstruyen el que tengan éxito, (Lucio y Cols., 1998). Se ha identificado a la escala de aspiraciones limitadas (ASL-A) como medida de pocos logros y participación limitada en las actividades que realiza el adolescente. Además la escala parece estar relacionada con

tendencias antisociales como fugarse de la casa, dedicarse a la vagancia y conductas de "acting-out".

Otras de las escalas que pueden considerarse con una elevación significativa son las de preocupación por la salud (SAU-A), pensamiento delirante (DEL-A) y la de problemas de conducta (PCO-A).

Con relación a la escala de preocupación por la salud (SAU-A) en ambos grupos se observa que se trata de adolescentes que pueden presentar problemas físicos que interfieren en sus actividades escolares, reflejándose en ausencias escolares significativas. Lucio y Cols., (1998), refieren que los datos empíricos aportan un sólido sustento para la escala de preocupación por la salud, (SAU-A), como medida de las quejas somáticas en los adolescentes normales, las calificaciones elevadas en esta escala parecen relacionarse con mala conducta, pobre desempeño académico y otros problemas escolares.

Los datos empíricos reportados en la escala de pensamiento delirante (DEL-A) se relacionan con la desadaptación generalizada en sujetos normales. Los jóvenes con puntajes más elevados probablemente tienen problemas en la escuela y obtienen calificaciones bajas, datos que se corroboran en estos perfiles, en ambos grupos, (Lucio y Cols., 1998). Asimismo los datos reportados en la escala de problemas de conducta, (PCO-A), se relacionan con algunos comportamientos de rebeldía, oposicionismo y problemas con la autoridad, que posiblemente en este grupo se relaciona con una conducta de constante reto a las normas externas y a sus dificultades para ajustarse al exterior, como se puede observar en la figura 4.

Se observa también que ambos grupos pueden presentar reacciones de enojo, que se pueden reflejar en algunos comportamientos en el área escolar, ante la que pueden mostrar problemas de conducta. Asimismo se observa que algunas de sus dificultades se relacionan con problemas familiares, ante los cuales es posible que se sientan poco comprendidos y aceptados por los adultos. La elevación de las escalas suplementarias de alcoholismo de MacAndrew y reconocimiento de problemas de alcohol y drogas en ambos grupos pueden corroborar las dificultades expresadas por los adolescentes con relación a la forma en que canalizan sus problemas, de manera que pueden mostrar comportamientos de riesgo en esta área.

---

En los descriptores de las escalas suplementarias de alcoholismo de Mac-Andrew (MAC-A) y de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas (RPAD). Archer, (1992), refiere que los adolescentes frecuentemente aceptan tener problemas en el uso de alcohol y drogas. Usualmente pueden ser impulsivos y agresivos, centrados en sí mismos y no aceptan la responsabilidad por sus propios comportamientos. Los adolescentes en escenarios clínicos frecuentemente tienen historias de abuso físico en el caso de los hombres y de abuso sexual en el caso de las mujeres.

En conclusión se puede decir que en el perfil de las escalas de contenido y suplementarias, los adolescentes de esta submuestra tanto hombres como mujeres, presentan características de problemas muy similares, asociados a las aspiraciones limitadas, a los problemas de salud, de conducta, familiares, escolares y algunas reacciones depresivas que aun cuando no los sitúa como adolescentes disfuncionales, sí se ubican como jóvenes que muestran un comportamiento de riesgo.

Por otro lado, al comparar estos perfiles de adolescentes en riesgo, con aquellos que no muestran una elevación en el perfil, porque los puntajes de la media se ubican cercanos a la media teórica, se puede apreciar que las diferencias en elevación se hacen evidentes en ambos grupos, tanto en los hombres como en las mujeres. Aun cuando la configuración del perfil es similar, se aprecia que las diferencias del puntaje T en todos los perfiles de escalas básicas, de validez, contenido y suplementarias, tienden a mostrar características diferentes entre los adolescentes normales de los que muestran mayores dificultades. Finalmente, esto refleja un buen nivel de predictibilidad de los problemas que el adolescente puede presentar en esta etapa de desarrollo cuando se evalúan con este instrumento, porque permite a través de sus calificaciones observar claras diferencias entre adolescentes que presentan problemas de los que no, (Ver Anexo B, figuras 21-24).

### **5.11. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL INVENTARIO AUTODESCRIPTIVO DEL ADOLESCENTE EN UNA SUBMUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS**

Como siguiente análisis se aplicó estadística descriptiva a través de un análisis de frecuencias y porcentajes del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio y Durán, 2001), por reactivo y área de una submuestra de adolescentes con el fin de identificar aspectos positivos y negativos que describen los adolescentes, como parte de su desarrollo. Obteniendo los siguientes resultados:

#### **Área Familiar Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente**

Con relación las frecuencias y porcentajes, (Anexo C tabla 60), del área familiar compuesta por un total de 108 reactivos de los cuales corresponden 32 a reactivos positivos, 46 a negativos y 30 a descriptivos en los que plantean diversas situaciones (18) a las que se puede ver expuesto un adolescente con relación a su familia. Se describen a continuación cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas:

Las adolescentes refieren que el 98% vive con la madre, el 86.7% con los hermanos y el 68.3 % con el padre. En el caso de los hombres, con la madre el 97.2% con los hermanos 91.7% y el 86.1 % con el padre. En cuanto al número de hermanos el 50% de las mujeres y el 58.3% de los hombres tienen un hermano, mientras que el 31.7% de las mujeres y el 25% de los hombres tienen dos hermanos. Así mismo el 45% de las mujeres y el 58.3 % de los hombres ocupan el lugar del hermano mayor. Mientras que el 36.7% de las mujeres y el 36.1% de los hombres ocupan el lugar del hermano menor.

En lo que respecta a la toma de decisiones importantes dentro de la familia, el 85% de las mujeres refieren que es la madre quien toma las decisiones, mientras que el 78 % de los hombres refieren que es el padre. El 43.7% de las mujeres y el 47.2 % de los hombres dicen que las toma entre toda la familia.

---

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

En cuanto a la imposición de reglas como horarios, tareas y permisos el 95% de las mujeres refieren que es la madre y el 80.6% de los hombres dice que es el padre. El 31% de las mujeres y el 36.1% de los hombres refieren que entre todos ponen las reglas.

En cuanto a la permisividad de los padres el 81.3% de las mujeres y el 83.3% de los hombres refieren que sus padres son razonables para dar permisos. En este mismo sentido, también se observa que el 36.7% de las mujeres y el 30.6% de los hombres, dicen además que pueden obtener muchos permisos.

En cuanto a las relaciones con la familia el 91.7% de las mujeres y el 77.8% de los hombres las refieren como de apoyo. También el 83% de las mujeres y el 77.8% de los hombres dicen que éstas pueden ser cálidas. El 38.3% de las mujeres y el 19.4% de los hombres las refieren como sobreprotectoras. En lo que se refiere a la relación de padres e hijos el 76.7% de las mujeres y el 77.8% de los hombres dicen que son tratados iguales.

Con relación al número de veces que han contraído matrimonio los padres el 93.3% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que el padre ha contraído matrimonio una vez. Mientras que el 90% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que es la madre la que ha contraído matrimonio una vez.

Por otro lado, los adolescentes refieren que en su familia en general no existen pleitos constantes entre sus padres, y solo un 8.3% para las mujeres y en un 2.8% para los hombres, dicen que sí se presentan. Mientras tanto refieren que cuando los padres se pelean, discuten, luego se tranquilizan y hablan con calma en un 61.7% para las mujeres y en un 69.4% para los hombres. Mientras que el 26.7% de las mujeres y el 27.8% de los hombres refieren que se gritan o se insultan. En cuanto a las peleas con los hermanos, el 40% de las mujeres y el 44.4% de los hombres mencionan que discuten y luego se tranquilizan y hablan con calma, mientras que el 56.7% de las mujeres y el 69.4% de los hombres dicen que se gritan y se insultan.

En lo que concierne a la situación económica de la familia el 36.7% de las mujeres y el 22.2% de los hombres, refieren que nunca han tenido preocupaciones por el dinero, mientras que el 58.3% de las mujeres y el 77.8% de los hombres refieren que en alguna ocasión han tenido preocupación por el dinero.

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

En general la submuestra de adolescentes mencionan que tienden a convivir más con el padre en un 80% en las mujeres y en un 75% en los hombres. Pero llama la atención que el porcentaje más elevado corresponde a la convivencia con los amigos siendo un 86.7% para las mujeres y un 75% para los hombres.

Algunas de las cosas que los adolescentes describen que les sucede podemos observar en un 96.7% en las mujeres y 88.9% de los hombres remiten que tienen un buen espacio para estudiar. Así mismo un 90% de las mujeres y un 86.1% de los hombres dicen tener privacidad. El 90% de las mujeres y el 83.3% de los hombres dicen que les gusta vivir en su casa, así mismo el 90% de las mujeres y el 80.9% de los hombres dicen que se sienten bien adaptados al ambiente familiar. El 95% de las mujeres y el 94.4% de los hombres remiten que se llevan bien con otros miembros de su familia, así mismo, el 90% de las mujeres y el 80.6% de los hombres dicen que hacen un esfuerzo por comprender los problemas de la familia. Describen también que su casa no está descuidada en un 98.3% para las mujeres y 97.2% para los hombres.

Asimismo el 100% de las mujeres y los hombres dicen que su familia tiene una buena reputación. Esto explica que sólo el 20% de las mujeres y el 25% de los hombres no quieren estar fuera de casa. En las relaciones del adolescente con sus padres, refieren que platican las decisiones con sus padres en un 87.7% en las mujeres y en un 63.9% en los hombres, así mismo también refieren que en general sienten que no le esconden los problemas a sus padres en un 76.7% de las mujeres y el 72.2% de los hombres. El 90% de las mujeres y el 86.1% de los hombres refieren que sus padres no desapruaban a sus amigos. Por otro lado el 88.3% de las mujeres y el 94.4% de los hombres perciben que sus padres aprueban a sus novios. En cuanto a la forma de vestir o apariencia, los adolescentes refieren en un 96.7% para las mujeres y en un 88.9% para los hombres los aprueban, así mismo con relación a las citas el 90% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que sus padres se las aprueban. Con respecto a la música que escuchan el 85% de las mujeres y el 80.6% de los hombres dicen que sus padres la aprueban. Los adolescentes refieren que en un 91.7% de las mujeres y el 88.9% en los hombres sus padres esperan mucho de ellos. El 83.3% de las mujeres y el 75% de los hombres refieren que sus padres nunca están en casa. Siendo que el 60% de las mujeres y el 86.1% reportan que sus padres interfieren

---

---

en sus decisiones. El 98.3% de las mujeres y el 100% de los hombres que tienen padrastro, reportan que no tienen problemas con ellos.

Por otro lado los adolescentes mencionan que en la familia suceden cosas como la enfermedad del padre en donde el 85% de las mujeres y el 97.2% de los hombres dicen que su padre no tiene problemas de salud, y en cuanto a la madre el 86.7% de las mujeres y el 91.7% de los hombres, reportan que no presenta problemas de salud. Con relación a los problemas emocionales, en el padre, el 86.7% de las mujeres y el 97.2% de los hombres reportan que no los presenta, y en la madre el 80% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que no los tiene. En cuanto a los hermanos, refieren que los problemas de salud, se observan en el 95% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que no los tiene. En el 83.3% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que sus hermanos no tienen problemas emocionales.

Reportan problemas de alcohol con el padre el 85% de las mujeres y el 88% de los hombres, así mismo, el 100% de ambos grupos no reporta problemas de drogas. En cuanto a la madre el 100% de ambos grupos no reporta ni problemas de alcohol ni de drogas. También en los hermanos el 100% de hombres y mujeres no tienen problemas de alcohol, siendo que el 98.3% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que no presentan problemas con las drogas. Además el 100% de las mujeres y el 97.2% de los hombres dicen no tener problemas de juegos de apuestas con algún miembro de la familia.

### **Área Social Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente**

El área social está compuesta por un total de 11 reactivos de los cuales corresponden 7 a reactivos positivos y 4 a negativos con relación a las relaciones sociales de los adolescentes. Se describen a continuación las frecuencias y porcentajes de cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas, (Anexo C Tabla 61):

En sus relaciones sociales los adolescentes describen que en un 98.3% de las mujeres y en un 100% de los hombres se llevan bien con otras personas. El 88.3% de las mujeres y el 88.9% de los hombres dicen que se adaptan a sus compañeros. Tienen amigos

---

---

## R E S U L T A D O S

José Manuel Pérez Y Fariás

---

inseparables el 90% de las mujeres y 72.2% de los hombres. Describen además que en 98.3% de las mujeres 100% de los hombres, sienten que sus amigos no se aprovechan de ellos. El 88.3% de las mujeres 80.6% de los hombres no se alejan de la gente. Asimismo, el 83.3% de las mujeres y el 91.7% de los hombres no se sienten abandonados(as) por sus amigos. Describen que se llevan bien con sus amigos el 78.3% de las mujeres y el 63.9% de los hombres. Mencionan que no tienen novio(a) un 63.3% de las mujeres y un 52.8% de los hombres. El 91.7% de las mujeres y el 80.6% de los hombres sienten que tienen alguien con quien compartir intereses. Por otro lado el 91.7% de las mujeres y el 87.3% de los hombres se les dificulta hacer amigos. El 93.3% de las mujeres y el 91.7% se siente a gusto cuando hablan con otras personas.

### ii Área Escolar Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente

El área escolar está compuesta por un total de 25 reactivos de los cuales corresponden 4 a reactivos positivos, 15 a negativos y 6 a descriptivos en los que plantean diversas situaciones (3) a las que se puede ver expuesto un adolescente con relación al área escolar. Se describen a continuación las frecuencias cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas, (Anexo C Tabla 62).

Los adolescentes refieren que por lo regular, la escuela a la que han asistido: El 73.3% de las mujeres y el 62.2% de los hombres dicen que no es religiosa o de religiosos. Asimismo el 96.7% de las mujeres y el 94.4% de los hombres dicen que es una escuela que no han asistido a una escuela de sistema abierto. El 100% de ambos grupos no han estado en escuela medio internado. También el 98.3% de las mujeres y el 91.7% de los hombres refieren que no han asistido a una escuela pública. Siendo que el 100% de las mujeres y el 94.4% de los hombres han asistido a escuelas privadas. Finalmente el 100% de ambos grupos no han estado en escuelas de educación especial, ni militarizada ni internados.

Por otro lado los adolescentes refieren que en la escuela frecuentemente les suceden cosas como: el no tener problemas con los profesores en un 93.3% de las mujeres y el 88.9% de los hombres. Además, refiere el 78.3% de las mujeres y el 66.7% de los hombres dicen que les gusta la escuela. Por otro lado el 83.3% de las mujeres y el 69.4%

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

de los hombres han obtenido buenas calificaciones. Siendo que el 78.3% de las mujeres y el 66.7% de los hombres dicen que han tenido dificultades para el aprendizaje, (distracción falta de comprensión). Asimismo el 56.7% de las mujeres y el 50% de los hombres manifiestan tener malos hábitos de estudio. El 88.3% de las mujeres y el 91.7% de los hombres refieren que no han tenido pleitos con los compañeros. El 85% de las mujeres y el 88.9% de los hombres dicen que no se sienten fuera de lugar en la escuela. El 83.3% de las mujeres y el 80.6% de los hombres dicen que están en la escuela adecuada para ellos. El 53.3% de las mujeres y el 65% de los hombres reportan que faltan a la escuela por enfermedad. Mientras que el 68.3% de las mujeres y el 58.3% de los hombres dicen que la escuela no les aburre. Por otro lado, el 90% de las mujeres y el 83.3% de los hombres reportan que no han tenido constantes reportes por mala conducta. El 100% de ambos grupos dicen que no han tenido clases de educación especial. Mientras que el 81.7% de las mujeres y el 55.6% de los hombres dicen no tener materias reprobadas. Mientras que el 86.7% de las mujeres y el 72.2% de los hombres no han repetido año. Siendo que el 100% de las mujeres y el 94.4% de los hombres no han presentado exámenes extraordinarios. Finalmente el 78.3% de las mujeres y el 80% de los hombres reportan que existe una falta de interés de los maestros por sus alumnos. En cuanto a sus planes a futuro los adolescentes refieren en un 97.7% de las mujeres y el 88.9 % de los hombres que planean continuar con una carrera.

**Área Personal Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente**

El área personal está compuesta por un total de 40 reactivos de los cuales corresponden 11 a reactivos positivos, 26 a negativos y 3 a descriptivos en los que plantean diversas situaciones (3) a las que se puede ver expuesto un adolescente con relación al área personal. Se describen a continuación las frecuencias de cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas, (Anexo C Tabla 63).

En cuanto al área personal los adolescentes refieren que con respecto a sus planes a futuro, el 95% de las mujeres y el 94.4% de los hombres dicen que desean continuar con la preparatoria. Asimismo el 100% de las mujeres y el 97.2% de los hombres planean

---

---

**R E S U L T A D O S**  
José Manuel Pérez Y Farías

---

---

continuar con una carrera universitaria. El 95% de las mujeres y el 91.7% de los hombres pretenden trabajar. Desean también casarse el 83.3% de las mujeres y el 75% de los hombres. El 100% de ambos grupos no desean ingresar a una escuela militar, de marina o de policía. El 88.3% de las mujeres y el 88.9% de los hombres refieren que tienen planes para el futuro. En cuanto a sus características dicen que el 75% de las mujeres y el 86.1% de los hombres se describen como creativos. El 90% de las mujeres y el 86.1% de los hombres se sienten hábiles para muchas cosas. El 100% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que son inteligentes. Se describen como demasiado sentimentales el 71.7% de las mujeres y 41.7% de los hombres. Son temeroso(a) de las cosas que le pasan el 65% de las mujeres y el 80.6% de los hombres. El 60% de las mujeres y el 77.8% de los hombres no se sienten nerviosos (as). Mientras que el 68.3% de las mujeres y el 77.8% de los hombres no se sienten criticados por otros. El 93.3% de las mujeres y el 100% de los hombres no se sienten que están demasiado gordos(as). Mientras que 88.3% de las mujeres y el 80.6% de los hombres no se sienten demasiado delgados(as). Tengo pensamientos que se repiten corresponden a 78.3% de las mujeres y 47.2% de los hombres.

Asimismo, el 61.7% de las mujeres y el 77.8% de hombres se describen como poco tímidos(as). En la característica de: soy demasiado alto(a) o demasiado bajo(a) se refieren a sí mismos con el 75% de las mujeres y 88.9% de los hombres. Parezco demasiado joven o demasiado viejo(a) 80% de las mujeres y 78.8% de los hombres. Me siento a disgusto en sitios públicos 98.3 % de las mujeres y 94.4% de los hombres. Me siento impopular el 88.3% de las mujeres y 83.7% de los hombres. Llora por cualquier cosa el 75% de las mujeres y el 100% de los hombres. Tengo mala fama el 95% de las mujeres y un 94.4% de los hombres dicen que no. No me siento inmaduro(a), refieren el 80% de las mujeres y 86.1% de los hombres. Llamo la atención por mi apariencia física en 76.7% de las mujeres y 75% de los hombres dicen que no. Desconfía de los demás el 55% de las mujeres y 66.7% de los hombres dicen que no desconfían. Me siento inferior, el 95% de las mujeres y 100% de los hombres no se sienten inferiores. Parezco demasiado simple en 83.3% de las mujeres y 88.9% de los hombres dicen que no. No me gusta, el 85% de las mujeres y 94.4% de los hombres dicen que sí se gustan. Siento que las personas están en mi contra, el 93.3% de las mujeres y 94.4% de los hombres dicen que no. Soy sucio(a) y descuidado(a) con mi persona de las 98.3% mujeres y 94.4% de los hombres no se sienten sucios. Tengo alguna deficiencia física en 91.7% de las mujeres y 100% de los hombres, dicen no tenerla.

---

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

Soy muy desordenado(a) con mis cosas personales el 70% de las mujeres y 58.3% de los hombres no se sienten desordenados con sus cosas. Quiero fugarme de mi casa, el 95% de las mujeres y 94.4% de los hombres dicen que no. Me hace falta algún pensamiento, el 55% de las mujeres y 88.9% de los hombres dicen que no. Me falta tiempo para mis intereses y pasatiempos, el 61% de las mujeres y el 75% de los hombres dicen que no. Enojón(a), el 61.7% de las mujeres y 52.8 de los hombres dicen que sí. Mi autoestima es baja, el 86.7% de las mujeres y 91.7% de los hombres reportan que no. Me siento incómodo(a) y torpe, el 95% de las mujeres y 97.2% de los hombres reportan que no. Frecuentemente tengo problemas de concentración, el 56.7% de las mujeres y 58.3% de los hombres.

### Área De La Salud Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente

El área de la salud que esta compuesta por un total de 58 reactivos, los cuales corresponden 5 a reactivos positivos, 47 a negativos y 6 a descriptivos en los que plantean diversas situaciones (11) a las que se puede ver expuesto un adolescente con relación al área de la salud. Se describen a continuación cada una de las frecuencias de cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas, (Anexo C Tabla 64):

Los adolescentes refieren algunas de las características relacionadas con la salud en donde el 95% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que no vomitan frecuentemente. El 68.3% de las mujeres y el 97.2% de los hombres dicen que no sufren frecuentemente de dolores de cabeza. Con relación a frecuentemente sufro de dolores de pecho el 96.7% de las mujeres y 97.2% de los hombres dicen que no. El 85% de las mujeres y el 97.2% de los hombres no tienen problemas para respirar. El 78.3% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que no tienen problemas estomacales. El 98.3% de las mujeres y el 100% de los hombres no han padecido alguna infección de tipo sexual. Tengo problemas emocionales describen en el 65% de las mujeres y el 91.7% de los hombres dicen que no han tenido. Con relación a los mareos el 88.3% de las mujeres y el 97.2% de los hombres no los padecen. Mientras que el 83.3% y el 100% de los hombres no han sufrido desmayos. El 90% de las mujeres y el 94.4% de los hombres no sufren de

insomnio. Con relación a paso por largos períodos de enfermedad el 85% de las mujeres y el 100% de los hombres dicen que no les ha sucedido. Frecuentemente tengo que tomar medicinas comentan el 80% de las mujeres y el 100% de los hombres que no las toman. En cuanto a los hábitos que tienen los adolescentes respecto a la salud dicen que en el 68.3% de las mujeres y el 80.6% de los hombres dicen que tienen buen apetito. El 71.7% de las no hace suficiente ejercicio, mientras que el 55.6% de los hombres refiere que si hacen ejercicio. Refieren que el 55% de las mujeres dicen que tienen malos hábitos alimenticios, mientras que el 58.3% de los hombres dicen que no. Asimismo el 80% de las mujeres y el 77.8% de los hombres refieren que no comen demasiado, a su vez el 80% de las mujeres y el 91.7% de los hombres remiten que no les gusta comer.

En lo que respecta al sueño el 85% de las mujeres y el 88.9% de los hombres refieren no tener problemas para dormir. A su vez el 55% de las mujeres y el 61.1% de los hombres dicen que no duermen mucho. El 56.7% de las mujeres remiten que les falta tiempo para relajarse, mientras que el 63.9% de los hombres dice que no. Veo demasiada televisión corresponde al 71.7% de las mujeres y el 69.4% de los hombres no ven demasiada televisión. El 100% de las mujeres el 86.1% de los hombres dice que no pasan mucho tiempo en los videojuegos. Con respecto a los hábitos de fumar, refieren en un 56.7% de las mujeres y el 75% de los hombres que nunca han fumado. Sin embargo, también se reporta que este hábito se presenta principalmente en el nivel de preparatoria en un 58.3% de las mujeres y 69.4% en los hombres. Esto principalmente lo hacen en fiestas los hombres en un 61.1%, mientras que el 56.7% de las mujeres dicen que no lo hacen. Con amigos fuman principalmente en un 55% de las mujeres y el 55.6% de los hombres si lo hacen. En la escuela y en la casa es donde menos fuman.

Respecto a beber alcohol refieren que nunca han tomado el 73.3% de las mujeres y el 77.8% de los hombres. Siendo que el 61.7% de las mujeres y el 55.6% de los hombres comenzaron a beber en preparatoria. Cuando beben regularmente lo hacen en fiestas en un 65% las mujeres y en un 77.8% de los hombres. Respecto a la frecuencia ambos grupos refieren en un 41.7% que beben una vez cada mes. Mientras que el 21.7% de las mujeres y el 36.1% de los hombres refieren beber los fines de semana. Respecto al consumo de medicinas el 60% de las mujeres y el 52.8% de los hombres dicen haber tomado medicina sin ir al médico. El 95% de las mujeres y el 94.4% de los hombres no han tomado medicinas

---

prescritas por el psiquiatra. Respecto al consumo de sustancias como la marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis etc, el 75% e las mujeres y el 63.9% de los hombres dicen que nunca han consumido sustancias.

En general en un alto porcentaje ambos grupos refieren que no han consumido una o más sustancias o haber tenido algún problema con la policía por el consumo de alguna de estas., Asimismo, refieren que sus amigos no consumen este tipo de sustancias y solo el 11.1% de hombres consumió alguna sustancia durante la preparatoria. En cuanto a la asistencia médica refieren en un porcentaje muy alto, la mayoría de los grupos refiere no haber necesitado asistencia profesional de un médico familiar, orientador escolar, psicólogo, psiquiatra, un grupo de autoayuda y un consejero religioso.

#### **Área Sexual Del Inventario Autodescriptivo Del Adolescente**

El área sexual que esta compuesta por un total de 19 reactivos, los cuales corresponden 10 a reactivos positivos, 4 a negativos y 5 a descriptivos en los que plantean diversas situaciones (3) a las que se puede ver expuesto un adolescente con relación al área de la salud. Se describen a continuación las frecuencias de cada una de estas situaciones y los porcentajes más significativos de cada una de ellas, (Anexo C Tabla 65):

En el área sexual, los adolescentes refieren respecto a mis preferencias sexuales, que se sienten atraídos por el sexo opuesto en un 98.3% de las mujeres y el 97.2% de los hombres, considerando entonces en un alto porcentaje que no se sienten atraídos por personas de su mismo sexo y por ambos sexos. Respecto a la información sexual obtenida en un 90% de las mujeres y en un 67.7% de los hombres dicen que por la madre, y en un 55% en las mujeres y en un 61.1% de los hombres por el padre, siendo el puntaje más alto en un 93.3% de las mujeres y en un 80.6% de los hombres dicen que la información obtenida por los amigos, seguida por la televisión o algún otro medio de comunicación (radio, televisión, etc.), en un 86.7% de las mujeres y en un 72.2% en los hombres. Con respecto a su vida sexual no me genera temor las relaciones sexuales en un 81.7% en las mujeres y en un 97.2% en los hombres. En interés de tener relaciones sexuales responden un 51.7% de las mujeres no les interesan, mientras que el 80.6% de los hombres dicen que si

---

---

les interesa. El haber tenido alguna vez relaciones sexuales responden en un 78.3% de las mujeres y en un 69.4% de los hombres dicen que no les interesa. Sin embargo el 11.7% de las mujeres y el 11.1% de los hombres mantienen relaciones sexuales con frecuencia. El haber decidido no tener relaciones sexuales por el momento un 70% de las mujeres y un 58.3% de los hombres reportan que nunca han tenido relaciones sexuales.

### **5.12. CORRELACIÓN DE PEARSON ( $r$ ) ENTRE EL MMPI-A Y EL CUESTIONARIO DE SUCESOS DE VIDA**

Como siguiente análisis se aplicó una prueba estadística de correlación entre las áreas del instrumento de Sucesos de vida con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (MMPI-A), para conocer cual es la relación de los rasgos de personalidad y los Sucesos de vida que pueden afectar a los adolescentes durante su desarrollo. Se consideró un cuestionario de Sucesos de vida de 153 reactivos, de los cuales se identificaron 7 áreas: Familiar, escolar, social, de logros y fracasos, salud, problemas de conducta y personal. Se obtuvieron las correlaciones de cada una de las escalas del MMPI-A con las áreas del cuestionario de Sucesos de vida, con los siguientes resultados:

#### **Escalas Del MMPI-A Y El Área Familiar Del Cuestionario De Sucesos De Vida**

El área familiar (**FAM**) se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el joven. Explora sucesos tales como divorcios, enfermedades, conflictos y problemas.

Al obtener las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .29 a .57. Algunos aspectos de las relaciones familiares se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso de la relación familiar. Los resultados para la muestra femenina, son los

---

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

siguientes: Familiar positivo correlaciona con las escalas (F1) infrecuencia, (HI) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia, (Es) esquizofrenia y la escala de (Ma) hipomanía. El área familiar negativa correlaciona con las escalas básicas y de validez: (F1) infrecuencia, (F2) infrecuencia, (F) infrecuencia, (K) de corrección, (Hs) hipocondriasis, (D) depresión, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia, (Pt) psicostenia, (Es) esquizofrenia, (Ma) hipomanía y la escala de (Is) introversión social, (Anexo D, tabla 66). En el grupo de los hombres adolescentes se obtuvo únicamente correlación en el área familiar positiva con la escala (Hi) histeria y en el área familiar negativa con las escalas (K) de corrección, (Dp) desviación psicopática, (Anexo D, tabla 69).

Con relación a las escalas de contenido y los sucesos del área familiar globalmente se observaron correlaciones que van desde .34 hasta .57. En cuanto al evento familiar positivo se observaron correlaciones en el grupo de adolescentes femeninas en las siguientes escalas: (ANS-A) ansiedad, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (ESC-A) problemas escolares. En familiar negativa con las siguientes escalas: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (ENA-A) enajenación, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (PCO-A) problemas de conducta, (BAE-A) baja autoestima, (FAM-A) problemas familiares, (ESC-A) problemas escolares y en la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 67). En los adolescentes masculinos se observaron correlaciones que van desde .33 a .44, correlacionando con la escala de (PCO-A) problemas de conducta y la familiar negativa con la escala, (DEP-A) depresión y la escala de (FAM-A) problemas familiares, (Anexo D, tabla 70).

En cuanto a las escalas suplementarias en el grupo de adolescentes femeninas se observaron correlaciones que van de .28 a .53. Observando en el familiar positivo correlaciones con las escalas: (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes y la escala de (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas. En cuanto al familiar negativo las relaciones fueron con las escalas: (A-A) ansiedad, (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas y la escala de (INM) inmadurez, (Anexo D tabla 68). En el grupo de adolescentes masculinos se observaron correlaciones desde .33 hasta .36. En el familiar positivo las correlaciones

fueron con la escala (R-A) represión, y en la familiar negativa con la escala de (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (Anexo D, tabla 71).

#### Escalas Del MMPI-A Y El Área Social Del Cuestionario De Sucesos De Vida

El área social (SOC) pretende investigar sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Investiga los roles que desempeña el adolescente en los grupos.

Al obtener las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .29 a .37. Algunos aspectos de las relaciones familiares se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso de la relación familiar. Los resultados para la muestra femenina fueron los siguientes: En el área social positivo no se observaron correlaciona con ninguna de estas escalas. Sin embargo en el área social negativa las correlaciones fueron (Hs) hipocondriasis, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia y la escala de (Es) esquizofrenia, (Anexo D, tabla 66). En el grupo de adolescentes masculinos se obtuvieron correlaciones que van desde .34 a .45. Las correlaciones con el área social positiva fueron con las escalas: (F2) infrecuencia, (F) infrecuencia y la escala de (Ma) hipomanía, (Anexo D, tabla 69). La social negativa correlaciona con las escalas: (L) De mentiras, (K) De corrección y la escala (Pt) psicastenia, (Anexo D, tabla 69).

Con relación a las escalas de contenido y los sucesos del área familiar en el grupo de adolescentes femeninas globalmente se observaron correlaciones que van desde .22 hasta .36. En cuanto al evento social positivo no se observaron correlaciones en este grupo. En el área social negativa se observaron correlaciones en las siguientes escalas: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (ENA-A) enajenación, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (ESC-A) problemas escolares, (Anexo D, tabla 67). En el grupo de adolescentes masculinos las correlaciones fueron desde .36 a .42. En cuanto al social

---

---

positiva las relaciones fueron con las escalas: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad y la escala de (BAE-A) baja autoestima. En la familiar negativa las correlaciones fueron con las escalas: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (SAU-A) preocupación por la salud, (DEL-A) pensamiento delirante, (BAE-A) baja autoestima y la escala de (FAM-A) problemas familiares, (Anexo D, tabla 70).

En cuanto a las escalas suplementarias en el grupo de adolescentes femeninas se observaron correlaciones que van de .26 a .28. En el área social positiva no se observaron correlaciones con estas escalas. Sin embargo en el área social negativa las correlaciones fueron: (R-A) represión y la escala de (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 68). En el grupo de los hombres las correlaciones fueron desde .33 a .39. En cuanto al área social positiva se observan correlaciones con la escala: (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas y en la escala social negativa con la escala de (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (Anexo D, tabla 71).

#### **Escalas Del MMPI-A Y El Área De Logros Y Fracazos Del Cuestionario De Sucesos De Vida**

El área de logros y fracasos (LYF) explora el alcance o no de metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida, así como pérdidas materiales.

Los resultados de las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de Vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .31 a .55. Los sucesos relacionados a los logros y fracasos se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso. Los resultados para la muestra femenina fueron los siguientes: En el área de logros y fracasos positivo no se encontraron correlaciones con estas escalas. En logros y fracasos negativos en las mujeres las correlaciones fueron con las escalas: (F1) infrecuencia, (K) De corrección, (Dp) desviación psicopática, (Mf) Masculinidad-Feminidad, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia, (Ma) hipomanía y la escala de (Is) introversión social, (Anexo D, tabla 66). En los hombres se observaron correlaciones que

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

van desde .33 a .54. En logros y fracasos positivos no se encontraron correlaciones en estas escalas. Con relación a logros y fracasos negativos las correlaciones en las escalas clínicas básicas y de validez fueron: (F1) infrecuencia, (D) depresión, (Dp) desviación psicopática, (Mf) Masculinidad-Feminidad, (Pa) paranoia y la escala de (Pt) psicastenia, (Anexo D, tabla 69).

Respecto a las escalas de contenido las correlaciones en el grupo femenino fueron desde .29 a .51. En los sucesos de logros y fracasos positivos no se encontraron correlaciones en estas escalas. En logros y fracasos negativos las relaciones observadas fueron en las escalas: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (ENA-A) enajenación, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (FAM) problemas familiares, (ESC) problemas escolares y la escala de (RTR) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 67). En los hombres se observaron correlaciones desde .39 a .49. En cuanto a las correlaciones de logros y fracasos positivos en este grupo no se encontró ninguna relación. Sin embargo en logros y fracasos negativos las relaciones en este grupo de escalas fueron: (SAU) preocupación por la salud, (ASL) aspiraciones limitadas y la escala de (ESC) problemas escolares, (Anexo D, tabla 70).

En las escalas suplementarias se encontraron correlaciones que van desde .26 a .47. En cuanto a los sucesos de logros y fracasos positivos, no se encontraron correlaciones en el grupo de adolescentes femeninas. Sin embargo en los negativos las correlaciones fueron con las escalas: (A-A) ansiedad, (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas y la escala de (INM) inmadurez, (Anexo D, tabla 68). En los adolescentes masculinos las correlaciones globales fueron desde .35 a .45. Respecto a logros y fracasos positivos las correlaciones en estas escalas fueron: (A-A) ansiedad y la escala de (INM) inmadurez. En los logros y fracasos negativos las correlaciones fueron: (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes y la escala (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 71).

**v Escalas Del MMPI-A Y El Área De Salud Del Cuestionario De Sucesos De Vida**

El área de Salud (SAL) incluye situaciones de la vida del adolescente relacionadas con sus hábitos e higiene personal, y cómo afectan éstos su salud.

Los resultados de las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .29 a .49. Los sucesos relacionados al área de la salud también se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso. Los resultados para la muestra femenina fueron los siguientes: En el área de salud positiva las correlaciones con las escalas clínicas básicas y de validez fueron: (F2) infrecuencia, (F) infrecuencia, (Hs) hipocondriasis, (D) depresión, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia y la escala de (Is) introversión social. En salud negativa las correlaciones fueron con las escalas: (L) de mentiras, (K) De corrección, (Hs) hipocondriasis, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia y la escala de (Ma) hipomanía, (Anexo D, tabla 66). En los adolescentes masculinos las correlaciones se observaron desde .34 a .44. En cuanto a la salud positiva las correlaciones fueron con las escalas: (F1) infrecuencia y con la escala de (Hi) histeria. En cuanto a la salud negativa las relaciones encontradas fueron con las escalas (F2) infrecuencia y con la escala (F) infrecuencia, (Anexo D, tabla 69).

En el grupo de adolescentes femeninas las correlaciones encontradas en las escalas de contenido en el área de salud las relaciones fueron desde .26 a .46. En la salud positiva en estas escalas las correlaciones fueron en: (ANS-A) ansiedad, (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (ENA-A) enajenación, (ENJ-A) enojo, (PCO-A) problemas de conducta, (BAE-A) baja autoestima, (FAM-A) problemas familiares, (ESC-A) problemas escolares y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento. En la salud negativa fueron con las escalas: (ANS-A) ansiedad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (FAM-A) problemas familiares, (ESC-A) problemas escolares y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 67). En cuanto a la muestra de adolescentes

---

---

masculinos las correlaciones fueron desde .36 a .49. En la salud positiva en este grupo no se observaron correlaciones en este grupo. En la salud negativa se encontraron correlaciones en las escalas: (OBS-A) obsesividad, (DEP-A) depresión, (ENA-A) enajenación, (DEL-A) pensamiento delirante, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 70).

Para las escala suplementarias del grupo femenino las correlaciones fueron desde .25 a .39. En la salud positiva las relaciones encontradas para las mujeres fueron en las escalas (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (RPAD-A) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de (TPAD-A) tendencia a problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 68). En la salud negativa en hombres las relaciones fueron en las escalas: (A-A) ansiedad, (R-A) represión y la escala de (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 71).

#### **Escalas Del MMPI-A Y El Área Personal Del Cuestionario De Sucesos De Vida**

El área personal (PER) se refiere a los eventos que se relacionan con su vida emocional, sexual, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos.

Los resultados de las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .25 a .56. Los sucesos relacionados al área personal también se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso. Los resultados para la muestra femenina fueron los siguientes: En el área personal positiva las correlaciones con las escalas clínicas básicas y de validez fueron: (F1) infrecuencia, (Dp) desviación psicopática y la escala de (Pa) paranoia. En la personal negativa para las mujeres las escalas que correlacionaron fueron: (F1) infrecuencia, (F2) infrecuencia, (F) infrecuencia (.40), (K) de corrección, (Hs) hipocondriasis, (D) depresión, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia y la escala de (Ma) hipomanía, (Anexo D, tabla 66). En los hombres las correlaciones encontradas fueron desde .33 a .57. En cuanto a las correlaciones del área

---

---

## RESULTADOS

José Manuel Pérez Y Fariás

---

personal positiva no se observaron relaciones en este grupo de escalas. En el personal negativo en varones las correlaciones en estas escalas fueron: (F1) infrecuencia, (F) infrecuencia, (K) De corrección, (Hs) hipocondriasis, (D) depresión, (Dp) desviación psicopática, (Mf) masculinidad-feminidad, (Pa) paranoia, (Pt) psicastenia, (Es) esquizofrenia y la escala de (Ma) hipomanía, (Anexo D, tabla 69).

En cuanto a las escalas de contenido en el grupo de adolescentes femeninas las correlaciones fueron desde .26 a .56. En cuanto al área personal positiva las relaciones fueron en las escalas: (ANS-A) ansiedad y con la escala (DEL-A) pensamiento delirante. En el área personal negativa las correlaciones fueron: (ANS) ansiedad, (OBS) obsesividad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (ENA-A) enajenación, (DEL-A) pensamiento delirante, (ENJ-A) enojo, (CIN-A) cinismo, (BAE-A) baja autoestima, (FAM-A) problemas familiares, (ESC-A) problemas escolares y la escala de (RTR-A) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 67). En los hombres en este grupo de escalas las correlaciones fueron desde .34 a .54. En el área personal positiva en este grupo de escalas en los varones no se encontraron correlaciones. En la personal negativa las escalas fueron: (ANS-A) ansiedad, (DEP-A) depresión, (SAU-A) preocupación por la salud, (BAE-A) baja autoestima, (ASL-A) aspiraciones limitadas, (FAM-A) problemas familiares y la escala de (ESC-A) problemas escolares, (Anexo D, tabla 70).

Para las escalas suplementarias en el grupo de adolescentes femeninas se observaron correlaciones globales en el área personal que van desde .26 a .47. En la personal positiva correlacionaron con las escalas: (R-A) represión y la escala de (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes. En cuanto al área personal negativa en las mujeres las correlaciones fueron con las escalas: (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (RPAD-A) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de (TPAD-A) tendencia a problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 68). En cuanto a los hombres las correlaciones globales fueron desde .33 a .55. En el área personal positiva correlacionó con la escala de (INM) inmadurez. En cuanto al área personal negativa en el grupo de adolescentes masculinos correlacionaron con las escalas: (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para Adolescentes, (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de (TPAD) tendencia a problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 71).

---

### Escalas Del MMPI-A Y El Área De Problemas De Conducta Del Cuestionario De Sucesos De Vida

El área de problemas de conducta (PC) se refiere a situaciones que involucran problemas con las autoridades y violación de normas así como sus consecuencias. Involucra desde normas que se refieren a la escuela, hasta las que implican problemas legales.

En cuanto a las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas no se encontraron correlaciones en ninguna de las escalas clínicas básicas y de validez, de contenido y suplementarias de este grupo (Anexo D, tablas 66, 67, 68).

Las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida en la submuestra de adolescentes masculinos mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001. Se obtuvieron correlaciones que van de .33 a .37. Los sucesos relacionados al área de problemas de conducta los sucesos sólo se describen en términos de peso negativo en cuanto al evento o suceso, con los siguientes resultados: (F2) infrecuencia, (F) infrecuencia, (L) De mentiras y la escala de (Dp) desviación psicopática, (Anexo D, tabla 69).

Para las escalas de contenido en hombres las correlaciones fueron desde .34 a .60. En los problemas de conducta negativas las correlaciones con estas escalas en los varones fueron: (PCO-A) problemas de conducta, (ASL-A) aspiraciones limitadas, (FAM-A) problemas familiares, (ESC-A) problemas escolares y la escala de (RTR) rechazo al tratamiento, (Anexo D, tabla 70).

En las escalas suplementarias en el área de problemas de conducta en los hombres adolescentes las correlaciones fueron desde .44 a .60, en donde los problemas de conducta negativos se relaciona con las escalas: (R-A) represión, (Mac-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes y la escala de (RPAD) reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, (Anexo D, tabla 71).

---

---

---

Escalas Del MMPI -A Y El Área Escolar Del Cuestionario De Sucesos De Vida

El área escolar (ESC) se refiere a Sucesos de Vida dentro del contexto escolar en que se desenvuelve el adolescente, que tienen que ver con su desempeño académico, con su relación con maestros, compañeros y cambios dentro del ámbito escolar.

Los resultados de las correlaciones entre las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A y las áreas del cuestionario de Sucesos de vida la submuestra de adolescentes femeninas mostraron niveles de significancia menor o igual al .01 y al .001, como se observa en el Anexo D. Se obtuvieron correlaciones que van de .27 a .34. Los sucesos relacionados al área de escolaridad también se describen en términos de peso positivo o negativo en cuanto al evento o suceso. Los resultados para las mujeres fueron los siguientes: En el área de escolaridad positiva las correlaciones con las escalas clínicas básicas y de validez fueron: (F1) infrecuencia, (Hi) histeria, (Dp) desviación psicopática, (Pa) paranoia y la escala de (Ma) hipomanía. En la escolaridad negativa en el sexo femenino en las escalas clínicas y de validez no se encontraron correlaciones (Anexo D, tabla 66). En el grupo de varones en éste grupo de escalas se observaron, correlaciones que van desde .33 a .43 en el área escolar. En la escolaridad positiva la relación fue con las escalas: (D) depresión, (Hi) histeria y con la escala (Pa) paranoia. En cuanto a la escolaridad negativa la correlación fue con las escalas: (F1) infrecuencia y con la escala (Dp) desviación psicopática, (Anexo D, tabla 69).

En las escalas de contenido para el grupo de adolescentes femeninas, solo se correlaciona la escolaridad positiva con la escala (DEL-A) pensamiento delirante, (Anexo D, tabla 67). Asimismo en este grupo de escalas solo se observó correlación entre la escolaridad negativa y la escala de (ESC-A) problemas escolares, en los hombres (Anexo D, tabla 70).

Para las escalas suplementarias se observa que en las mujeres escolaridad positiva correlacionó con la escala de represión, (Anexo D, tabla 68) y para los hombres, correlacionó escolaridad negativa con las escalas (R-A) represión, (MAC-A) alcoholismo de Mac Andrew para adolescentes, (Anexo D, tabla 71).

# CAPÍTULO VI

## Discusión y Conclusiones

---

269 A

**6.1. DISCUSIÓN**

Con base en el objetivo general de esta investigación que fue establecer una propuesta de confiabilidad y validez a través de un diseño test-retest que permitiera en cuatro mediciones diferentes, obtener la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach y determinar los factores comunes a partir de una matriz de intercorrelaciones en la que se establecieron las correlaciones de todas y cada una de las variables identificadas en 38 escalas (clínicas, de validez, de contenido y suplementarias) del MMPI-A versión al español para adolescentes, (Lucio y Cols., 1998). Esto permitió definir el contenido relevante de cada una de las variables a explorar en el sentido de averiguar la posible asociación existente al aplicar el instrumento con una medición inicial y tres subsecuentes a 7, 14 y 21 días, para poder predecir la estabilidad, la homogeneidad, la seguridad y la predictibilidad de este instrumento de evaluación, de manera que cuando se utiliza, se puedan pronosticar con confianza los aspectos del comportamiento de un individuo. La revisión de estas variables permitió establecer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo a través de la descripción de las características de personalidad obtenidas por medio del instrumento y su relación con las variables edad y sexo. Además se estableció su relación con algunos indicadores de rendimiento académico del adolescente, de nivel escolar de la madre y del padre, de la ocupación de la madre y del padre, del estado civil de la madre y del padre, de sobre quién recae la responsabilidad del sustento económico familiar, de la percepción que tenga el adolescente de su entorno físico-espacial familiar y si recibe apoyo profesional o no.

Con esto se pudieron describir algunos patrones de personalidad o configuraciones que describieron de alguna manera el desarrollo adolescente de una muestra mexicana. Se estudiaron las características del instrumento en relación con los rangos de tiempo en que se aplicaron los retests, (Campbell y Stanley, 1966), tomando en cuenta el desarrollo adolescente. Esto permitió evaluar dichas características a través de un método empírico, en donde la temporalidad fue la base de comparación, de las variables o características en estudio. El uso de esta metodología permitió el entendimiento de las respuestas del adolescente, y al mismo tiempo se pudieron identificar diferencias significativas entre algunas de las escalas en el grupo de adolescentes.

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariós

---

---

Los cuestionarios Sociodemográfico, el Inventario autodescriptivo del adolescente y el de Sucesos de vida para adolescentes, (Lucio, Cols., 2000), permitieron analizar variables relacionadas con los aspectos sociodemográficos y de la familia del adolescente, así como variables referentes a sucesos de vida a los que se enfrenta a diario. En general es poco frecuente en la investigación clínica considerar al mismo tiempo factores de personalidad, sociodemográficos, de sucesos de vida en grandes grupos, de ahí la importancia de proponer un análisis de estos factores en conjunto tomando en cuenta su interacción con la variable temporalidad en un diseño test-retest a cuatro aplicaciones.

A partir de este análisis de los rasgos de personalidad en cuatro grupos por medio del MMPI-A, se llevaron a cabo diferentes pruebas estadísticas que permitieron analizar las hipótesis propuestas para esta investigación y que se describen a continuación:

Con relación a la primera hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la media entre el test y los Retests de las cuatro aplicaciones (1,7,14,21) de las Escalas Clínicas y de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos.** Se acepta la hipótesis alterna, debido a que se encontraron diferencias estadísticamente significativas al nivel de .001 en algunas de las escalas tanto en los hombres como en las mujeres adolescentes. Llama la atención que las principales diferencias en las escalas se ubican a los 21 días, el hecho de que, en la última aplicación las diferencias sean más evidentes, se debe probablemente, a la maduración, es decir, que pudieron influir procesos biológicos o psicológicos que tienen que ver con el factor tiempo, en donde los adolescentes muestran comportamientos relacionados con la descripción de algunas problemáticas que pueden experimentar. En las mujeres, las diferencias se observan en características de introversión-extroversión en las que pueden mostrarse sociables, extrovertidas, expresivas, con una fuerte necesidad de estar rodeado de personas, además de que se integran bien a un grupo, les interesa además tener un buen status, poder y reconocimiento. Los hombres se identifican más como adolescentes precavidos y flexibles, de pensamiento claro y tendientes a actuar más racionalmente. En este sentido Campbell y Stanley, (1966), sugieren que en las pruebas de personalidad se puede percibir un mejor ajuste en los retests o bien el efecto inverso descrito por Windle, (1954), llamado factor de "Deseabilidad social", en donde las aplicaciones a los 7 y 14 días pudo haber influido dicho factor en las respuestas de los

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

adolescentes, contestando de una mejor manera sobre la base del aprendizaje. Estos autores también sugieren tomar en cuenta la reactividad en la aplicación de este diseño, entendiéndose que la prueba generó cambios en el sujeto y que tienen que ver más, con un registro observacional de conductas, que con los puntajes obtenidos en la prueba.

Finalmente, podría decirse que al utilizar la técnica mediante la cual se aplicó el mismo instrumento, dos veces con una separación de tiempo (1,7,14 y 21 días), arrojó datos en términos de estabilidad del mismo, como puede observarse en los puntajes de la media, tienden a incrementarse principalmente en los retest. Por lo tanto, la medición del instrumento puede ser sinónimo de seguridad, consistencia, predictibilidad y exactitud.

En cuanto a la segunda hipótesis que dice: **Existirán relaciones estadísticamente significativas entre el test y cada uno de los Retests de las Escalas Clínicas y de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A en una muestra de adolescentes mexicanos**, se acepta la hipótesis alterna debido a que se encontraron correlaciones estadísticamente significativas al .001 en todas las escalas del instrumento. En este sentido, se observa que los valores de las correlaciones se mantuvieron para cada una de las escalas, lo que quiere decir, que el instrumento guarda una estrecha relación en las características que mide para cada una de ellas. Los valores de las correlaciones son elevados en la mayoría de las escalas, dado que se observan puntajes mayores a .70 y hasta .90 en los tres tipos de escalas en hombres y mujeres para la aplicación de 7, 14 y 21 días, resultados que se han corroborado en otras investigaciones como la reportada por Hathaway y Monachesi, (1963), en el que describen los patrones de respuesta de los adolescentes, encontrando una correlación test-retest en escalas de desviación psicopática (Dp), paranoia (Pa) y la escala de introversión social (Is). Hathaway y Monachesi, (1963), (en Archer, 1992), concluyeron que las correlaciones permiten observar el grado de cambio que puede ocurrir en el perfil del adolescente, además de que refleja la organización de la personalidad. Sugieren también que la estabilidad de los perfiles de los adolescentes tiende a incrementarse cuando el valor de la calificación T esta sustancialmente elevada.

Otro estudio en donde se han analizado las escalas a través de intercorrelaciones es el desarrollado por Ampudia, (1998), quien reporta las relaciones de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias en un grupo de adolescentes de ambos sexos

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

comparando grupos psiquiátricos con normales, obteniendo valores mayores a .70, en las correlaciones de la mayoría de las escalas.

En general, los hallazgos de otras investigaciones han mostrado patrones de correlación entre las escalas que han sido marcadamente similares a los reportados en este estudio. Usando una metodología similar, Archer, Gordon, Anderson y Giannelli, (1989), también investigaron los correlatos clínicos de algunas de las escalas suplementarias como la escala de alcoholismo de MacAndrew, las escalas de ansiedad y represión de Welsh y la escala de fuerza del yo de Barron, en el que se indican patrones de descripciones clínicas relevantes y que eran consistentes con los resultados de otros estudios.

Butcher y Cols., (1992), (en Lucio y Cols, 1998), llevaron a cabo un estudio de test-retest con sujetos de la muestra normativa (45 hombres y 109 mujeres) en donde reportan correlaciones de test-retest para las escalas clínicas y de validez del MMPI-A. Sugieren en sus resultados que el rango de correlaciones del test-retest de las escalas clínicas es comparable a las correlaciones del test-retest en adultos, (Butcher y Cols., 1989), especialmente en las escalas de depresión (D), desviación psicopática (Dp), masculinidad-feminidad (Mf), esquizofrenia (Es) y la escala de introversión social (Is), en las que se modificaron especialmente los reactivos obsoletos o de contenido poco conveniente. El impacto de estos cambios y la eliminación de reactivos afectó la confiabilidad de las escalas en forma mínima.

Asimismo, los autores mencionan que los datos de confiabilidad y el error estándar típico al medir las escalas básicas son de cuatro a seis puntuaciones T, cuando un sujeto responde el MMPI-A dos veces, dentro de un breve período de tiempo. Además refieren, que si su estado emocional se mantiene constante aproximadamente el 50% del tiempo, tendría puntuaciones en las escalas básicas dentro de un rango más o menos similar a las puntuaciones originales.

Butcher y Cols., (1998), llevaron a cabo un estudio similar de test-retest donde reportan correlaciones en población hispánica de E.U.A. con adolescentes de ambos sexos en donde las correlaciones mayores a .70 fueron en las escalas de infrecuencia (F1) y (F), (L) de mentiras, (K) de corrección, hipocondría (Hs), desviación psicopática (Pd), paranoia

---

---

(Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Es), hipomanía (Ma) y la escala de introversión social (Is).

Para las escalas de contenido reportan también correlaciones elevadas en ambos sexos mayores a .70 en las escalas de: Ansiedad (Ans-A), obsesividad (OBS-A), enajenación, depresión (DEP-A), (ENA-A), pensamiento delirante (DEL-A), enojo (ENJ-A), cinismo (CIN-A), problemas de conducta (PCO-A), baja autoestima (BAE-A), incomodidad en situaciones sociales (IS-O-A), problemas familiares (FAM-A), problemas escolares (ESC-A) y la escala de rechazo al tratamiento (RTR-A).

Con respecto a las escalas suplementarias de ambos grupos las correlaciones mayores a .70 fueron en: Reconocimiento de problemas de alcohol y drogas (RPAD), inmadurez (INM), ansiedad (A-A) y la escala de represión (R-A).

En este sentido Archer, (1992), reporta que en las escalas suplementarias en adolescentes los coeficientes de correlación del test-retest de una semana para la escala del INM (inmadurez) han sido de .83 en sujetos femeninos y de .75 para sujetos masculinos y correlaciona negativamente con adolescentes normales como en grupos clínicos. La diferencia por sexo es consistente con un meta-análisis realizado por Cohen y Cols, (1991), quien, utilizando la prueba de Frases incompletas del desarrollo del Yo, este autor encontró consistentemente una mayor maduración en las muchachas que en los muchachos adolescentes.

Con respecto a las escalas clínicas básicas, en este estudio, los puntajes de la escala de inmadurez (INM) muestra la correlación más alta con las escalas de infrecuencia (F), desviación psicopática (Dp) y la escala de esquizofrenia (Es) del MMPI-2, medidas que tradicionalmente han mostrado los mayores puntajes de correlación en adolescentes, como es referido en los estudios de Archer, (1984, 1987). Es importante señalar que en general las correlaciones más elevadas se encontraron a 1-14 principalmente en los hombres, lo que permite sugerir que para obtener mayores resultados, sería conveniente utilizar el instrumento en periodo test-retest de 1-14 días.

En cuanto a la tercera hipótesis que dice: **La Consistencia Interna se mantiene entre el test y los Retests en cuatro mediciones repetidas (1, 7, 14 y 21 días) en las Escalas Clínicas, de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A en un grupo de**

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

adolescentes de sexo masculino y femenino. Se acepta la hipótesis alterna debido a que la prueba estadística de consistencia interna a través del alfa de Cronbach de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A entre el test y los retests permitió demostrar que los coeficientes alfa de Cronbach en la mayoría de las escalas fueron elevados tanto en el grupo de las mujeres como en el de los hombres.

Estos resultados se corroboran con otros estudios como el de Butcher y Cols., (1992), (en Lucio y Cols., 1998), quienes obtienen altos coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach, (Cronbach, 1951), en las escalas básicas clínicas y de validez del MMPI-A, en muestras normativas de adolescentes. A pesar de que la mayoría de las escalas básicas se derivaron mediante el método empírico de selección de reactivos, muchos de éstos demostraron tener una fuerte consistencia interna.

Asimismo, Stein y Cols., (1998), analizaron la estabilidad de las escalas del MMPI-A a largo plazo a través de obtener la consistencia interna de las escalas encontrando concordancia con estudios previos, observando un ligero incremento en la estabilidad de las escalas clínicas.

Ampudia, (1998), obtuvo la consistencia interna a través del alfa de Cronbach de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A para determinar si el instrumento era válido en una muestra clínica de adolescentes anormales y normales mexicanos. En el estudio se compararon con los datos obtenidos en la muestra clínica y normativa norteamericana, (Butcher y Cols, 1992), en hombres y mujeres. Al comparar los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas básicas y de validez de los cuatro grupos, se observaron correlaciones elevadas, mayores de .70, en los adolescentes. En los coeficientes de correlación para las escalas de contenido y suplementarias también se obtuvieron resultados similares.

Butcher y Cols., (1998), reportan que en adolescentes hispano-norteamericano los coeficientes de correlación alfa de Cronbach, son mayores a .70 principalmente en las escalas de infrecuencia, hipocondriasis, psicastenia, esquizofrenia y la escala de introversión social.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

En este estudio se observó que en la mayoría de las escalas se mantienen los valores de la correlación a 1-7-14-21; sin embargo, en algunas de ellas como preocupación por la salud, aspiraciones limitadas y tendencia a problemas de alcohol y drogas, los valores tienden a observarse más bajos que el resto de las escalas, esto sugiere que se deben analizar si los reactivos de las mismas son adecuados para población mexicana, como han sido reportados en otros estudios en grupos de adolescentes mexicanos, (Lucio y Cols., 1998; Ampudia, 1998).

Con relación a la cuarta hipótesis que dice: **Se determinará la estructura factorial de las Escalas Clínicas, de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A del test en una muestra de adolescentes mexicanos.** Se acepta la hipótesis alterna debido que fue posible identificar los factores de personalidad en el grupo de adolescentes mexicanos, identificando cuatro factores para las escalas básicas clínicas y de validez, dos factores para las escalas de contenido y en el caso de las escalas suplementarias se encontraron dos factores para el sexo masculino y un solo factor en el grupo de adolescentes femeninas. En general la estructura factorial fue similar a 1-7-14-21 días, tanto en el test como en los retests.

En las escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-A en las adolescentes mujeres las escalas que se registraron en el factor I, Ideación Psicótica, fueron las de hipocondriasis, histeria, paranoia, psicastenia y esquizofrenia, que en la mayoría de los estudios se define como un factor de ansiedad general o desadaptación general, (Lucio y Cols., 1998). En los hombres las escalas que se identificaron como constantes fueron la de F de infrecuencia, paranoia y esquizofrenia. Como se puede observar en este estudio, la estructura factorial obtenida, fue similar a los hallazgos de los estudios previos de análisis factorial, en donde las escalas que se identificaron en este factor, son las que típicamente se han agrupado como componentes de este y que han sido reportados en estudios como los de Butcher y Cols., (1992); Lucio y Cols., (1998) y Ampudia, (1998), en el análisis de los componentes principales, reporta una estructura similar en este factor identificando escalas como la de infrecuencia (F, F2), hipocondriasis, paranoia y esquizofrenia en grupos de adolescentes psiquiátricos, sin embargo, solamente la escala de paranoia y la de esquizofrenia aparecen en la estructura factorial de la muestra de adolescentes normales. El primer factor de

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

desadaptación general, se caracteriza por cargas elevadas en la mayoría de las escalas como se ha encontrado en la mayoría de los estudios.

En el segundo factor, de preocupaciones neuróticas ha sido frecuentemente referido al control excesivo o a la represión, (Welsh, 1956), y que en este estudio se identificaron para las mujeres, las escalas clínicas y de validez L de mentiras, K de corrección, depresión, hipomanía e introversión social, teniendo en común las escala de L de mentira e Hipomanía (Ma), con los estudios factoriales de Butcher y Cols., (1998). En el caso de las escalas K, e Introversión Social (Is), se identificaron en los estudios realizados por Lucio y Cols., (1998). En los hombres los factores que se observaron para este estudio fueron la escala L de mentira, K de corrección y psicastenia. El segundo factor de control excesivo, se ha caracterizado por cargas elevadas en las escalas L de mentira, y K de corrección, en los hombres y que ha sido reportado por Lucio y Cols., (1998); Butcher y Cols., (1998).

Ampudia, (1998), en este factor, reporta que en las mujeres normales, se configura diferente que en el grupo psiquiátrico. En las adolescentes normales corresponde al factor de preocupaciones neuróticas integrado por las escalas de hipocondriasis, depresión, psicastenia e introversión social, que se relaciona con características de ansiedad, aprensión y tensión, con la autocrítica y tendencia a la perfección, con los sentimientos de inferioridad e inseguridad. También se relaciona con el autocontrol emocional e Insatisfacción sentimental, introspección, pérdida de autoconfianza, con la ambivalencia en la toma de decisiones y la rigidez y moralidad. La autora señala también que las diferencias entre adolescentes psiquiátricos y normales se deben sólo a que los adolescentes normales pueden presentar principalmente reacciones de ansiedad, y problemas de relación, sin llegar a presentar problemas de adaptación grave.

En el tercer factor se identificaron en las mujeres las escalas de infrecuencia (F) y la escala de desviación psicopática, factor que se ha referido como desórdenes de la personalidad. Mientras que en los hombres se identificó solamente la escala de masculinidad-feminidad, denominado identificación del rol de género y que ha sido reportado en estudios de Lucio y Cols., (1998); Butcher y Cols., (1998). Ampudia, (1998), reporta que en grupos psiquiátricos de mujeres el factor III corresponde a las preocupaciones neuróticas y estuvo compuesto por la escala L de mentira y de histeria, y

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

describe a los adolescentes como dependientes, poco asertivos e incapaces de modificar rápidamente sus conductas, debido a que buscan satisfacer las expectativas y demandas sociales. En las mujeres normales, este factor corresponde a los desórdenes de la personalidad, y estuvo integrado por las escalas L de mentira, la escala que evalúa los recursos y la de histeria, la cual describe a jóvenes que presentan patrones de reacción excesiva ante el estrés, que con frecuencia implica el desarrollo de síntomas físicos. Son adolescentes que no muestran problemas sociales y son amistosas, además se pueden desempeñar adecuadamente en el ámbito educativo.

En el factor cuatro para las mujeres, se identificó la escala de masculinidad-feminidad, (Mf) que corresponde a la identificación del rol de género y que ha sido reportado en estudios de Lucio y Cols., (1998); Butcher y Cols., (1998) y Ampudia, (1998). En los hombres este factor puede ser identificado como desórdenes de la personalidad, en donde se observaron escalas como hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, hipomanía e introversión social. Estos datos han sido similares a los encontrados por Ampudia, (1998), en cuanto a las escalas de depresión e histeria. Lucio y Cols., (1998), comparten en cuanto a las escalas de depresión e introversión social. Los factores tercero y cuarto son mejor descritos bajo los parámetros de las escalas introversión social y masculinidad-feminidad respectivamente, (Lucio y Cols., 1998).

Los datos de las muestras normativas en el MMPI-A para adolescentes varones y mujeres, se han sometido por separado al análisis de componentes principales con la rotación de varimax. La prueba de la ladera, mostró que la solución de cuatro factores era adecuada tanto para los hombres como para las mujeres. Los resultados de estos estudios sugieren que la estructura factorial de las escalas del MMPI es similar en adolescentes y en adultos, (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1975; Butcher y Pancheri, 1976).

Con base a los resultados obtenidos en el análisis factorial, Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath y Kaemmer, (1992), sugieren que es importante evaluar la estructura factorial de las escalas, puesto que estas mediciones se incorporan al MMPI-A por ser comparables con las escalas para adolescentes con un comportamiento tradicional y, en consecuencia, su estructura factorial debería ser similar en los estudios previos de análisis factorial. Existen pocos estudios de análisis factorial del MMPI-A con

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

muestras de adolescentes. Los estudios que han valorado este aspecto son los de Archer, (1984) y Archer y Klinefelter, (1991), que sugieren que la estructura factorial de las escalas del MMPI es similar en adolescentes y en adultos. En general, los resultados de los estudios de estos autores produjeron patrones factoriales que son razonablemente consistentes con los derivados de los hallazgos del análisis factorial en muestras de adultos.

En México sólo existe el estudio sobre análisis factoriales para el MMPI-A, realizado por Lucio y Cols., (1998), quien al obtener las normas para la población adolescente llevó a cabo análisis de la confiabilidad y validez del instrumento; y el análisis factorial con la muestra normativa. No obstante los resultados obtenidos en esta investigación son muy similares a los reportados por autores como Butcher y Cols., (1998); Lucio y Cols., (1998) y Ampudia, (1998); sin embargo los factores encontrados en el grupo de las mujeres resultaron diferentes para esta investigación.

Es importante resaltar que en cuanto a los análisis factoriales de las escalas clínicas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota sí hubo parámetros de comparación, no siendo así para las escalas de contenido y suplementarias dado que no existen estudios publicados donde se reporte el análisis factorial de estas escalas. Esto, por un lado, hace difícil establecer comparaciones entre los resultados de este estudio con otras investigaciones, y por otro nos permite reportar los primeros análisis factoriales con las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A, mismos que se discuten a continuación.

Con relación a los resultados obtenidos mediante el análisis factorial en las escalas de contenido, se encontraron dos factores en ambos sexos. El factor I para las mujeres, que corresponde a problemas de adaptación general, se identificaron las escalas de ansiedad, obsesividad, depresión, problemas de salud, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta, problemas familiares y la escala de problemas escolares. El factor II corresponde a los problemas de adaptación social, en donde se identificaron las escalas de enajenación, baja autoestima, aspiraciones limitadas, incomodidad ante situaciones sociales y la escala de rechazo al tratamiento.

En cuanto a los datos obtenidos para la muestra de adolescentes masculinos se observaron también dos factores, en donde el agrupamiento de las variables con mayores cargas factoriales fue para el factor I denominado problemas de adaptación general, en

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

clínica de 266 hombres, 92 mujeres. En sus resultados reporta dos factores para la muestra masculina y un factor para la muestra femenina. Estos fueron mala adaptación general y problemas de externalización. En este estudio se puede observar que en test-retest, la estructura factorial es similar a 1, 7, 14 y 21 días, lo que indica que en las escalas los factores pueden permanecer a través del tiempo.

Con respecto a los resultados obtenidos mediante el análisis factorial en las escalas suplementarias, se encontró en el grupo de adolescentes femeninas, un factor denominado problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas, en donde se identificaron las escalas de ansiedad, represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de tendencia a problemas de alcohol y drogas. Algunos descriptores asociados a estas escalas indican que son adolescentes que tienden a ser convencionales, un tanto sumisos y que procuran evadir situaciones displacenteras o desagradables. Asimismo, se puede observar que los factores tienden a ser similares para este grupo en el test-retest, encontrando que la estructura factorial de las escalas se mantiene cuando se aplica a 1, 7, 14 y 21 días. Datos similares han sido descritos por Archer, Gordon, Anderson y Giannetti, (1989), quienes llevaron a cabo investigaciones sobre las escalas de ansiedad y represión con una muestra de pacientes adolescentes internos. Estos autores encontraron patrones de correlación altamente consistentes con los derivados de los estudios con adultos. Los descriptores en los adolescentes han sido asociados a comportamientos ansiosos, temores y miedos que experimentan los jóvenes. Pueden ser propensos a creerse culpables y autocríticos, aunque tienden a ser controlados e inhibidos, pero menos espontáneos que otros adolescentes. Es posible que los resultados obtenidos en la estructura factorial del grupo de las mujeres no permita hacer una diferenciación sobre los comportamientos relacionados con el uso y abuso de alcohol y drogas y los problemas de ansiedad e inmadurez de los adolescentes, debido a que los componentes de la estructura factorial de todas las escalas se agruparon en un solo factor y que además fue encontrado en la estructura factorial del test-retest.

Con relación a la estructura factorial del grupo masculino se encontraron dos factores tanto en el test como en el retest. El factor I que corresponde a problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas, e integrado por las escalas de represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas y la escala de tendencia a

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

donde se identifican las escalas de ansiedad, obsesividad, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta y la escala de problemas escolares. El factor II que corresponde a los problemas de adaptación social, en donde se identificaron las escalas de depresión, problemas de salud, enajenación, baja autoestima, aspiraciones limitadas, Incomodidad ante situaciones sociales, problemas familiares y la escala de rechazo al tratamiento.

Algunos de los descriptores que pueden estar asociados a las escalas que identifican al factor I parecen evaluar tanto la desadaptación general, como síntomas específicos, (Lucio y Cols., 1998), y que pueden ser indicadores de algunos problemas para concentrarse y de incapacidad para mantenerse ocupados en una tarea. Pueden ser adolescentes que perciben que la vida es difícil para ellos y creen que sus dificultades son insuperables. Se preocupan porque consideran y sienten que un suceso negativo puede ocurrir. Además, parecen darse cuenta de sus problemas y de que son diferentes a otros adolescentes. Sus preocupaciones parecen estar relacionadas con algunas dificultades para tomar decisiones y frecuentemente muestran tensión ante la necesidad de hacer cambios en sus vidas. Reportan que a veces la gente les pierde la paciencia y pueden frecuentemente arrepentirse de lo que han dicho. Es probable que presenten algunas dificultades escolares. Además, de que son adolescentes que pueden mostrar algunos comportamientos relacionados con irritabilidad, son impacientes con los demás y pueden hacer berrinches con tal de conseguir lo que desean. Son temperamentales y frecuentemente tienen que cambiar sus reacciones para convencer a alguna persona, debido a que creen que es más seguro no confiar en nadie, puesto que la gente se hace de amigos sólo para utilizarlos. Suponen que los demás en el fondo no les gusta ayudar a la gente, y están alerta cuando las personas se comportan más amigable de lo que esperan. Se sienten incomprendidos por los otros y piensan que los demás están celosos de ellos. Parece ser que encuentran en las amistades el único aspecto satisfactorio en cuanto a sus relaciones.

Cabe mencionar que son pocos los estudios reportados de la estructura factorial de las escalas de contenido, excepto el reportado por McCarthy y Archer, (1998), en el que a través de un estudio de análisis factorial de las escalas de contenido del MMPI-A, realizó un análisis por reactivo y por escalas, en el que identificó e interpretó la estructura factorial al nivel de escalas, en la muestra normativa de 805 hombres y 92 mujeres y una muestra

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

problemas de alcohol y drogas. Las investigaciones sobre estas escalas con adolescentes, han sido más extensas que las investigaciones sobre otras escalas suplementarias (Wolfson y Erbaugh, 1984; Wisniewski y Cols., 1985; Andrucci, Archer, Pancoast y Gordon, 1989; Archer y Cols., 1989; Gottesman y Prescott, 1989; Gantner y Cols., 1992). Los descriptores asociados, sugieren además la posibilidad de problemas de abuso de sustancias, se refieren a personas que son socialmente extravertidas, exhibicionistas y que les gusta correr riesgos. Las puntuaciones más bajas se presentan en sujetos que tienden a ser introvertidos, tímidos y con poca confianza en sí mismos.

El factor II corresponde a los problemas de ansiedad e inmadurez, y se integra por las escalas de ansiedad, y la escala de inmadurez. Archer, Pancoast y Gordon, (1994), exploraron la relación entre maduración, utilizando el concepto de desarrollo del Yo de Loevingers, (1976), y las respuestas de adolescentes al MMPI con el objetivo de determinar el grado en el cual el adolescente refiere conductas, actitudes y percepciones de sí mismo y que reflejan inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva, conciencia de sí mismo, juicio adecuado y control de impulsos.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto a la estructura factorial y sus componentes en estas escalas no son comparables con otros estudios debido a que en la literatura, la investigación se ha orientado principalmente a describir las escalas, por lo tanto, es necesario realizar mayores estudios sobre la estructura de las mismas.

Con relación a la quinta hipótesis que dice: Existirán diferencias en los puntajes de las Escalas Clínicas, de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A dependiendo de la edad. Se acepta la hipótesis alterna debido a que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las escalas del MMPI-A principalmente en los hombres en los tres grupos de escalas. En las mujeres sólo se encontró en la escala clínica de depresión. Se observa que en las características de personalidad en los perfiles de los adolescentes a través del tiempo, específicamente en los varones en el nivel de edad de 14 años, en donde los valores de los puntajes T tienden a ser más elevados y por lo tanto suelen disminuir en etapas posteriores del desarrollo. Se puede apreciar que en algunas de las escalas básicas y de validez, las calificaciones de puntaje T en los varones varían de 3 hasta 11 puntos de diferencia entre las escalas, siendo las más significativas la escala de

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Farías

Inconsistencia de respuestas variables (VRIN), las escalas de infrecuencia (F1, F2 y F), L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis (Hs), depresión (D), desviación psicopática (Dp), masculinidad-feminidad (Mf), psicastenía (Pt), esquizofrenia (Es), hipomanía (Ma) y la escala de introversión social (Si).

A continuación se describen los perfiles para cada nivel de edad en el grupo de jóvenes masculinos:

### PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A

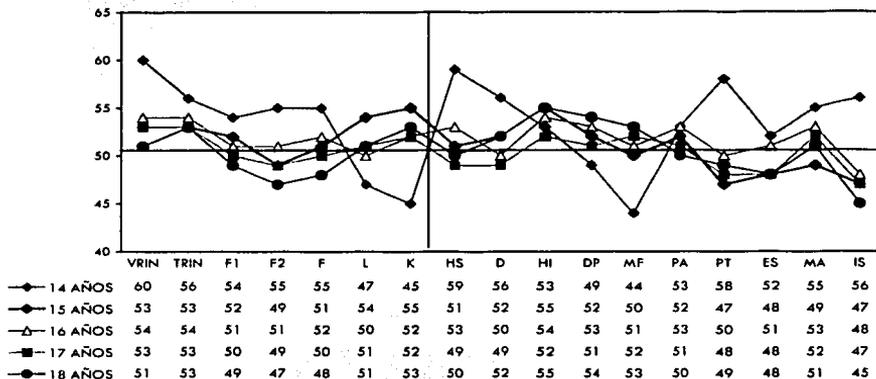


FIGURA 5.

Se puede observar que los puntajes para cada nivel de edad tienden a modificarse a través del proceso del desarrollo adolescente como lo demuestran los siguientes códigos:

14 años:     1 7 2 0 9 6 3 8 / 4 5 :     F / L K :

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Con relación a la clave del perfil se observa que los puntajes en general de todos los grupos, tienden a ubicarse en un nivel normal, siendo el nivel de edad de 14 años el que tiende a elevarse mayormente, especialmente en las escalas de inconsistencia de respuestas variables (VRIN), hipocondriasis (Hs) y la escala de psicastenia (Pt), esto sugiere que este grupo de jóvenes tiende a mostrar mayor ansiedad, constante preocupación por su salud física o su cuerpo. Tienden a mostrarse un tanto tensos, nerviosos, no obstante pueden tener algunas manifestaciones depresivas además de que pueden ser jóvenes ensimismados, temerosos e inhibidos. Esto puede explicarse porque son adolescentes que inician o que entran a la etapa adolescente. A pesar de las tensiones a las que se encuentra sometido el adolescente normal, Kendal y Cols., (1990), refieren que éste logra vivir esta etapa del desarrollo con una buena capacidad de transacción. Aún con fricciones que habrán de existir con los padres y con el mundo de los adultos, y con conductas que produzcan cierta extrañeza en éstos, la adolescencia normal sigue su curso sin que el individuo se aparte mayormente de una línea aceptable.

15 años:      3 2 4 6 1 / 9 8 7 0 : K L F /

16 años:      3 2 4 6 9 5 8 2 7 / 0 : F K L /

Con relación al grupo de adolescentes de 15 y 16 años, es muy similar la configuración del código del perfil en donde tienden a predominar las escalas de histeria (Hi), depresión (D), desviación psicopática (Dp) y la escala de paranoia (Pa). Las características de personalidad que describen a estos grupos etarios, se relacionan con una mayor necesidad de reconocimiento externo y búsqueda de apoyo. Asimismo se aprecian algunos elementos relacionados con cierto pesimismo acerca de sí mismo, pero que se compensa con actitudes narcisistas y egocéntricas típicas de esta edad, debido que es un mecanismo al que el adolescente tiende a recurrir para protegerse de las presiones externas, (Blos, 1990). No obstante, la configuración de ambos grupos describe a jóvenes adaptados, sin embargo, parece ser que en el grupo de 16 años los adolescentes se perciben con mayores problemas y con mayores tensiones que manejan a través de respuestas de una constante actividad y despliegue de energía, (Lucio y Cols., 1998).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Farías

17 años:      3 5 9 4 / 2 1 7 8 0 :      K L F /

En el grupo de edad de los 17 años las características que se describen se relacionan con jóvenes abiertos, comunicativos, tendientes a la acción, aspecto que puede observarse por su búsqueda de nuevas sensaciones y nuevos retos, sin embargo también se describen como adolescentes sensibles, y necesitados de atención. Pueden apreciarse algunas características egocéntricas, seguramente porque en este nivel de edad, se deben reasegurar los aspectos de la identidad y del auto concepto que permita la búsqueda de alternativas tanto para sí mismo como para su entorno, que reditúen en una selección de opciones en las que el adolescente deberá entender su estructura futura.

18 años:      3 4 5 2 9 1 / 7 8 0 :      K L F /

### PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A

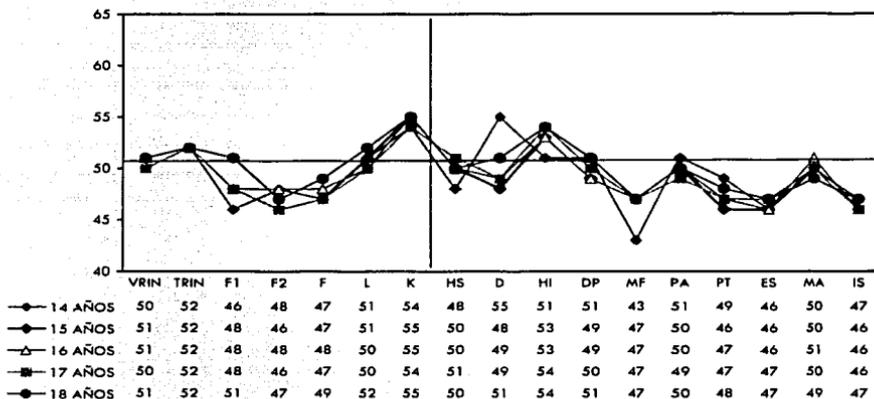


FIGURA 6.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Farías

Con relación a este grupo de edad, se puede observar que la configuración es muy similar a las puntuaciones obtenidas en las normas para adolescentes utilizadas en adolescentes normales, (Butcher y Cols., 1998; Lucio y Cols., 1998). Se aprecia que en este nivel de edad, los adolescentes tienen a percibirse con menos problemática, y con mayores recursos para resolver los conflictos. Se describen como jóvenes estables, entusiastas, con una gran cantidad de intereses y que probablemente los sitúan como el inicio de nuevos logros académicos.

Con relación al grupo de adolescentes femeninas la configuración de los perfiles de acuerdo a la edad, se observa en la figura 6, un tanto diferente a los grupos de jóvenes masculinos. Se puede apreciar que en algunas de las escalas básicas y de validez, las calificaciones de puntaje T en los varones varían de 0 hasta 7 puntos de diferencia entre las escalas, siendo las más significativas la escala de depresión (D), F1 de infrecuencia y la escala de Masculinidad-Feminidad (Mf) en el nivel de 14 años. A continuación se describen los perfiles para cada nivel de edad en el grupo de jóvenes femeninas:

Se puede observar que los puntajes para cada nivel de edad, no tienden a modificarse de manera importante a través del proceso del desarrollo adolescente en el grupo de adolescentes femeninas, como lo demuestran los siguientes códigos:

14 años: 2 3 4 6 9 / 7 1 8 0 5 : K L / F :

Se puede observar que en estos grupos etarios, los perfiles de las adolescentes femeninas son muy similares y se encuentran dentro de la normalidad estadística, además de que no se aprecian grandes diferencias entre los niveles de edad. Sin embargo, al igual que en los varones, el grupo de 14 años, tiende a mostrar ciertas características relacionadas con pesimismo, miedos y cierta sensación negativa al visualizar el mundo que las rodea, también perciben el futuro como incierto, aunque tienden a enfrentar sus conflictos y se sienten con la capacidad de resolverlos. También existe una cierta necesidad de sentirse el centro de atención y se muestran, en ocasiones, como un tanto sobreactuadas en la manifestación de sus emociones. Tienden a defenderse de la angustia mediante manifestaciones de energía que, a veces se manifiesta con la actividad. También tienden a ser un tanto manipuladoras y generalmente logran sus objetivos a través de mostrarse coquetas y seductoras, les gusta llamar la atención y ser consideradas para todo. Tienen

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

habilidad para establecer relaciones interpersonales, con un buen nivel de empatía, parece ser que sus reacciones están en función de la cantidad de atención que obtienen de los demás.

15 años: 3 1 6 9 / 4 2 5 7 8 0 : K L / F :

Los jóvenes de este nivel de edad se perciben a sí mismos como entusiastas, con buen nivel de empatía, aunque parece que les preocupan algunos aspectos físicos, que están asociados probablemente al proceso del desarrollo y son integrados como respuestas somáticas, que les permiten justificar sus fallos. Es posible que estén asociadas también a la sensibilidad con que pueden enfrentar el ambiente, ante el cual reaccionan con cierta suspicacia y recelo. Buscan constantemente ayuda y apoyo de los demás. Se aprecia también que pueden ser jóvenes que tienen recursos para resolver sus problemas.

16 años: 3 9 1 6 / 2 4 5 7 8 0 : K L / F :

Para este grupo de edad las adolescentes, se muestran más activas, es probable que sus reacciones se orientan a la búsqueda de logros y metas, incluso pueden apreciarse algunas conductas orientadas a la acción, se muestran más activas, con muchas ideas y es probable que tomen más riesgos en otros niveles de edad. Pueden establecer buenas relaciones con los demás, sin embargo es probable que se relacionen en la medida que pueden obtener algo de las personas. No admiten sus problemas, pero sienten que pueden darles solución en caso de tenerlos.

17 años: 3 1 4 9 / 2 6 7 8 5 0 : K L / F :

Con relación a este nivel de edad, las adolescentes femeninas, se muestran empáticas, con un buen nivel de relaciones, pero también se preocupan por algunos aspectos físicos que les permiten justificar sus errores. Se muestran activas, con intereses que probablemente se reflejan en la búsqueda de nuevas acciones. Su perfil en general tiende a ubicarse en la media estadística, y no perciben situaciones de problemas, más bien parece que tienden a negarlos o a evadirlos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

18 años: 3 2 4 1 6 / 9 7 5 8 0 : K L / F :

Para este nivel de edad, parece ser que son jóvenes que se sienten seguras, confiadas, con intereses, pero existen probablemente un cuestionamiento acerca de lo que quieren lograr. Esto puede estar asociado a la búsqueda de nuevas metas o a un cuestionamiento acerca de lo que quieren ser, esto les preocupa y puede generarles algunas reacciones pesimistas acerca de su futuro.

En algunos estudios sobre las características del adolescente se ha encontrado una relación entre la edad y los puntajes obtenidos en el inventario, como es el estudio de Oldenburg, (1998), quien analizó la relación entre edad y los puntajes de la prueba en una muestra clínica, llegando a la conclusión que efectivamente podría arrojar perfiles ciertos en cuanto a las edades y el desarrollo adolescente en una muestra normal. En sus resultados sugieren que cuando el instrumento es utilizado adecuadamente, se pueden hacer inferencias que pueden ser aplicables a poblaciones clínicas.

Otros estudios donde se han reportados las normas son los de Marks y Briggs, (1972); Dahlstrom y Cols., (1972); Marks, Seeman y Haller, (1974) y Archer, (1987). Se reportó que las normas para adolescentes de Marks y Briggs, (1972), estaban basadas en las respuestas de aproximadamente 1,800 adolescentes normales, reportadas separadamente para hombres y mujeres en grupos por edad de 17, 16, 15 y una categoría de 14 años y menos. Los tamaños de la muestra utilizados para crear estas normas quedó constituida por 166 hombres y 139 mujeres de 17 años de edad, a 271 hombres y 280 mujeres de edades de 14 años y menores. Estas normas para adolescentes de Marks y Briggs, (1971), estaban basadas en las respuestas de 720 adolescentes seleccionados de los datos recopilados por Hathaway y Monachesi, (1963), (en Archer, 1992), en la muestra estatal de Minnesota, combinadas con datos adicionales de 1,046 adolescentes recopilados durante 1964 a 1965 en seis estados: Alabama, California, Kansas, Missouri, Carolina del Norte y Ohio. Marks y Briggs, (1972), reportaron que esta muestra consistía en adolescentes blancos que no estaban recibiendo tratamiento por problemas emocionales al momento de su evaluación con el MMPI. Mucha de la investigación que se ha realizado en el uso del MMPI con adolescentes, se ha basado en el conjunto normativo de Marks y Briggs, (1972). Al igual que las normas para adultos originales del MMPI las desarrolladas por

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

Marks y Briggs, (1972), contemplaban la conversión de puntuaciones crudas a puntuaciones T usando el procedimiento de transformación lineal estándar.

Frye, (1998), en su estudio sobre la detección de adolescentes con serios problemas de conducta con el MMPI-A plantea que mediante algunas escalas del instrumento se podría detectar este problema, tales como: Hipocondriasis, depresión, desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia, hipomanía, de las escalas de contenido preocupación por la salud, depresión, baja autoestima, aspiraciones limitadas, problemas escolares y la escala suplementaria de inmadurez. Las diferencias entre las muestras normativas y las normales fueron significativas, después de haberse llevado a cabo un análisis de varianza multivariado. En especial las escalas de paranoia, desviación psicopática y esquizofrenia discriminaban muy bien.

Las investigaciones preliminares sobre la escala inmadurez, (Archer, Pancoast y Gordon, 1994), en una muestra de pacientes adolescentes internos, indican que los puntajes altos en esta escala, se asocian con una incidencia alta de dificultades académicas, así como con desobediencia, desafíos y conductas antisociales para ambos sexos. Sin embargo, los hombres con puntajes altos pueden ser más propensos a involucrarse en pleitos, estar detenidos, mientras que las mujeres pueden tener relaciones problemáticas con sus padres así como historias de ausentismo historial.

Con relación al grupo de adolescentes masculinos en cuanto a las escalas de contenido y suplementarias en la configuración de los perfiles de acuerdo a la edad, se observa que las calificaciones de puntaje T en los varones varían de 3 hasta 12 puntos de diferencia entre las escalas entre los grupos etarios, siendo las más significativas con una diferencia de hasta 12 puntos las escalas de enojo (ENJ-A), baja autoestima (BAE-A), con 11 puntos rechazo al tratamiento (RTR), con 8 puntos, las escala de enajenación (ENA-A), cinismo (CIN-A), Incomodidad ante situaciones sociales (ISO-A) y la escala suplementaria tendencia a problemas de alcohol y drogas (TPAD). A continuación se describen algunas de las características de los problemas que describen los adolescentes con relación a este grupo de escalas:

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

### PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A

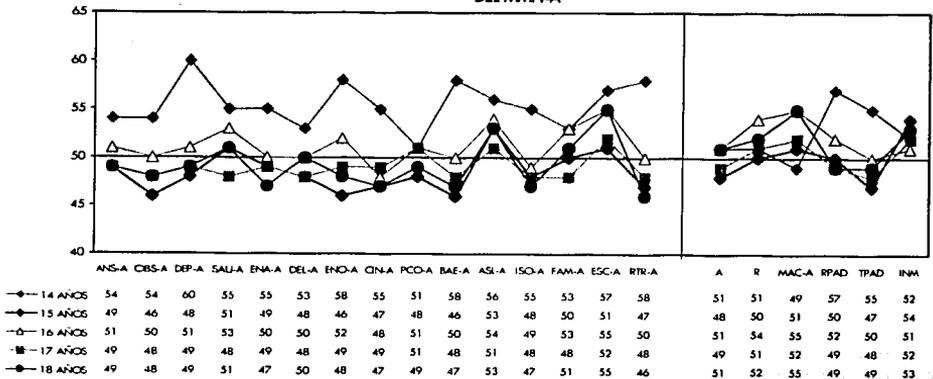


FIGURA 7.

Con la configuración de estas escalas se puede apreciar, que en los 14 años se eleva más que el resto de los grupos, en las escalas de depresión, enojo, baja autoestima, aspiraciones limitadas, problemas escolares y rechazo al tratamiento; y en la suplementaria, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas. A esta edad los adolescentes manifiestan mayores problemas, como se encontró en las escalas básicas en donde refieren mayores dificultades. Pueden describirse como jóvenes que se sienten un tanto insatisfechos con la vida, con actitudes autoreprobatorias, sentirse inútiles y con poca idea sobre su futuro porque consideran que la vida podría ser poco interesante. Es posible que no les interese lo que pasa a su alrededor, pero pueden sentirse solos aún cuando están con otras personas. Pueden tener problemas por ser irritables e impacientes con los demás y hacen berrinches con tal de conseguir lo que desean y pueden ser poco tolerantes, que reconocen tener algún problema de alcohol y drogas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

En general el resto de los grupos tienden a mantenerse cercana al puntaje de la media teórica, pueden ser significativas las elevaciones de las escalas de aspiraciones limitadas, problemas escolares y las escalas de suplementarias alcoholismo de Mac-Andrew y la escala de inmadurez.

La evidencia empírica muestra claramente que los adolescentes normales, así como de los grupos clínicos tienden a presentar elevaciones en estas escalas, (Lucio y Cols., 1998).

### PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A

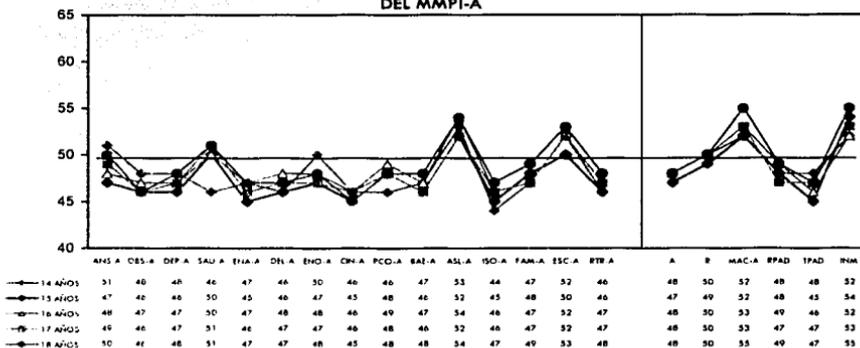


FIGURA 8.

En la figura 8, se puede observar que, con relación al grupo de adolescentes femeninas en cuanto a las escalas de contenido y suplementarias, la configuración de los perfiles de acuerdo a la edad, se observa que las calificaciones de puntaje T varía de 1 hasta 4 puntos de diferencia entre las escalas y entre los grupos etarios. En general el perfil tiende a mostrarse más uniforme conforme a los grupos, siendo las más significativas las escalas ansiedad y preocupación por la salud. A continuación se describen algunas de las características de los problemas que describen los adolescentes con relación a este grupo de escalas:

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Con relación a la configuración de estas escalas se puede apreciar que las mayores elevaciones para el grupo de las adolescentes femeninas son las escalas de preocupación por la salud, aspiraciones limitadas y la escala de problemas escolares. En cuanto a las escalas suplementarias son las escalas de alcoholismo de Mac Andrew y la escala de inmadurez las que tienen puntajes más elevados, aunque se encuentran dentro de la media teórica. Las características de personalidad que describen a las adolescentes se relacionan con ansiedad, aprensión y tensión, con la autocrítica y tendencia a la perfección, con los sentimientos de inferioridad e inseguridad. También se relaciona con el autocontrol emocional e insatisfacción sentimental, introspección, pérdida de autoconfianza, con la ambivalencia en la toma de decisiones y la rigidez y moralidad. Todo esto dentro de los límites normales ya que como se observa en la figura 8, los perfiles femeninos están dentro de la media teórica normal.

Finalmente se observa que en los adolescentes tanto en hombres como mujeres, no se muestran serios problemas, en general muestran una buena adaptación, pueden ser amistosos en sus relaciones, pero presentan patrones de reacción excesiva ante el estrés, que con frecuencia implica el desarrollo de síntomas físicos o problemas en relación al cuerpo, especialmente en las mujeres. Son egocéntricos, un tanto inmaduros con una fuerte necesidad de afecto, atención y aprobación pero tienen buen nivel de desempeño educativo, entusiasmo y la energía, que es característica de los adolescentes.

Con relación a los rasgos de personalidad, Achenbach, (1989), sugiere que el entendimiento de psicopatología en la adolescencia puede estar firmemente fundamentado en el estudio del desarrollo normal debido a que el desarrollo humano es un proceso continuo, pero se encuentran periodos críticos durante éste, con procesos adaptativos o fuertes influencias de fracaso sobre el desarrollo tardío en el ciclo de la vida.

Con relación a la sexta hipótesis que dice: **Se mantendrán las elevaciones de las Escalas Clínicas, de Validez, de Contenido y Suplementarias del MMPI-A en las cuatro aplicaciones a uno siete, catorce y veintiún días en una muestra de adolescentes mexicanos.** Se acepta la hipótesis alterna debido a que se observa que los perfiles de las escalas del MMPI-A, se mantienen en cuanto a su elevación en las cuatro aplicaciones uno, siete, catorce y veintiún días. En donde los valores del puntaje T, tiende a ser muy similares

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

entre cada una de las cuatro aplicaciones, tanto para los hombres como para las mujeres. En general, en los perfiles tienden observarse algunas discrepancias en algunas de las escalas que van desde uno a cinco puntos de puntaje T como es el caso de las escalas de validez F y F1 de infrecuencia, paranoia (Pa) y la escala de hipomanía (Ma) en el test y retest de 1 a 7 días. Asimismo, se puede observar que algunas de las discrepancias, hasta de cuatro puntos, se observaron en la escala F de infrecuencia en el test-retest a 1-14 días. Finalmente se observaron diferencias en el test-retest 1-21 días en la escala F2 y F de infrecuencia todas estas en el grupo de los hombres.

En cuanto a las consideraciones psicométricas, Butcher y Cols., (1989); Butcher y Cols., (1990), refieren que al analizar el coeficiente de confiabilidad de las escalas de validez y clínicas cuando se aplica en un lapso de tiempo de uno a siete días, tienden a observarse que las escalas del instrumento pueden ser estables. Al analizar la temporalidad de las escalas Butcher y Cols., (1992), mencionan que desde el MMPI toda la información acumulada en diversas investigaciones puede generalizarse al MMPI-A. En este sentido, los datos que han sido reportados concernientes a la congruencia de los puntajes obtenidos a través del tiempo, así como los códigos del MMPI-A se han descrito típicamente a partir de las normas originales de Marks, (1974), en las que se ha observado que cuando los puntajes están definidos por lo menos 5 puntos de T entre la escala más baja y la más alta la prueba demuestran congruencia, como es el caso de los perfiles observados en este estudio entre las cuatro aplicaciones.

Con relación a la séptima hipótesis que dice: **Es posible describir los rasgos de personalidad específicos de los adolescentes mexicanos a partir de los puntajes de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A).** Se acepta la hipótesis alterna debido a que se puede observar a través de los perfiles del MMPI-A, características específicas muestra total, tanto en los hombres como en las mujeres. Encontrando específicamente que el perfil de los hombres tiende a ser ligeramente más elevado en la mayoría de las escalas, que en el de las mujeres. Las mayores diferencias se observan principalmente en las escalas clínicas básicas y de validez, en las que se aprecian hasta cuatro puntos de diferencia en el puntaje T entre los adolescentes hombres y mujeres. En general los perfiles se encuentran en niveles normales, siendo el puntaje T más elevado para la escala de validez K de corrección (T=55) en las mujeres, que pueden describir

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Farías

---

características de una mayor defensividad, además de una mayor percepción sobre el manejo y enfrentamiento de su problemática. Ambos grupos refieren tener algunos problemas, sin embargo, sienten que los pueden manejar. Con relación a las escalas clínicas básicas, ambos grupos obtienen valores de T más elevados en la escala de histeria (Hi), ( $T= 54, 53$  respectivamente), describiendo a los adolescentes como jóvenes convencionales, empáticos, con necesidades de aceptación social. Hathaway y Monachesi, (1963), (en Lucio y Cols., 1998), relacionan las elevaciones de la escala de histeria en adolescentes normales con niveles altos de inteligencia, desempeño y nivel socioeconómico. Parece ser que las mujeres tienden a manejar sus problemas a través de aspectos psicósomáticos y los hombres a través de volcarse a la acción y a la actividad, mostrándose más intrépidos y audaces en su comportamiento. Con relación a las escalas de contenido los perfiles tienden a ubicarse dentro de la media teórica, encontrándose que los hombres obtienen valores de puntaje T ligeramente mayores en todas las escalas, que las mujeres. Se observan algunas discrepancias de entre uno y tres puntos entre los puntajes T de ambos grupos. Siendo la escala más elevada para los hombres la de problemas escolares, es probable por lo tanto que sus intereses no estén centrados necesariamente en el éxito escolar como en las mujeres. En ambos grupos la escala de aspiraciones limitadas es la de mayor elevación, esto puede deberse a que en este momento por el proceso de desarrollo en que se encuentran los adolescentes, no sitúan la importancia que implica el tener éxitos en lo que hacen. Es posible que prefieran trabajos que les permitan actuar más en función de sus deseos inmediatos que el buscar el logro a futuro.

En las escalas suplementarias los hombres también obtienen elevaciones ligeramente mayores que las mujeres, excepto en la escala de inmadurez. La mayor elevación para ambos grupos se observó en la escala de alcoholismo de Mac-Andrew, que aun cuando no esta en niveles significativos, describe un comportamiento abierto, y la búsqueda de acción que puede ser esperada en esta etapa de desarrollo.

En algunos estudios se han comparado perfiles de grupos adolescentes como la investigación desarrollada por Gumbiner, (1998), quien comparó los perfiles de las escalas básicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A con adolescentes hispanos de 14 a 18 años. Los resultados indicaron que existían diferencias en los hombres, en los puntajes T de las escalas F1, F2 y F de infrecuencia, L de mentiras, hipocondriasis (Hs),

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

depresión (D), esquizofrenia (Es), en las escalas de contenido preocupación por la salud (SAU-A), pensamiento delirante (DEL-A), baja autoestima (BAE-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), problemas escolares (ESC-A) y en la escala suplementaria de inmadurez (INM-A). Asimismo, se encontraron interrelaciones entre algunas de las escalas como aspiraciones limitadas, baja autoestima e inmadurez. Para las mujeres algunas escalas se elevaron mientras que en otras como hipocondriasis (Hs), histeria (Hi), hipomanía (Ma), introversión social (Is), ansiedad (ANS-A), obsesividad (OBS-A) preocupación por la salud (SAU-A), enojo (ENJ-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), alcoholismo de Mac-Andrew (MAC-A) y la escala de reconocimiento de problemas de alcohol y drogas (RPAD), se obtuvieron puntajes T por debajo de la media, esto sugiere que en los perfiles del MMPI-A los adolescentes normales tienden a observarse una disminución en el puntaje T del perfil, como los datos encontrados en este estudio.

Con relación a la actitud que pueden mostrar los adolescentes al contestar el instrumento, Manners, (1997), explora las respuestas de fingimiento y la deseabilidad social con el MMPI-A. En su estudio el autor reporta hasta que medida las escalas de validez del MMPI-A, (Butcher y Cols., 1992), pueden detectar adolescentes que fingen estar bien, o si sus respuestas están orientadas hacia su necesidad de deseabilidad social. Se compararon 25 alumnos de bachillerato normales sin problemas legales y 25 que estaban recibiendo ayuda psicológica, con diagnóstico de problemas de conducta. Los resultados arrojaron diferencias entre ambos grupos siendo que el grupo de sujetos con problemas de conducta eran capaces de manipular algunas de las escalas del inventario. Además, se ha observado que en los adolescentes normales masculinos y femeninos, los puntajes elevados de la escala de inmadurez (INM) se asocian con poca participación en actividades sociales y una gran incidencia de problemas escolares.

Con relación a la octava hipótesis que dice: **Existen elevaciones en los perfiles de personalidad de los adolescentes que describan los rasgos psicopatológicos específicos a partir de los puntajes de las Escalas del MMPI-A que identifican las características del Desarrollo Adolescente.** Se acepta la hipótesis alterna debido a que se observan cambios significativos en las características de personalidad en los perfiles de los adolescentes de una submuestra de 146 sujetos, en donde los valores de los puntajes T tienden a ser mayores a T=60. Se puede apreciar que en algunas de las escalas básicas y de validez, las

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Farías

---

calificaciones de puntaje T, tanto en hombres como en mujeres tienden a elevarse las escalas de validez, F, F1 y F2 de infrecuencia en ambos grupos. Asimismo se encontró que las escalas de desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia son las más elevadas.

De acuerdo a los resultados obtenidos los adolescentes de ambos grupos tanto en hombres como en mujeres, identifican algunos problemas relacionados con experiencias negativas, pueden presentar algunas actitudes y conductas antisociales. Es posible que no presenten muchas habilidades para resolver problemas, y pueden tener dificultades para resolverlos. Ampudia, (1998), refiere que la escala de identificación de problemas, ha sido un indicador para evaluar el proceso de maduración y los niveles patológicos en el adolescente, pero que tiende a disminuir con la edad, especialmente en las mujeres. También permite analizar los efectos de los cambios en la maduración y es posible hacer una interpretación de la patología del adolescente basada en las calificaciones del instrumento, (Achenbach, 1989).

En las escalas clínicas se identifican elevaciones tanto en hombres como en mujeres, en desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia, hipocondriasis e histeria. Las elevaciones encontradas en algunas de estas escalas se corroboran con los estudios realizados por Archer, (1984, 1987); Colligan, Osborne, Swenson y Offord, (1983), quienes sugieren que los cambios en la maduración de los adolescentes normales y anormales se observan particularmente en la elevación de las escalas de desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia, como se encontró en este estudio. Otro tipo de estudios como los de Graham y Rutter, (1985), han identificado los patrones de ajuste desviados en población psiquiátrica, señalan que en general, las condiciones psiquiátricas aparecen con poca frecuencia al inicio de la adolescencia, pero con índices elevados durante la etapa superior de la adolescencia, así como en la adolescencia media, en donde se observan mayores desórdenes de tipo afectivo y reacciones depresivas. Fontaine, (2000), concluye que la zona gris del inventario tiene implicaciones específicas, cuando se trata de detectar muestras clínicas, asegurando que debe usarse con cuidado al determinar la psicopatología de los adolescentes.

Por otro lado las elevaciones mayores a T 60 en las escalas de contenido y suplementarias, se relacionan con adolescentes que presentan problemas de adaptación y, en algunos casos, problemas para enfrentarlos. Asimismo experimentan sentimientos de

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Jose Manuel Pérez Y Fariás

---

insatisfacción, desesperanza e infelicidad, apatía general y falta de interés en las actividades, sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica, falta de autoconfianza pesimismo, así como aislamiento social. También se encuentran síntomas físicos tales como alteraciones en el sueño, disfunciones gastrointestinales, sensibilidad social excesiva y retraimiento social. Tienen poca tolerancia a la frustración, problemas de autoridad y rebeldía y tendencia a malinterpretar los motivos e intenciones de otros. Tienen dudas consigo mismos y problemas de identidad. Frecuentemente se tornan suspicaces, resentidos y hostiles. Muestran una marcada sensibilidad interpersonal y suspicacia en las relaciones interpersonales. Tienen problemas de ajuste escolar, aumento de problemas con sus padres y dificultad para el establecimiento de relaciones debido a su recelo interpersonal. En ambos grupos se observa que éstos adolescentes presentan problemas de conducta, familiares y es probable que tengan problemas con el uso de alcohol y drogas. En esta investigación se encontró que las mujeres pueden presentar algunas conductas de riesgo, y dificultades para ajustarse a las normas externas. En este sentido, Archer, (1992) y Bannen, (2000), señalan que MMPI-A puede detectar problemas de conducta o sintomatología que puede predecir desórdenes en grupos de adolescentes femeninas, especialmente porque son pocas las investigaciones reportadas en este grupo, además de que sólo se hacían generalizaciones desde las inferencias obtenidas en muestras masculinas. Asimismo refieren que el MMPI-A es un instrumento que permite obtener datos que pueden ayudar a determinar un diagnóstico, así como determinar las características de personalidad de grupos de adolescentes normales y patológicos como se pudo observar en este estudio. En este estudio, se puede observar que a pesar de que la muestra total estuvo integrada por más adolescentes mujeres, en la submuestra de adolescentes en riesgo, se encontraron más varones (81 hombres y 65 mujeres). Además de que tienden a reportar mayor comportamiento de riesgo, debido a que la elevación suele ser mayor en el grupo de hombres que en las mujeres, como en los estudios reportados por Archer, Andel, Lynch y Kathleen, (2001); Kashani y Cols., (1987). Sin embargo debe considerarse que existen dos zonas fuertes y débiles dentro del MMPI-A para detectar los problemas de los adolescentes entre los grupos de muestras normativas y clínicas como lo señala Fontaine, Archer, Elkins y Johansen, (2001).

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

Con relación a la novena hipótesis que dice: Existirán aspectos positivos y negativos que describen los adolescentes como parte de su desarrollo medidos con el Inventario Autodescriptivo del Adolescente, (Lucio, Durán, 2001), en una submuestra de adolescentes. Se acepta la hipótesis alterna debido a que se pudieron identificar aspectos de riesgo y no riesgo en los adolescentes para cada una de las áreas que evalúa el instrumento, tales como el área familiar, social, escolar, personal, de la salud y el área sexual. Es importante señalar que el medir un evento de la vida del adolescente, permite identificar aquellas áreas en las que el joven puede experimentar mayor grado de tensión, o que interfiera más allá de los aspectos del desarrollo. A continuación se describen las áreas en las que los jóvenes identifican como aspectos importantes de dichos eventos.

Con relación a los aspectos familiares, se describen eventos que se relacionan con la familia nuclear o extendida en la que se identificaron 18 situaciones diferentes en las que en general se describen eventos como el vivir en una familia nuclear, en donde las decisiones y las reglas las toman ambos padres. Sin embargo, un porcentaje importante visualiza de forma negativa el hecho que todos tomen decisiones. En cuanto a las relaciones familiares, los adolescentes reportan como importante el hecho de convivir más con la familia y con los amigos, además de que puedan ser tratados de manera igual entre los miembros de la familia, en donde los padres pueden ser razonables al dar los permisos, apoyarse entre sí y que éstos puedan ser cálidos y convivir con el grupo familiar. Sin embargo, perciben como aspectos negativos el hecho de que sus padres puedan ser sobreprotectores con ellos, o que la relación pueda ser fría, tensa o peor aún, indiferente.

Un aspecto importante que perciben los adolescentes son las peleas y discusiones que surgen en la familia, y que visualizan como un proceso de comunicación complicado. Los pleitos ocasionales entre la familia, siempre y cuando éstas se discutan, además de percibir como positivo, el que se tranquilicen y se hablen con calma. Sin embargo, identifican como un evento negativo, la violencia física, los gritos, los insultos y dejarse de hablar o abandonar la relación familiar (irse de casa o divorciarse).

Se ha observado que el incremento de la problemática entre los padres puede afectar directamente la relación padres-hijos. Los cambios en la interacción familiar también pueden influir en la conducta o labilidad emocional del adolescente, haciendo que las

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

respuestas que éstos dan a sus padres sean impredecibles, como sugieren los estudios de Paikoff y Brooks-Gunn, (1990). También los problemas de divorcio, separación, pleitos entre los padres y alcoholismo, pueden tener una influencia directa en estas interrelaciones, que podría afectar la conducta de ambos. Los cambios en la interacción familiar son importantes para ambos y marcan el inicio de la madurez social, por lo que muchas veces el adolescente puede reaccionar desarrollando conductas similares a las de los padres o relacionadas con la delincuencia y la ingestión indiscriminada de alcohol y drogas. En este sentido algunos autores sugieren que son variables que se incrementan durante la etapa adolescente, Hill, (1980), Montemayor y Hanson, (1985) y Steinberg, (1981). Por otro lado, se ha reportado que cuando el funcionamiento de la familia es menos satisfactorio, los conflictos pueden agravarse durante la adolescencia temprana y puede permanecer hasta la adolescencia media. El significado del conflicto, así como la importancia del mismo, ha sido objeto de múltiples investigaciones. Las definiciones del problema van desde las conductuales hasta las fenomenológicas y han sido evaluadas pidiendo tanto a los padres como a los adolescentes que definan sus propios conflictos a través de cuestionarios de autoreporte o por medio de entrevistas. El conflicto es definido como desacuerdos conductuales o de diferencias en la escala de valores, (Montemayor, 1983; Montemayor y Hanson, 1985). Con relación a variables socioeconómicas Mendoza-Newman, (2000), llevaron a cabo un estudio sobre el nivel de aculturación, en la que consideraron el nivel socioeconómico, el status, y la personalidad de adolescentes normales Hispánicos. Se analizaron 65 México-americanos de la zona de la Bahía de San Francisco mediante la escala de aculturación para México-americanos versión II (Cuellar y Cols., 1995), (en Mendoza-Newman, 2000), y las escalas L de mentiras, la escala (Mf) masculinidad-feminidad, más un cuestionario sociodemográfico y el MMPI-A de Butcher, Cols., (1992). En sus resultados reportan que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas del MMPI-A y el cuestionario de aculturación. Sin embargo, hubo una correlación positiva entre la escala L de mentiras y el cuestionario de aculturación. Con relación a la variable socioeconómica, los adolescentes de este estudio reportan como una situación negativa, el hecho de que puedan presentarse problemas económicos en la familia.

Henry, (1999), en otro estudio compara los patrones de respuesta del MMPI-A en un grupo de adolescentes afroamericanos poniendo especial atención a las diferencias

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

Intragrupo y a los patrones de respuesta de acuerdo a las normas de Marks y Briggs y de Colligan y Offord, para el MMPI y el MMPI-A y otras variables como nivel socioeconómico, la educación de los padres, empleo, tipo de escuela, autoestima y socialización con respecto a sus características étnicas. En sus resultados refieren que es importante considerar las variables sociodemográficas al evaluar a los adolescentes. Asimismo, Schinka, Elkins y Archer, (1998), en su trabajo sobre las características de personalidad y las sociodemográficas, manejaron datos de la muestra utilizada para la estandarización por Butcher y Cols, (1992), y una muestra de adolescentes clínicos para obtener una total de 696 sujetos, a quienes se les aplicaron cuestionarios para medir variables sociodemográficas. Los resultados finales obtenidos por los autores reportan que hay diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las escalas del MMPI-A.

Uno de los aspectos a considerar en los eventos de los adolescentes son las diversas situaciones cotidianas que les pasan en su relación familiar. Algunos de los eventos que los adolescentes describen en este sentido como positivos, es de sentirse a gusto de vivir en casa porque se sienten bien adaptados al ambiente familiar, gozar de privacidad y tener un buen espacio para estudiar, esto hace que les guste permanecer en casa. Por otro lado puede percibir como negativo, que la casa este sucia o descuidada, que las zonas donde vivieron les agradara o que la familia tuviera mala fama, robara o que tratara de pasar mucho tiempo fuera de casa.

En cuanto a la relación con los padres, los jóvenes describen como positivo el hecho de platicar sus decisiones con ellos y como negativo el hecho de tener problemas que pueden esconder a los padres o tener amigos o parejas que desapruében éstos, no estar de acuerdo con la música que escuchan o que los padres nunca estén en casa. Describen además como aspectos negativos, el hecho de que algún miembro de la familia este enfermo o tenga problemas emocionales, de alcohol o drogas o de juego de apuestas.

Según Montemayor, (1982) y Smetana, (1988), el tipo de conflictos que se presentan en los adolescentes considerados como funcionales, no son intensos y no denotan una disminución en las fuertes ligas afectivas. Smetana, (1988), de hecho ha denominado a estos conflictos como una riña moderada, desacuerdos y problemas que se dan en la vida

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

cotidiana. Padres e hijos reportan que los desacuerdos más frecuentes giran alrededor de las reglas y las restricciones en la vestimenta, las salidas, las calificaciones y otros aspectos de control. Adicionalmente, los problemas entre madre e hija parecen durar más y ocurrir con mayor frecuencia que en los otros tipos de relación, (padre-hija, padre-hijo, madre-hijo).

Los aspectos sociales que describen los adolescentes como positivos se relacionan con el hecho de llevarse bien con otras personas, el sentirse bien cuando hablan con los demás, tener amigos con quien compartir sus intereses y con los cuales se llevan bien. Como aspectos negativos el alejarse de la gente, sentirse abandonado o utilizado por los amigos, o el que se les dificulte tener amigos.

En los aspectos relacionados con la escolaridad, dicen que les gusta la escuela, pero visualizan como aspectos negativos, el tener problemas con los profesores, obtener bajas calificaciones, dificultades en el aprendizaje, malos hábitos de estudio, aburrimiento en la escuela, tener clases de educación especial, tener materias reprobadas, mala conducta, repetir años, exámenes extraordinarios, falta de interés por parte de los maestros en ellos, estar en una escuela que perciban como inadecuada, sentirse fuera de lugar en una escuela, tener pleitos con los compañeros o tener una carrera técnica.

En el área personal todos perciben como aspectos positivos el continuar con los estudios, trabajar y casarse. Se perciben a sí mismos como adolescentes creativos, inteligentes, sentimentales y con habilidades para realizar muchas cosas. Como aspectos negativos de esta área se relacionan con el hecho de ser temerosos, nerviosos, estar demasiado gordo o demasiado delgados, ser tímidos, ser demasiado altos o bajos, parecer demasiado joven o viejo, sentirse a disgusto en sitios públicos, ser poco populares, el llorar por cualquier cosa, tener mala fama, sentirse inmaduros, llamar la atención por la apariencia física, sentirse inferiores, parecer demasiado simple, ser sucio o descuidado, tener una deficiencia física, tener baja autoestima, sentir que las otras personas están en su contra o el hecho de desconfiar de los demás.

Con respecto al área de la salud, es bien sabido que el adolescente tiende a considerar los aspectos somáticos, como una forma de manejar la problemática que percibe del proceso, (Ampudia, 1998). En este grupo puede apreciarse que los adolescentes gozan

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

de buena salud, aunque un pequeño porcentaje manifiesta tener dolores de cabeza, mareos, problemas estomacales, así como, problemas emocionales. La mayor parte de los adolescentes refieren que tienen una buena alimentación, aunque a veces no se alimentan del modo más adecuado, no tienen problemas para dormir. Por otro lado, algunos de ellos mencionan que han fumado e ingerido bebidas alcohólicas desde la preparatoria y normalmente lo hacen en fiestas o con los amigos. En cuanto a la ingestión de drogas, la mayoría de los adolescentes niegan haber tenido acceso a ellas, además de no haber necesitado apoyo profesional para resolver problemas emocionales.

Con relación a estos aspectos Weissman y Cols, (1987), en un estudio con adolescentes normales, refieren que algunas veces éstos manifiestan una imposibilidad de armonizar sus impulsos consigo mismos y con la realidad externa, debido a la desarmonía y confusión acerca de sus propias emociones y que en situaciones normales tienen cierta función defensiva, interfiriendo con la movilidad propia del proceso adolescente. La conducta observable del adolescente con respecto al tipo de relaciones que establece, puede ser una fuente importante que determina una conducta normal o la que se considera conducta anormal del adolescente. Consideran también, que el proceso psicológico adolescente es normal mientras mantiene su movilidad y características plásticas. Cuando el proceso se detiene o se paraliza y el adolescente adopta la estabilidad inapropiada en un nivel de poco control, puede considerarse que dicho proceso se ha tornado en patológico (Ajuriaguerra, 1984).

En cuanto al área de la sexualidad la mayor parte de los adolescentes describen preferencias hacia la heterosexualidad, donde la información recibida proviene de la familia, los amigos o algún medio de comunicación. Asimismo manifiestan no tener temor en las relaciones, tener un interés en ellas realizarlas en alguna ocasión.

Weissman y Cols., (1987), sugieren también en cuanto al desarrollo del adolescente que el efecto que puede tener el proceso psicológico en la vida del sujeto y que se relaciona con el hecho de lograr una estabilidad emocional y cognoscitiva de sí mismo a través de las figuras del padre y la madre. Mediante el desarrollo que hace posible estas diferenciaciones se establece la distinción nítida de la procedencia de los afectos. El defecto en el desarrollo de estas funciones determina la confusión de los afectos

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

provenientes de otras personas, con los provenientes de sí mismo. Cuando el individuo no posee recursos defensivos adecuados para enfrentar el embate de los impulsos agresivos, éstos cobran gran intensidad en la adolescencia debido a los cambios biológicos (hormonales) y psicológicos propios de la edad.

Finalmente cuando el sistema familiar o comunitario del adolescente interfiere en su proceso de desarrollo, ya sea por crisis o patología del sistema familiar o social o por adhesión a otros patrones. Generalmente estas situaciones hacen que el proceso evolutivo, aun en el adolescente normal, llegue a ser sumamente perturbador. Cuando los factores sociofamiliares complican la situación de un adolescente, el resultado puede llevarlo a desencadenar conductas patológicas.

Con relación a la décima hipótesis que dice: Existirá correlación entre las áreas del instrumento de Sucesos de Vida con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A). Se acepta la hipótesis alterna debido a que se observó una correlación en la mayoría de las áreas del instrumentos de Sucesos de vida como la familiar, social, logros y fracasos, salud, personal, escolar y las escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A). En el análisis de las variables de personalidad, y los sucesos de vida, se obtuvieron correlaciones entre cada una de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-A con los reactivos del cuestionario de sucesos en el grupo de adolescentes, tanto en hombres como para mujeres. Del cuestionario, constituido por 152 reactivos, se identificaron ocho áreas relacionadas con los siguientes aspectos: familiares, social, logros y fracasos, salud, personal, problemas de conducta y escolaridad del adolescente.

	FAM	SOC	LYF	SAL	PER	PC	ESC
Total	43	30	19	13	25	13	9

Para cada una de las áreas se identificaron aspectos positivos y negativos que el adolescente puede experimentar acerca de sucesos de vida, que podrían afectar su desarrollo, la descripción de estos aspectos y su correlación con cada una de las escalas, permitieron identificar algunas de las características que pueden explicar la problemática del adolescente a través de este proceso de crecimiento.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

La relación entre los rasgos de personalidad (escalas clínicas y de validez, de contenido y suplementarias) con los sucesos de vida de la muestra de adolescentes mujeres, fueron principalmente en las áreas escolar, familiar, social, logros y fracasos, de salud, personal y de escolaridad, que se correlacionaron con rasgos de personalidad hipocondríacos, depresivos, histéricos, desviación psicopática, paranoides, de ansiedad, esquizofrenia, hipomaniacos, e introversión social. En el caso de las escalas de contenido las áreas escolar, familiar, social, logros y fracasos, de salud y personal correlacionaron con ansiedad, obsesividad, depresión, problemas de salud, enajenación, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta, baja autoestima, problemas familiares, escolares y rechazo al tratamiento. En cuanto a las escalas suplementarias, las áreas familiar, social, logros y fracasos, de salud y personal, correlacionaron con las escalas ansiedad, represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y drogas, tendencia a problemas de alcohol y drogas e inmadurez.

Los problemas principales identificados por el grupo de adolescentes femeninas se relacionan con algunos rasgos neuróticos, que indicarían una moderada exageración de una personalidad sana. Pueden presentar conflictos propios de la edad, pero se comprometen en una ocupación o estudio en forma más o menos consistente. Se ha observado que en los problemas asociados a problemas de salud en adolescentes normales suele ser común presentar respuestas somáticas ante el estrés, lo que puede incluir trastornos en la alimentación e incrementa la posibilidad de presentar problemas relacionados con un diagnóstico de tipo neurótico, (Archer, 1992), es común que las adolescentes se muestren pesimistas e insatisfechas, y perciban dificultades que son canalizadas a través de quejas somáticas.

En el grupo de adolescentes masculinos se observaron relaciones en las áreas: Familiar, social, logros y fracasos, salud, personal, problemas de conducta y escolaridad, principalmente con los rasgos depresivos, histéricos, antisociales, de ansiedad, hipomaniacos y de introversión social. En las escalas de contenido las relaciones fueron con las escalas de ansiedad, obsesividad, depresión, problemas de salud, pensamiento delirante, problemas de conducta, baja autoestima, aspiraciones limitadas, problemas familiares y escolares y rechazo al tratamiento. En cuanto a las escalas suplementarias se relacionaron con represión, alcoholismo de Mac-Andrew, reconocimiento de problemas de alcohol y droga,

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

tendencia a problemas de alcohol y drogas e inmadurez. Llama la atención que las principales correlaciones fueron con la escala de alcoholismo de Mac-Andrew, en la que se describen adolescentes que puede presentar mayores comportamientos de riesgo y tendencia a volcarse a situaciones en las que buscan mayor acción.

Los resultados de los sucesos de vida en los adolescentes de ambos grupos, muestran diferencias en la forma de enfrentar los problemas y en su adaptación al ambiente. Parece ser que en los adolescentes por ejemplo, aun cuando se aprecia que pueden tener recursos psicológicos para resolverlos, pueden ser susceptibles a la depresión, la ansiedad y a manifestar reacciones exageradas en su conducta, como el consumo de alcohol u otras drogas. También se aprecian algunos problemas en la forma de reaccionar ante los demás, que se relacionan probablemente con problemas en el manejo de su impulsividad. Otras respuestas psicológicas se relacionan con cierta irritabilidad, el enojo, la agresión, con incidentes disciplinarios y posible baja en sus calificaciones.

Parece que los adolescentes también, enfrentan algunas dificultades en su forma de reaccionar a las situaciones estresantes de la vida, que van relacionadas principalmente con la falta de confianza en sí mismos, con la dificultad para tomar decisiones y con situaciones que les causa desconcierto. Se ha observado que durante este período, los adolescentes con frecuencia se sienten aislados y pensativos; varios factores contribuyen a esta soledad de la adolescencia. El adolescente normal experimenta nuevos deseos y expectativas que tal vez no pueden satisfacerse, pero que no dañan las relaciones personales existentes. Las principales características de personalidad que se relacionan con el estrés en este grupo son la timidez, la ansiedad, baja autoestima y algunos síntomas físicos temporales. También se ha observado, que los sucesos de vida en los adolescentes normales, tiene que ver con la interacción entre el estrés y la depresión. Además de que puede evaluar los efectos del estrés moderado de las relaciones interfamiliares y las amistosas en este grupo, (Seiffge y Cols., 1993). Los resultados se han analizado a partir de la aplicación de cuestionarios que evalúan depresión además del estrés asociado con sucesos o experiencias de vida, problemas de desarrollo y cotidianos, relaciones con parientes y con amigos, en donde las interacciones entre variables reportan diferencias entre edad y género. Estas variables pueden ser significativas en los adolescentes normales debido principalmente a que, aunque pueden presentar algunas alteraciones se identifican como adolescentes funcionales.

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Shoffner, Davag y Health, (en Ampudia 1998), estudiaron la influencia de la tensión con relación al género en adolescentes, y reportaron que la percepción de los sucesos de vida estresantes es mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, las jóvenes reportan más sucesos de vida asociadas con relaciones interpersonales y familiares. Ambos grupos disminuyeron la tensión mediante técnicas activas de distracción, como el ejercicio. En los resultados los autores también refieren que en las mujeres la tensión disminuye con el tiempo, y en los hombres la personalidad agresiva tiende a aumentar. En esta investigación el grupo de adolescentes normales hombres, responden en general a menos sucesos estresantes que las mujeres, (en Ampudia, 1998).

Milne y Cols., (1999), reportaron en un estudio donde se correlacionaron las escalas de problemas escolares y la de inmadurez del MMPI-A con los sucesos estresantes de los adolescentes. No se encontraron en el grupo de las mujeres diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, sí se encontró una correlación en el grupo de los hombres entre baja calificaciones y la escala de problemas escolares del MMPI-A. Asimismo, Zinn, McCumber y Dahlstrom, (1999), en un estudio de validación cruzada de la escala de inmadurez del MMPI-A con un grupo de 75 mujeres 76 hombres a los que se les aplicó la escala de inmadurez del MMPI-A y un cuestionario biográfico. Concluyeron que si hubo correlaciones estadísticamente significativas entre ambos.

## 6.2. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se puede considerar que cualquier instrumento de medición, en especial aquellos que tienen como finalidad predecir o evaluar algunos rasgos de personalidad, con características psicopatológicas específicas, como es el caso del MMPI-A, se puede apreciar que raramente se ha mostrado empíricamente, de forma organizada y convincente la relación predictiva entre la confiabilidad y la validez con la variable temporalidad. Para controlar este tipo de fiabilidad se consideraron intervalos preestablecidos, para observar cualquier cambio que se presentara en las variaciones en diversos periodos de tiempo, que probablemente podrían ser acumulativos y progresivos. Así, en esta investigación los elementos estadísticos utilizados para explicar los datos obtenidos del instrumento, denominados parámetros de medición, se establecieron por sí mismos, o con algunas combinaciones de ellos, en donde la diferencia de las puntuaciones entre una aplicación y otra del instrumento, permitió establecer la confiabilidad y la validez del mismo.

La posibilidad de establecer una propuesta de confiabilidad y validez a través de un diseño test-retest permitió en cuatro mediciones diferentes, obtener la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo, el determinar los factores comunes a partir de una matriz de intercorrelaciones se pudieron establecer las correlaciones de todas y cada una de las variables identificadas en 38 escalas (clínicas, de validez, de contenido y suplementarias) del MMPI-A versión al español para adolescentes, (Lucio, 1998). Lo anterior permitió también, definir el contenido relevante de cada una de las variables exploradas, en el sentido de averiguar la posible asociación cuando se aplicó el instrumento con una medición inicial y tres subsecuentes a 7, 14 y 21 días, de manera que cuando se utilice el MMPI-A, se pueda predecir la estabilidad, la homogeneidad, la seguridad y la predictibilidad de este instrumento de evaluación y a su vez sea posible pronosticar con confianza los aspectos del comportamiento de un individuo.

La revisión de estas variables se estableció a través de un análisis tanto cuantitativo como cualitativo a partir de la descripción de las características de personalidad obtenidas por el instrumento y su relación con las variables sexo y edad. Además su relación con algunos indicadores que pueden influir en el desarrollo adolescente como pueden ser de

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

rendimiento académico, el nivel escolar, la ocupación y el estado civil de los padres, de sobre quién recae la responsabilidad del sustento económico familiar, de la percepción que tenga el adolescente de su entorno físico-espacial familiar y si recibe apoyo profesional o no. Con esto se pudieron describir algunos patrones de personalidad o configuraciones que describan el trayecto del desarrollo adolescente de una muestra mexicana.

Además en esta investigación se pudieron hacer aportaciones a nivel del desarrollo adolescente, mediante la medición e interpretación cualitativa de los perfiles elevados de los adolescentes objeto de este estudio y la descripción a partir de variables externas y algunos sucesos de vida, partiendo de la teoría del desarrollo adolescente, debido a que, se observó que puede ser diferente dependiendo de la edad y el sexo. Entendiéndose también, que en éstas descripciones existieron diferencias que permitieron establecer algunas conductas que caracterizan a la muestra objeto de este estudio.

Al analizar los datos de una submuestra, en la que se observó el puntaje de la media mayor al promedio, se pudo establecer que pueden ser perfiles de adolescentes que pueden mostrar ciertos rasgos patológicos, dado que se alejan de la media teórica. Los perfiles o códigos se agruparon en una o más escalas que permitieron explicar las características de personalidad en función de algunos rasgos que de algún modo contribuyeron a explicar el trayecto del desarrollo del adolescente. En este sentido, Archer y Krishnanmurthy, (1997), afirman que el MMPI-A tiene validez en cuanto a la medición de los rasgos de personalidad, al comprobar la validez del MMPI-A con respecto a los índices de depresión y desórdenes de conducta en adolescentes, a partir de establecer una correlación entre dos pruebas psicométricas al medir los desórdenes de conducta y la depresión.

Si se toma en cuenta que constantemente se hacen investigaciones con el intento de reconocer relaciones causales con diversas variables y los rasgos de personalidad para establecer parámetros de comparación a través de pruebas estandarizadas de diversos tipos, se puede decir que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-A es uno de los inventarios que da un aspecto más amplio de los rasgos de personalidad, no con un fin diagnóstico único, sino como otro elemento que coadyuve al desarrollo de la psicología clínica.

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Partiendo de lo anterior se concluye en este estudio que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (MMPI-A) para adolescentes en su versión al español, (Lucio y Cols., 1998) es confiable para la muestra de adolescentes mexicanos de ambos sexos, además de que por su estructura, proporciona perfiles y puntajes para cada sexo en las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias.

El estudio de la personalidad de un modo general, se ha avocado a la búsqueda de factores que se involucren con el pensamiento, la conducta y el modo de sentir de determinada manera del ser humano, amén de intentar dar algunas explicaciones a las diferencias individuales. Hay que entender que la personalidad puede ser medida, y considerada como la organización única de características que determina una norma típica o recurrente de un individuo en términos de las comparaciones con otros individuos, en donde el sujeto trata de ajustarse y permanecer en armonía con el ambiente y con el resto de los individuos que lo rodean, (Pérez y Fariás, 1995).

Es precisamente en dichas consistencias, que vistas así, no son más que las características, los hábitos o sea los rasgos particulares de cada individuo. De esta manera, los rasgos son una vinculación muy amplia a un variado número de objetos. Así se tendría que por ejemplo, una actitud estaría vinculada, según Allport, (1977), (en Ampudia, 1998) a objetos más específicos y menos variados. No se debe perder de vista que los rasgos contienen un elemento sociocultural, que finalmente tiene una incidencia directa en la manifestación conductual del mismo.

Sería posible decir que un rasgo individual podría ser una característica, porque finalmente se dan siempre en el ámbito individual y no en una comunidad. Se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias singulares de cada sujeto. En este renglón los inventarios que miden rasgos, como es el caso del MMPI-A sólo se avocan a la medición de la proyección del rasgo del sujeto ya filtrado por su historia personal y social, sin pretender hacer inferencias dinámicas que no le competen. Miden actitudes, intenciones, motivaciones y conductas del sujeto que de algún modo influyen o son manifestaciones de los procesos dinámicos, por ende son cambiantes y en constante desarrollo. De ahí la importancia de los estudios de confiabilidad en cuanto a que dan los parámetros de estabilidad en la medición de éstos

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

rasgos, no en sus movimientos dinámicos, sino en el concepto estático, producto de la dinámica interna, en el mismo momento de la evaluación.

El objetivo principal de esta investigación fue buscar la estabilidad del instrumento, misma que se llevó a cabo a través un diseño test-retest. Se utilizó para esta investigación este diseño sobre la base de que, en este instrumento, las escalas clínicas están construidas empíricamente, lo que quiere decir que diferentes sujetos contestando diversos reactivos de la misma escala pueden obtener el mismo puntaje en cualquiera de éstas. No siendo así para las escalas de contenido y suplementarias cuya construcción se deriva de investigaciones científicas.

Por otro lado, sus escalas no están distribuidas uniformemente en el instrumento, lo que imposibilita hacer cortes por pares ó por nones. Se puede analizar la confiabilidad mediante el coeficiente alfas de Cronbach, misma que se llevó a cabo para buscar la consistencia interna del instrumento en la muestra objeto de estudio. Se destaca la necesidad de que en las escalas clínicas y de validez habrá que realizar mayor número de investigaciones con la escala L de mentira, ya que presentó el puntaje mas bajo (aunque confiable), en ese grupo de escalas.

Con respecto a las escalas de contenido, se considera que la escala de preocupación por la salud (SAU-A), aspiraciones limitadas (ASL-A), e incomodidad social (ISO-A), requieren de una revisión exhaustiva, en cuanto al contenido de sus reactivos debido a que presentaron puntuaciones considerablemente bajas. Lo anterior se podría explicar en virtud de fenómenos socio-culturales, ya que la escala preocupación por la salud, puede no estar representada por factores similares en cada una de las muestras, dependiendo de los procesos culturales. Asimismo, se tendría que pensar que el concepto de salud en nuestro país no tiene las mismas connotaciones que en Estados Unidos. Estos se tendría que pensar desde la perspectiva económica, institucional, la prevención, la divulgación de los problemas de salud, el sistema de asistencia social, el sistema de seguros médicos y toda una infraestructura que difiere en ambos países. Asimismo, la revisión de las escalas aspiraciones limitadas (ASL-A), incomodidad social (ISO-A), podrían no ser eficaces en su medición en población adolescente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

Analizando las escalas suplementarias, es pertinente profundizar en el estudio de las escalas de represión (R-A), reconocimiento de problemas de alcohol y drogas (RPAD) y la escala de tendencia a problemas de alcohol y drogas (TPAD), debido a que su puntuación tiende a ser baja, especialmente en las mujeres. Del mismo modo que la anterior, se hace necesaria una búsqueda en los fenómenos socio-culturales de ambos grupos étnicos.

Al igual que otros estudios, (Hurt, Clarkin y Morey, 1992), realizados con el MMPI-A como el reportado por Butcher y Cols., (1998), la presente investigación probó su confiabilidad en la muestra estudiada; por lo tanto, este instrumento se mantiene estable en diferentes muestras como lo señala Bernstein, (1987).

Las puntuaciones más elevadas se hallaron en la muestra de adolescentes de sexo masculino, esto podría explicarse desde la perspectiva de que el instrumento ha mostrado ser más confiable para el sexo masculino, (Lucio y Cols., 1998). Se podría pensar que se deberían hacer entonces más investigaciones sobre el contenido de los reactivos de las escalas con el MMPI-A con mujeres mexicanas.

En lo que concierne a los perfiles descritos en el anexo A que muestran los puntajes T obtenidos en la muestra con cada una de las escalas tanto en el test como en los retests, se puede observar que no existen diferencias en estos puntajes entre las aplicaciones, lo que de alguna manera habla de la estabilidad del instrumento, independientemente de los perfiles de personalidad que haya arrojado el instrumento, y que tiene una relación directa con las características de personalidad de la muestra objeto de estudio. La importancia de estos perfiles radica en que dan la posibilidad de observar que los puntajes T se mantienen dentro de la media teórica establecida por Butcher y Cols., (1998), y replanteados por Lucio y Cols., (1998), que visto desde otra perspectiva nos dan el parámetro de la media normal.

Así, al analizar los perfiles obtenidos en esta investigación, y en comparación con los reportados, Butcher y Cols., (1998), en una muestra similar de norteamericanos, asimismo, en los estudios en adolescentes mexicanos como el de Lucio y Cols., (1998) y Ampudia, (1998), se puede observar que no existen diferencias importantes entre ellos, lo que habla de la estabilidad del instrumento en diferentes poblaciones. Además de que a través de los datos

---

---

encontrados en este estudio, se puede concluir que no se encontraron diferencias significativas entre el test y los retests lo que representa una elevada consistencia interna del instrumento.

Los resultados de éste y otros estudios sobre la confiabilidad y la validez de instrumentos como el MMPI-A para evaluar población adolescente se relacionan con la posibilidad de demostrar estabilidad, la homogeneidad, la seguridad y la predictibilidad de este instrumento de evaluación, de manera que cuando se utiliza se puedan pronosticar con confianza los aspectos del comportamiento de un individuo. La revisión de estas variables permitió establecer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo a través de la descripción de las características de personalidad obtenidas por el instrumento, para observar si las características de personalidad son predictivos del desarrollo de alteraciones emocionales y conductuales; y cuáles son los rasgos distintivos del adolescente que presenta conducta psicopatológica y del que no lo presenta. Las conclusiones versan sobre la aproximación metodológica del diseño seguido en este estudio y los resultados obtenidos en cada grupo de aplicación. En este apartado se indican algunas conclusiones y recomendaciones con relación a este estudio:

- El objetivo principal de esta investigación fue buscar la estabilidad del instrumento, misma que se llevó a cabo a través un diseño test-retest.

Se utilizó para esta investigación un diseño test-retest sobre la base de que, en este instrumento, las escalas clínicas están construidas empíricamente, lo que quiere decir que diferentes sujetos contestando distintos reactivos de la misma escala pueden obtener el mismo puntaje en cualquiera de éstas. No siendo así para las escalas de contenido y suplementarias cuya construcción se deriva de investigaciones científicas.

- Por otro lado, sus escalas no están distribuidas uniformemente en el instrumento, lo que imposibilita hacer cortes por pares ó por nones.

Se puede analizar la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, misma que se llevó a cabo para buscar la consistencia interna del instrumento en la muestra objeto de estudio.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Jose Manuel Perez Y Farias

---

---

En lo que concierne a los perfiles descritos muestran los puntajes T obtenidos en la muestra con cada una de las escalas tanto en el test como en los retests, se puede observar que no existen diferencias en estos puntajes entre las cuatro aplicaciones, lo que de alguna manera habla de la estabilidad del instrumento, independientemente de los perfiles de personalidad que haya arrojado el instrumento, y que tiene una relación directa con las características de personalidad de la muestra objeto de estudio.

La importancia de estos perfiles radica en que dan la posibilidad de observar que los puntajes T se mantienen dentro de la media teórica establecida por Butcher y Cols., (1998), y replanteados por Lucio y Cols., (1998), que visto desde otra perspectiva nos dan el parámetro de la media normal.

De estos perfiles se puede decir que en la muestra de adolescentes, las escalas se comportan de un modo parecido a las del estudio realizado por, Butcher y Cols., (1998), en E.U.A.

Es posible establecer una forma de medición de conducta del adolescente, a partir de evaluar las características de personalidad con instrumentos como el MMPI-A para adolescentes versión en español, (Lucio y Cols., 1998), debido a que tiene un alto índice de confiabilidad en esta población, dichas inferencias fueron probadas en este estudio y en los realizados por Lucio y Cols., (1996), quienes llevaron a cabo un análisis de la confiabilidad y validez del instrumento al elaborar y obtener normas para la población mexicana, en donde se considera que las diferencias transculturales podrían ser causa de invalidez en los perfiles.

Por otro lado las implicaciones que tiene el uso de este instrumento en la población mexicana, se relacionan con el hecho de que es una de las pruebas psicológicas más ampliamente utilizadas para la evaluación de adolescentes en contextos clínicos y en investigaciones sobre adolescencia, (Archer y Cols 1991), además de que representa una posibilidad para la evaluación psicológica especializada de adolescentes.

Por otro lado la variabilidad inherente en la estructura de la personalidad del adolescente puede encontrarse en estudios sobre los patrones de respuesta de los mismos, al evaluar longitudinalmente a jóvenes del sistema escolarizado, en donde

---

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

las correlaciones muestran el grado del cambio que podía ocurrir en un perfil adolescente, reflejando la organización de la personalidad a través del tiempo.

También se ha señalado que la estabilidad de los perfiles de los adolescentes tendía a incrementarse cuando el valor de la calificación T era sustancialmente elevada como se observa en la prueba original, por lo que las características de perfiles clínicamente elevados podían estar sujetas a menos cambios, aun en poblaciones adolescentes clínicas o preclínicas como los resultados obtenidos por Lowman, Galinsky y Gray-Little, (1980), quienes reportaron perfiles relativamente patológicos, pero que en general no eran predictivos de disturbios psicológicos, debido a que se consideraron normas para adultos. Ahora, a partir de las modificaciones realizadas en el MMPI-A es posible diferenciar los cambios substanciales ocurridos en el perfil del instrumento, como lo señalan, Gottesman y Hanson, (1990), el comparar grupos de adolescentes para hacer predicciones acerca de los rasgos de personalidad.

Una contribución importante es la que se deriva de los hallazgos obtenidos en esta investigación y que se refiere a que el uso de estos instrumentos puede ayudar en la inferencia de las características de personalidad a través del perfil y al mismo tiempo realizar predicciones para la elaboración de un diagnóstico. Estudios similares efectuados por Pancoast, Archer y Gordon, (1988), también han indicado que los sistemas de diagnóstico simples para el MMPI-A parecen ser tan eficaces como los sistemas de clasificación diagnóstica más complejos desarrollados para el MMPI por, Goldberg, (1965), Meehl (1972) y Dahlstrom y Welsh, (1960).

Se pudieron evaluar las características de personalidad con un instrumento que permitió analizar los resultados en forma sistemática y útil para identificar y describir a los adolescentes de una manera más eficiente y efectiva, comparado con las técnicas de entrevista que tradicionalmente son usadas para este tipo de evaluaciones.

Además, se demostró que el MMPI-A puede ser un instrumento de medición seguro, comparable con otros instrumentos o con los diagnósticos clínicos. Así, este instrumento

---

se ha convertido en una posibilidad obvia para que, de alguna manera se pueda sistematizar el estudio de los rasgos de personalidad, así como para la identificación de las características de personalidad del adolescente.

11. Determinar a través de un modelo de medición la conducta adolescente. A partir de la evaluación de la personalidad, se pueden valorar los cambios en su sintomatología durante las diferentes etapas de su desarrollo, dado que si la medición se aplica en distintas etapas de un tratamiento se puede utilizar como un método para determinar indicadores de cambio en la severidad de su conducta, lo cual puede ser muy útil para el psicólogo en el tratamiento.
12. El entendimiento de la conducta del adolescente puede estar firmemente fundamentado en el estudio del desarrollo normal, debido a que se considera como un proceso continuo en el que se encuentran periodos críticos, procesos adaptativos o fuertes influencias de fracaso sobre el desarrollo tardío en el ciclo de la vida. A partir de analizar las características de personalidad de los adolescentes se podría inferir que éstas son factores importantes de las alteraciones en estos jóvenes, debido al número y extensión de cambios que ocurren simultáneamente durante la adolescencia.
13. Del análisis de los resultados se puede inferir que durante el desarrollo y la maduración el adolescente normal, puede presentar estrategias efectivas de adaptación a los sucesos de vida a los que se enfrenta. De los fracasos en el desarrollo adolescente puede dar como resultado manifestaciones psicopatológicas que pueden contribuir a una variedad de conductas problema, durante el desarrollo adolescente y en los estados posteriores de la vida.
14. Al respecto cabe mencionar, la importancia de los conflictos de la adolescencia, ya que establecer el límite de un comportamiento normal o anormal resulta en verdad extremadamente complicado; sin embargo cabe reflexionar sobre la ineludible presencia de conflictos en la adolescencia. El problema surge cuando este proceso se estanca, se exagera y se paraliza. En el caso del adolescente normal la búsqueda de identidad lo llevan a experimentar ansiedad e inquietud al tratar de modificar

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

las relaciones con su mundo interno, que lo vincula a la infancia y sus padres, en una lucha a veces turbulenta como es señalado por Archer y Cols., (1991), quien menciona que la adolescencia se basa en un complejo proceso de duelo, por lo que resulta entonces comprensible que los adolescentes normales sean vulnerables a desarrollar procesos depresivos.

Desde el punto de vista de la evaluación de la personalidad se considera que muchos factores están relacionados entre sí, en donde la conducta puede estar determinada por las características de personalidad. En la relación de factores individuales y ambientales se combinan para determinar todos los aspectos de la conducta.

En el análisis de la conducta del desarrollo adolescente, desde las perspectivas teóricas varían en gran medida sobre las causas de la conducta desadaptada. Esta puede ser el resultado de cualquiera o de los distintos factores. Tal vez una perspectiva contribuya más que otra en ciertas condiciones, en otras quizá sea más útil otro punto de vista. La forma en que algunos factores como aspectos socioeconómicos, composición familiar, y situaciones estresantes, ejercen una influencia sobre el comportamiento del adolescente, depende de la vulnerabilidad, capacidades, preocupaciones particulares que experimenta. Se puede considerar que estos factores o condiciones y las características de personalidad interactúan o se combinan para dar como resultado la conducta del individuo. Razón por la cual el comportamiento desadaptado se presenta en algunas personas y en otras no.

Por otro lado, algunos adolescentes presentan disturbios y labilidad que no se clasifican como desórdenes en el DSM-IV, pero que comúnmente están asociados con varios retos de adaptación durante esta etapa de desarrollo. Queda claro que es difícil distinguir la línea que determina si un adolescente se califica como patológico, dado que se ha visto a éstos como homogéneos en términos tanto en severidad de sus síntomas como en la aplicación de ajustes a largo plazo. Puede esperarse entonces, que los resultados de la prueba del MMPI-A, basados en normas adolescentes contemporáneas, puedan proporcionar a los clínicos valores sustanciales al momento de hacer un diagnóstico.

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

- 1. Algo importante, es que al considerar un diagnóstico clínico de las conductas en el adolescente, se sitúe a éste en un contexto más amplio de variables, como las propuestas en esta investigación, debido a que los trastornos psicológicos que afectan a los adolescentes pueden ir de los graves en extremo a los menores. De ahí la relevancia que para este estudio se partiera de la observación de la psicopatología del adolescente, para comparar sus características en diversas situaciones de aplicación.
  - 2. Además de considerar en el proceso de la evaluación nuevos instrumentos valorados y adaptados a la población mexicana, como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para adolescentes, (MMPI-A), que aporta al clínico información importante sobre consideraciones y opciones para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del adolescente.
  - 3. De los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que es posible realizar un diagnóstico de la conducta del adolescente, considerando diversos factores y el análisis de las características de personalidad, evaluados con instrumentos que permitan observar las alteraciones emocionales propias de esta edad, además del nivel de motivación y apertura que éste puede tener para involucrarse en un tratamiento de psicoterapia y en el proceso terapéutico, o para obtener información sobre las características de personalidad de grupos normales o en la estimación de la psicopatología adolescente. Los resultados también pueden servir para hacer inferencias sobre las modalidades de tratamiento más indicadas, incluyendo psicoterapia individual, familiar o de grupo, o para determinar si un adolescente está en riesgo de presentar alguna alteración.
  - 4. Lo más importante, es el hecho de que al considerar instrumentos como el MMPI-A que muestren confiabilidad y validez y que se sitúe en un contexto más amplio de variables, como las propuestas en esta investigación.
  - 5. Analizando la temporalidad dada por diferentes períodos de tiempos de aplicación del test y los tres retests, que permitió obtener datos fiables sobre la medición en
-

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

muestras de adolescentes mexicanos. Además es importante determinar los tiempos de aplicación adecuados para este tipo de instrumentos.

El haber considerado la confiabilidad y la validez del MMPI-A permite determinar la fineza en la medición de rasgos de conductas adolescentes tanto normales como psicopatológicas lo que permite hacer aportaciones que redunden en diagnósticos mas certeros en este grupo etario.

El establecer relaciones entre indicadores de la historia y sucesos de vida que permitieron hacer inferencias alrededor del desarrollo adolescente de un grupo de jóvenes mexicanos, y que además al establecer correlaciones entre los sucesos de vida con las escalas del MMPI-A, se pudo establecer algunos criterios externos que coadyuvaron para establecer algunos parámetros de correlación de este instrumento y esos sucesos, esto ayudó de algún modo a establecer cierta validez externa.

El estudiar a través de un análisis factorial con rotación oblicua dadas las características y las necesidades de las escalas suplementarias se establecieron factores nuevos para estas escalas, mismas que en el momento de realizar esta investigación, no se había encontrado en ningún estudio.

La relevancia de que para este estudio se partiera de la observación de los aspectos cuantitativos y cualitativos para determinar el comportamiento normal y de la psicopatología del adolescente, además de considerar en el proceso de la evaluación nuevos instrumentos valorados y adaptados a la población mexicana, como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes, (MMPI-A), que aporta al clínico información importante sobre consideraciones y opciones para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del adolescente.

### **6.3. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

En México, la investigación de campo es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el psicólogo clínico, especialmente cuando se intenta obtener una muestra, por lo que para esta investigación se puede considerar como una limitación el hecho de haber elegido solo a dos escuelas como representativas para explicar el desarrollo adolescente, dado que sería muy ambicioso tratar de abarcar todos los factores que pueden afectar el proceso de crecimiento en este grupo etario. Sin embargo, el analizar una muestra con varias submuestras, representa principalmente una opción para obtener los datos necesarios en el estudio.

Otro aspecto importante de reflexión gira en torno a la confusión y controversia que tradicionalmente rodea al uso de los instrumentos de evaluación para adolescentes porque han sido utilizados sin un entendimiento adecuado de características únicas del desarrollo adolescente. Por lo que este estudio representa una alternativa para la medición de las características de personalidad del adolescente, dado que a partir de un estudio de confiabilidad y validez, se contrastaron con diferentes variables descritas en diversos instrumentos y que fueron utilizados como criterios externos. Sin embargo, es posible que en este estudio no se puedan generalizar los resultados obtenidos en este estudio, dado que habría que tomar en cuenta, que el número de sujetos considerados en la investigación, no permiten hacer estas inferencias. Pero no deja de tener valor, dado que se realizaron aplicaciones a un número significativo de adolescentes que fueron analizados en su aplicación a uno, siete, catorce y veintinueve días, aspectos que no habían sido considerados en otras investigaciones.

A pesar de que algunos de las escalas del MMPI-A son claramente relevantes para la evaluación de la problemática adolescente, otras no son válidas o podrían tener mucha más validez si el contenido de las escalas se modificara. Por eso se ha visto la necesidad de abordar el tema de la confiabilidad en las pruebas psicológicas, dado que si las mediciones repetidas obtenidas en una prueba son muy similares, el procedimiento de evaluación tiene una alta confiabilidad temporal, repetida en diversos lapsos de tiempo, como lo realizado en este estudio y que permitió identificar parámetros de mediciones temporales a partir de las cuales se hicieron inferencias alrededor del comportamiento de

---

## D I S C U S I Ó N Y C O N C L U S I O N E S

José Manuel Pérez Y Fariás

---

---

este instrumento. Más aún en el caso de un grupo de adolescentes, que por su propia estructura tienden a ser cambiantes, esto es algo importante que hay que tomar en cuenta, ya que se pudo ver reflejado en los resultados.

Los diversos estudios revisados para esta investigación apoyan la hipótesis de que el uso de cualquier instrumento debe estar basado en criterios de confiabilidad y validez como lo encontrado en el MMPI-A cuyos resultados demostraron que puede describir aspectos del desarrollo adolescente, no obstante se hace necesario revisar con mayor profundidad este fenómeno, considerando otros elementos como la elección de una muestra al azar, mayor número de sujetos de cada grupo de edad y de diferentes niveles socioeconómicos y cultural.

Se podrían realizar también estudios longitudinales, teniendo el seguimiento de los sujetos desde el inicio de la adolescencia hasta su terminación, para comparar los cambios durante el proceso del desarrollo adolescente.

Llevar a cabo comparaciones con otros grupos como podría ser una muestra clínica, en donde los adolescentes han sido diagnosticados como problemáticos se podrían analizar las diferencias de patrones de conducta entre ambas muestras. Por lo tanto, se sugiere que para futuras investigaciones se procuren muestras más heterogéneas en cuanto a las características que poseen los sujetos ya que en la muestra usada, en esta investigación, fue muy homogénea, por lo que limito hacer inferencias más finas.

Esto podría permitir analizar con más precisión los cambios que el adolescente tiene en cuanto a su estructura de personalidad y la relación con otras variables propias del desarrollo adolescente. Además de conocer los aspectos de su conducta lo llevan a enfrentar esta etapa que se ha considerado como crítica y de riesgo de desencadenar patología, para ayudarlo a concluir su desarrollo adecuadamente. Por otro lado investigar hasta que punto pruebas de personalidad como el MMPI-A pueden predecir su comportamiento y problemas en su futuro desarrollo.

---

---

---

REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Aberasturi, A. y Knobel, M., (1988). *La adolescencia normal*. Ed. Paidós. México.
- Achenbach, T. M. E. & Earlbrock, C. S., (1983). *Manual For The Child Behavior Checklist and revised. Child Behavior Profile*. Ed. Burlington, VT: University of Vermont. E.U.A.
- Achenbach, T. M., (1978). Psychopathology of Childhood: Research Problems and Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (46), 759-776.
- Achenbach, T. M., (1989). A Comparison of syndromes derived from the child behavior checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, (29), 879-895.
- Adams, H. B., (1964). Mental illness or interpersonal behavior? *American Psychologist*, (19), 191-197.
- Ajuriaguerra, J., (1984). *Manual de psicopatología del niño*. Ed. Paidós. Barcelona, España.
- Allport, G.W. & Odbert, H.S., (1936). Trait-names: a psycholexical study. *Psychological Monographs*, (36), 47.
- Allport, W.G., (1942). *Personality: a psychological interpretation*. Ed. Holt, Rinehart and Winston. New York, E.U.A.
- Allport, W.G., (1961). *Psicología de la personalidad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Ampudia, R. A., (1998). *Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes*. Tesis Doctorado. UNAM.
- Ampudia, A., Durán, C. y Lucio, E., (1996). Confiabilidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(2), 24-49.
- Ampudia, R. A., Gómez- Maqueo, E. L. y Durán, C., (1998). Relationship between the MMPI-a and life events in two groups of Mexican adolescents: normal and psychiatric patients. Paper Presentation at the 33<sup>rd</sup>. Annual Symposium. Clearwater, Florida, E.U.A.
- Anastasi, A., (1967). *Differential psychology*. Ed. MacMillan. New York, E.U.A.
- Andrucci, G.L., Archer, R.P. & Pancoast, D.L., (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, Sum Vol. 53(2), 253-266.
- Archer R.P., (1997). Future directions for the MMPI-a: research and clinical issues. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 95.
- Archer, P. R. & Krishnamurthy R. M., (1997). MMPI-A and Rorschach indices of the incremental validity hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 51
- Archer, R. P., White, J., L. & Orvin, G. H., (1979). MMPI characteristics and correlations among adolescents psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 498-504.
- Archer, R. P., (1984). Use of the MMPI with adolescents: a review of salient issues. *Clinical Psychology Review*, (4), 241-251.
- Archer, R. P., (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Archer, R. P., (1989). *Review of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) The Tenth Mental Measurements Yearbook*.
- Archer, R. P., (1990). Responses of adolescents on the MMPI-2: Comparisons with MMPI findings. In R.C. Colligan (Ed.) *The MMPI and adolescents: historical perspective, current research, and future developments*. A Symposium Presented. To The Annual Convention of The American Psychological Association, Boston, Massachusetts, E.U.A.
- Archer, R. P., Gordon, R. A. y Kirchner, P., (1987). MMPI Response-set characteristics among adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 51(4), 506-516. 7-533.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Farías

- Archer, R. P., Gordon, R. A., Anderson, G. L. & Giannetti, R., (1989). MMPI Special scale clinical correlates for adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, (53), 654-664.
- Archer, R. P., Gordon, R. A., Giannetti, R. & Singles, J., (1988). MMPI Scale clinical correlates for adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, (52), 707-721.
- Archer, R. P., Gordon, R. A. & Pancoast, D. L., (1994). MMPI responses from normal adolescents in southeastern Virginia. *Journal of Personality Assessment*, (60), 804-824.
- Archer, R. P., Handel, R. W., Lynch, K. D., (2001). The effectiveness of MMPI-A items in discriminating between normative and clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 77(3),420-435.
- Archer, R. P., Maruish, M., Imhof, E. A. & Piotrowski, C., (1991). Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. professional psychology: Research and practice. *Journal of Personality Assessment*, (22), 247-252.
- Archer, R. P., Pancoast, D. L. & Klinefelter, D., (1989). A comparison of MMPI code types produced, by traditional and recent adolescent norms. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (1), 23-29.
- Archer, R. P. & Gordon, R. A., (1988). MMPI and Rorschach index of schizophrenic and depressive diagnoses among adolescent's inpatients. *Journal of Personality Assessment*, (52), 276-287.
- Archer, R. P. & Klinefelter, D., (1992). MMPI factor analytic findings for adolescents: Item and Scale-level factor structures. *Journal of Personality Assessment*, (57), 356-367.
- Archer, R.P., (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Archer, R.P. & Jacobson, R., (1993). Are critical items critical for the MMPIA? *Journal of Personality Assessment*,. 61(3), 547- 556.
- Arnal Duchemin, M.J. & Nakbi, J.L., (1988). Identités féminine et masculine. *Les cahiers de psychologie sociale*, (37),2-8.
- Ausubel, D., (1983). *Theory and problem of adolescent*. Ed. Grume and Stratton. New York, E.U.A.
- Baer, A. R., Ballenger, J., Berry, T. R. & Wetter, W. M., (1997). Detection of random responding on the M.M.P.I.-A. *Journal of Personality Assessment*, 68(1),139.
- Ball, J. C., (1962). *Social deviancy and adolescent personality: An analytical study with the MMPI University of Kentucky Press*. Lexington, Kentucky, E.U.A.
- Ball, J. C. & Carroll, D., (1960). Analysis of MMPI cannot say scores in adolescents population. *Journal of Clinical Psychology* (16),30-31.
- Ball, J. D., Archer, R. P., Struve, F. A., Hunter, J. A. & Gordon, R. A., (1987). MMPI correlates of a controversial E.E.G. pattern among adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, (43), 708-714.
- Bandura, A., (1964). The stormy decade: fact or fiction?. *Psychology in the School*, (1), 224-231.
- Bandura, A. & Walters, R.H., (1989). *Adolescent aggression*. Ed. Ronald Press. New York, E.U.A.
- Bannen, M., (2000). Part A. disruptive disorders in adolescent girls: A neglected group. Part B. the clinical utility of the MMPI-A in the assessment of disruptive disordered adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, Vol. 61(2-B), Univ. Microfilms International.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Barnés, B., (1967). La problemática del adolescente, El futuro vocacional y educacional. *Revista de Educación*, Vol.4 (10), 8-14.
- Bartolomé, F., (1972). *La psicología del adolescente y la educación*. Ed. Trillas. México.
- Batles, P. B., Reese, H. W. & Lipsett, L. P., (1983). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, (31), 65-110.
- Batles, P. B. & Nesselroade, J. R., (1973). The developmental analysis of individual differences on multiple measures. In Nesselroade, J. R. & Reese H. W., (Eds.), *Life span developmental psychology: Introduction to research methodological issues*. Ed. Academic Press. New York, E.U.A.
- Baumrind, D. & Moselle, K. A., (1985). A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Adv. Alcohol and Substance Abuse*, (4),41-67.
- Beavers, W.R., (1985). Psychotherapy with the hysterical personality: An interpersonal approach. *Psychiatry*, (47), 211-232.
- Belsky, J., (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, (55),83-96.
- Belsky, J., Steinberg, L. & Draper, P., (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: and evolutionary theory of socialization. *Child Development*, (62),647-670.
- Bell, H. M., (1934). *Adjustment inventory*. Ed. Stanford University Press. Stanford, California. E.U.A.
- Bellelli, G., (1987). *La representación sociale de la maladie mentale* Ed. Liguori. Nápoles, Italia.
- Bem, S.L., (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. In Sonderegger, T. B., (Compilation) *Psychology and gender*, Nebraska Symposium on Motivation, Vol. 32. University of Nebraska Press. Nebraska, E.U.A.
- Benjamin, L.S., (1979). Structural analysis if differentiation failure. *Psychiatry*, (42), 1-23.
- Benjamin, L.S., (1984). Principles of prediction using structural analysis of social behavior, En Zucker, R. A., Amoff, J. & Rabin, A. I., (Eds.) *Personality and the prediction of behavior* (pp. 121-174). Ed. Academic Press. New York, E.U.A.
- Ben-Porath, Y. S. & Butcher, J.N., (1991). Psychometric stability of rewritten MMPI items. *Journal of Personality Assessment*, 53 (4), 645-653.
- Benreuter, R. G., (1933). The theory and construction of the personality inventory. *Journal of Social Psychology*, (4), 387-405.
- Berger, P. A. & Brodie, H.K.H., (1986). *American handbook of psychiatry*, Vol. 8, Biological Psychiatry. Ed. Basic Books. New York, E.U.A.
- Bernstein, I., Teng, G., Grannemann, B. & Garbin, C., (1987). Invariance in the MMPI'S component structure. *Journal of Personality Assessment*, 51(4), 522-531.
- Blalock, H. M., (1974). *Measurement in the social sciences*. Ed. Aldine. E.U.A.
- Block, J., (1971). *Lives through times*. Ed. Bancroft Brooks. Berkeley, California, E.U.A.
- Block, J., (1993). *Studying personality the long way*. Washington, D.C. Ed. American Psychological Association. E.U.A.
- Blos, P., (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Ed. McGraw Hill. New York, E.U.A.
- Blos, P., (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, (22), 162-186.
- Blos, P., (1990). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz. México.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Blythe, D., Simmons, R. & Zakin D., (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females: The impact of pubertal timing within different school environment. *Journal of Youth and Adolescence*, (14),207-225.
- Bohosian, J., (1982). Interpersonal dimensions of mental health (Doctoral thesis, Fuller Theological Seminary, School of Psychology). Dissertation Abstracts International, (43), 397A.
- Blood, L. & D'Angelo, R., (1974). A progress research report on value issues in conflict between runaways and their parents. *Journal of Mar. Family*, (36),486-491.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. & Silver, S. E., (1989). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (29), 76-83.
- Briggs, P. F., Wirt, R. D. & Johnson, R., (1961). An application of prediction tables to the study of delinquency. *Journal of Consulting Psychology*, (25), 46-50.
- Brokaw, D.W. & McEmore, C.W., (1983). Toward more rigorous definition of social reinforcement: Some interpersonal clarifications. *Journal of Personality and Social Psychology*, (44),1014-1020.
- Bronfenbrenner, U., (1979). The ecology of human development. Ed. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. E.U.A.
- Brooks-Gunn, J., (1987). Pubertal process and girls psychological adaptation. Ed. Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Brooks-Gunn, J. & Warren, M. P., (1987). Biological contributions to affective expression in young adolescent girls. Presented at the Biennial Meeting of Social Responsibility and Child Development. Baltimore, E.U.A.
- Brooks-Gunn, J. & Warren, M. P., (1988). The psychological significance of secondary sexual characteristics in 9 to 11 year old girls. *Child Development*, (24),11-20.
- Brooks-Gunn, J., (1988). Commentary: Developmental issues in the transition to early adolescence. The Minnesota Symposia on Child Psychology, (21),189-208.
- Brooks-Gunn, J. & Reiter, E. O., (1990). The role of pubertal processes. *Psychological Bulletin*, (111), 190-200.
- Brown, G. & Harris, T., (1978). Social origins of depressions: A study of psychiatric disorder in women. Ed. Free Press. New York, E.U.A.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S. & Becker, J. B., (1992). Are adolescents the victims of raging hormones: evidence of the activation effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, (111),62-107.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A. & Rae, D. S., (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, (47), 511-518.
- Butcher, J. N., (1972). *Objective personality assessment changing perspectives*. Ed. Academic Press. New York. E.U.A.
- Butcher, J. N., (1987). *Computerized psychological assessment: A practitioner's guide*. Ed. Basic Books. New York, E.U.A.
- Butcher, J. N., (1989). *User's guide for the Minnesota personnel report* Minneapolis: National Computer System. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J. N., Bornstein, R. F., Bonner, S., Kildow, A. M. & McCall A. C., (1995). Effects of individual versus group test administration on Rorschach oral dependency scores. *Journal of Personality Assessment*, 69(1),215-228.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B., (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring.* Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J.R., Tellegen, A. & Kaemmer, B., (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring.* Ed. Minneapolis: University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L. & Ben Porath, Y. S., (1990). *Development and use of the MMPI-2 Content Scales.* Ed.: University of Minnesota Press. Minneapolis. E.U.A.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A Ben-Porath, Y. S. & Kaemmer, B., (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescent), Manual for administration, scoring, and interpretation,* Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J. N. & Owen, P. L., (1978). *Objective personality inventories: Recent research and some contemporary issues.* In B. B., Wolman (Ed.), *Clinical diagnosis of mental disorders: A handbook* (Pp. 475-545). Ed. Plenum. New York, E.U.A.
- Butcher, J. N., Cabiya, J., Lucio, G. M. E., Peña, L., Reuben, D. L. & Scott, R., (1998). *Hispanic version of the MMPI-A for the United States.* Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J.N. y Panchieri, P., (1976). *Handbook of cross-national MMPI research.* Minneapolis: University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Cainrs, R. B. y Hood, K. E., (1983). Continuity in social development: A comparative perspective on individual difference Prediction. In Batles, P. B. Y Brim, O. G., (Ed.). *Life- span development and behavior* (Vol.5). Ed. Academic Press. New York, E.U.A.
- Campbell, D.T. & Stanley, C.J., (1966). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.* Ed. Amorrartu. Buenos Aires, Argentina.
- Cane, V. y Heim, A., (1950). The effects of repeated testing: III further experiments and general conclusions. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, (2), 182-195.
- Capwell, D. F. y Fiske, D., (1959). Convergent and discriminate validation by the multitrait multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, (54), 81-105.
- Capwell, D. F., (1945a). Personality patterns of adolescent girls. 1. Girls who show improvement in IQ. *Journal of Applied Psychology*, (29), 212-228.
- Capwell, D. F., (1945b). Personality patterns of adolescent girls. II. Delinquents and non-delinquents. *Journal of Applied Psychology*, (29), 284-297.
- Carson, R.C., (1969). *Interaction concepts of personality.* Ed. Aldine. Chicago, E.U.A.
- Cashdan, S., (1982). *Interaccional psychotherapy: stages and strategies in behavioral change.* Ed. Grune y Stratton. New York, E.U.A.
- Cashel, M. L., Rogers, R, Sewell, K. W., Holliman, N. B., (1998). Preliminary validation of the MMPI-A for a male delinquent sample: An investigation of clinical correlates and discriminate validity. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 71(1), 49-69.
- Catell, R. y Warburton, F., (1967). *Objective personality and motivation test.* Ed. Urbana: University Of Illinois Press. Illinois, E.U.A.
- Catell, R., (1965). *The science scientific analysis of personality.* Ed. Aldine Publishing Company. Chicago, E.U.A.
- Cerling, D., (1980). *Interpersonal dimensions of psychopathology* (Doctoral Thesis Fuller theological seminary, Graduate School of Psychology, 1979). *Dissertation Abstracts International*, (40), 5804B.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Cicchetti D. y Cohen, D., (1995). *Developmental psychopathology, Vol. I: Theory and method*. Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- Cicchetti, D., (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, (55),1-7.
- Cicchetti, D. y Garnezy, N., (1993). Special issue: Milestones in the development of resilience development and psychopathology, 5(4),497-774.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L., (1991). *The making of a developmental psychopathologist*. In Cantor D., Spiker C. y Lipssitt L., (Ed.). *Child development: Training for diversity*. Norwood, New Jersey. Ed. Ablex. Norwood, New Jersey, E.U.A.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L., (1992). The role of developmental theory and prevention and intervention. *Development and Psychopathology*, (4),489-493.
- Cicchetti, D. y Tucker, D., (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, (6),533-549.
- Cicchetti, D., (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, (13),471-502.
- Cicchetti, D., Cohen, D., (1995). *Developmental psychopathology, Vol. II: Risk, disorder and adaptation*. Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- Codol, J. P., (1984). On the system of representations in an artificial social situation. In Farr, R. M. & Moscovici, S., Ed. *Social Representations.*, (pp. 255-268). Inglaterra.
- Codol, J. P., (1990). Studies on self-centered assimilation processes. In Caverni, J. P., Fabre, J. M. y González, M. Ed. *Cognitive Bases*. Amsterdam, Holanda del Norte.
- Cofer, C. y Appley, M., (1971). *Psicología de la motivación: Teoría e investigación*. Ed. CECSA. México.
- Cohen, L.H., Burt, C.E. & Bjorck, J.P., (1986.). Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adults and their parents. *Paper presented at the Meeting of the American Psychological Association*, Washington, D.C., E.U.A.
- Colotla, V., Bowman, M. & Shercliffe, J., (2001). Test-Retest stability of injured workers MMPI-2 profiles. *Psychological assessment*, 13(4),572-576.
- Colligan, R. C., Osborne, D., Swenson, W. M. & Offord, K. P., (1983). *The MMPI: A contemporary normative study*. Ed. Praeger. New York, E.U.A.
- Colligan, R. C. & Offord, K. P., (1991). Adolescent, the MMPI, and the Issue of K correction: A contemporary normative study. *Journal of Clinical Psychology*, (47), 607-631.
- Colligan, R. C. & Offord, K. P., (1989). The aging MMPI: contemporary norms for contemporary teenagers. *Mayo Clinic Proceedings*, (64), 3-27.
- Compas, B. E., (1994). *Promoting successful coping during adolescence*. In Rutter M., (Ed.). *Psychosocial Disturbances in Young People: Challenges for Prevention*. New York. Ed. Cambridge University Press. New York, E.U.A.
- Conkey, V. A., (2000). Determining the sensitivity of the MMPI-A to random responding and malingering in adolescents., (Minnesota Multiphasic Personality Index, validity scales). *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 60(7-B), US: Univ. Microfilms International.
- Cooper, C.R., (1988). Commentary: The role of conflict in adolescent parent relationships. In Gunnar, M. R. & Collins, W. A., (Ed.), *Development during the transition in adolescence: Minnesota Symposia on Child Psychology*, (Vol. 21, pp. 181-187). Ed. Erlbaum. Hillsdales, New Jersey. E.U.A.
- Costa, P.T., McCrae, R. R. & Arenberg, J., (1980). Enduring disposition in adult males. *Journal of Personality and Social Psychology*, (38), 793-800.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Costello, E. J. y Angold, A., (1995). *Developmental epidemiology*. In Cicchetti D. y Cohen D., (Eds.). *Developmental psychopathology. Vol. II Risk, Disorder and adaptation* (p.p. 23-56). Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- Coyne, J.C., Kahn, J. y Gillib, I.H., (1987). Depression. In Jacob, T., (Ed.). *Family interaction and psychopathology*. Ed. Pergamon. New York, E.U.A.
- Crockett, L. J., Lossof, M., Petersen, A. C., (1984). Perceptions of the peer group and friendship in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, (4),155-181.
- Crockett, L. J. & Petersen, A. C., (1987). Pubertal status and psychosocial development: findings from the Early Adolescence Study. *Journal of Adolescent Behavior*, (3),197-230.
- Crockett, L. J. & Petersen, A. C., (1993). Adolescent development: health, risks and opportunities for health promotion. In Millstein, S.G., Petersen, A. C. & Nightingale, E.D., (eds), (1993). *Promoting the Health of Adolescents. New Directions for the Twenty-first Century*. Ed. Oxford University Press. New York, E.U.A.
- Cronbach, L., (1949). *Essentials of Psychological Testing., (First Edition)*. Ed. Harper Row International Evanston and London. New York, E.U.A.
- Cronbach, L., (1970). *Essential of Psychological Testing, (Third Edition)*. Harper y Row. New York, N (p. 143). E.U.A.
- Cueli, J. Reidl, L., Marti. C., Latiguee, T., y Michaca, P., (1972). *Teorías de la Personalidad*. Ed. Trillas. México.
- Chiauzzi, R.P., (1991). Personality Science: A proposal. *Journal of Personality and Social Psychology*, (50), 382-385.
- Children Safety Network, (1991). *A data book of child and adolescent injury*. National Center for Education in Maternal and Child Health. Washington, D.C., E.U.A.
- Csikszentmihalyi, M. & Larsen, R., (1984). *Being adolescent*. Ed. Basic Books. New York, U.S.A.
- Dahlstrom, W. G. & Dahlstrom, L. E., (1972). *An MMPI handbook: Vol.1, Clinical Interpretation*. Ed University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. & Dahlstrom, L. E., (1975). *An MMPI handbook: Vol. II Research applications*. Ed Minneapolis: University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Dahlstrom, W. G. & Dahlstrom, L. E., (1980). *Basic readings on the MMPI-A new selection on personality measurement*. Ed University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G. S. & Dahlstrom, L. E., (1972). *An MMPI-A handbook: Vol. 11. research applications*. Ed University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Dahlstrom, W, G. & Welsh, G. S., (1960). *An MMPI handbook: A guide to use in clinical practice and research*. Ed University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Damon, W. y Hart, D., (1982). The development, of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, (53),841-864.
- Damon, W. y Lerner, R. M., (1998). *Handbook of child psychology*. Ed. John Wiley and Sons, Incorporated. New York, E.U.A.
- Debesse, M., (1977). *La adolescencia*. Ed. OIKOS-TAU. Barcelona, España.
- Doane, J. A., Fallon, I. R. H., Goldstein, M. J. y Mintz, J., (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia: Predicting course of illness and social functioning. *Archives of General Psychiatry*, (42), 34-42.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Dahrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E. y Stueve, A., (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, (255), 946-952.
- Donovan, J. E. y Jessor, R., (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal Consulting Clinical Psychology* 53(6),890-904.
- Drake, L. E., (1946). A social scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, (30), 51-54.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., y Cols. (1993). Development during adolescence: the impact of stage-environment fit on adolescents experiences in schools and families. *American Psychology*, (48),90-101.
- Ehrenworth, N. V. & Archer R. P., (1985). A comparison of clinical accuracy rating of interpretative approaches for adolescent MMPI responses. *Journal of Personality Assessment*, 49(4), 413-421.
- Elder, G. H., Jr. Modell, J. & Parke, R. D., (1993). Children in time and place: developmental and historical insights. Ed. Cambridge University Press. New York, E.U.A.
- Elkind, D., (1978). Understanding the young adolescent. *Adolescents*, (13), 127-134.
- Elkind, D., (1980). *Egocentrism in adolescence*. In Moos, R. E., *Adolescent Behavior and Society: A Book of Readings*. Third Edition. Ed. Random House. New York, E.U.A.
- Elkind, D. & Bowen, R., (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, (15), 38-44.
- Emery, R.E., (1982). Interpret conflict and the children of discord and divorce. *Psychology Bulletin*, (92), 310-330.
- Entwisle, D. R., (1990). School and the adolescent. In Feldman, S. S. & Elliot, G. R., (Ed.), (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Ed. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.
- Epstein, S., (1979). The stability of behavior I. On predicting most of the people much of the time. *Journal of Personality and Social Psychology*, (37),1097-1126.
- Epstein, S., (1983). Aggregation and beyond. *Journal of Personality*, (51), 360-392.
- Erickson, E. H., (1956). The concept of ego identity. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, (4), 56-121.
- Erickson, E. H., (1959). *Childhood and Society*. Ed. Norton. New York, E.U.A.
- Erikson, E. H., (1972). Identity: Youth and crisis. Ed. Norton. New York, E.U.A.
- Eriksson, E. H., (1972). *Sociedad y adolescencia*. Ed. Siglo XXI. México.
- Evans, R. W., Ruff, R. M., Braff, D. L. y Cox, D. R., (1986). *On the consistency of the MMPI in borderline personality disorder*. University of North Carolina School of Medicine Biological Science Research Control. Chapell Hill, North Caroline, E.U.A.
- Ey, H., Bernard, P., Bisset, CH., (1965). *Tratado de psiquiatría*. Ed. Torá y Masson S.A. México.
- Eysenck, H.J., (1967). The biological basis of personality. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. *Psychological Bulletin*, (54), 225-246.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B., (1976). The questionnaire measurement of psychoticism. *Psychological Medicine*. 2 (1), 50-5.
- Fauber, R., Forehand, R., Thomas, A. & Wierson, M. A., (1990). Meditonal model of the impact of marital conflict in adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting. *Child Development*, (61),1112-1123.
- Feighner J. P., (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26 (57).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Finn, S.E., (1986). Stability of personality ratings over 30 years: Evidence for an age/cohort interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, (50), 813-818.
- Fiske, S. T. & Neuberg, S. L., (1990). A continuum of impression formation, from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation. In Zanna, M. P., (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 23. Ed. Academic. New York, E.U.A.
- Flament, M.F., Koby, E., Rappaport, J.L., Berg, C.J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M. & Lenane, M., (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (31), 363-380.
- Fontaine, J. L., (2000). The effects of varying clinical elevation demarcations on classification accuracy of the MMPI-A. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 61(2-B). Univ. Microfilms International.
- Fontaine, J. L., Archer, R. P., Elkins, D E., Johansen, J., (2001). The effects of MMPI-A T-Score elevation on classification accuracy for normal and clinical adolescent samples. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 76(2) Apr 2001, 264-281.
- Ford, D. H., (1987). *Humans as self-constructing living systems*. Ed. Earlbaum. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Ford, D. L. & Lerner, R. M., (1992). *Developmental system theory: An integrative approach*. Ed. Sage University Press. Newberry Park, California, E.U.A.
- Freedman, Kaplan y Sadock., (1975). *Compendio de Psiquiatria*. Ed. Salva S.A. México.
- Freud, A., (1958). *Adolescence. Psychoanalytic study of child*, (13), 255-278.
- Freund, E. E. y McGuire, M. B., (1991). *Health, Illness and the Social Body*. Ed. Prentice Hall. Englewood Cliffs. New Jersey, E.U.A.
- Friedman, A. F., Webb, J. T. & Lewak, R., (1989). *Psychological Assessment with the MMPI Ed*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Friedman, J. M. H., Anis, G. M., Boeck, M. & Difiore, J., (1987). Prevalence of specific suicidal behaviors in high school sample. *American Journal of Psychiatry*, (144), 1203-1206.
- Fromm, E., (1985). *Anatomía de la destructividad humana*. Ed. Paidós, México.
- Furstenberg, F. F., Jr., Brooks-Gunn, J. & Morgan, SD. P., (1987). *Adolescent Mothers in later life*. Ed. Cambridge University Press. New York, U.S.A.
- Furstenberg, F. F., (1990). Coming of age in a changing family system. In Feldman, S. S. & Elliot, G. R., (Ed.), (1990). *At the Threshold: The developing adolescent*. Ed. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.
- Frye, E. M., (1998). *Assessing adolescent students with serious emotional disturbance using the MMPI-A*. *Dissertation Abstracts International, A (Humanities and Social Sciences)*. Vol. 59(3-A), US: University Microfilms International.
- Gans, J. J. y Blythe, D. A., (1990). *American Adolescents: How Healthy are They?* (AMA Profiles of Adolescent Health Series). Ed. American Medical Association. Chicago, E.U.A.
- Gilbert, B.O., (1985). *Psychological responsivity to venipuncture and speech giving in insulin-dependent diabetic adolescents at two levels of diabetes control and their nondiabetic peers*. University of Florida, E.U.A.
- Gilbert, D.G. y Connolly, J.J., (1995). *Personalidad, habilidades sociales y psicopatología: Un enfoque diferencial*. Ed. Omega, México.
- Gilligan, C., (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Ed. Harvard University Press. E.U.A.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Jose Manuel Pérez Y Fariás

- Goldberg, L. R., (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In Weeler, I., (Ed.). *Review of Personality and Social Psychology* (Vol. 2. pp. 318-359). Ed. Sage Publications. California, E.U.A.
- Golden, R. R. & Meehl, P. E., (1979). Detection of the schizoid taxon with MMPI indicators. *Journal of Abnormal Psychology*, (88), 217-233.
- Goldman, L. R., (1989). *Psiquiatría general*. Ed. El Manual Moderno. México.
- Goldstein, M. J., (1988). The family and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, (39), 283-299.
- Goldstein, M.J., Judd, L.L., Rodnick, E.H., Alkire, A. y Gould, E., (1988). A method for studying social influence and coping patterns within families of disturbed adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, (47), 233-251.
- Gottesman, I. I. Hanson, D. R., Kroeker, T. A. & Briggs, P.F., (1987). *New MMPI normative data and power-transformed. T-score tables for the Hathaway-Monachesi Minnesota cohort of 14, 19 fifteen-years-old and 3, 674 eighteen-year-olds*. In Archer, R.P. *Using the MMPI with adolescents*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Gottesman, I. I. & Prescott, C. A., (1989). Abuses of the MacAndrew alcoholism scale: A critical review. *Clinical Psychology Review*, (9), 223-242.
- Gottesman, I. I., Hanson, D. R., (1990). *Can the MMPI at age 15 predict schizophrenics-to-be?* In Colligan R. C., (Ed.). *The MMPI and adolescents: Historical perspective, current research, future developments*. E.U.A.
- Gottman, J. M., (1987). *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press, E.U.A.
- Gould, M. S., Wunsch-Hitzig, R. & Dohrenwend, B., (1988). Estimating the prevalence of child psychopathology: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, (20), 462-476.
- Graham, J. R., (1990). *MMPI-2 Assessing personality and psychopathology*. Ed. Oxford University Press. New York, E.U.A.
- Graham, P. & Rutter, M., (1985). *Adolescent disorders*. In Rutter y M. Hovsov L. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Ed. Blackwell. Oxford, England.
- Gray, J. A., (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In Eysenck, H. J., (Ed.). *A model for personality* (pp.246-276). Ed. Springer. New York, E.U.A.
- Green, R. L., (1989). *Assessing the validity of MMPI profiles in clinical settings. Clinical notes on the MMPI, No 11* Minneapolis: National Computers Systems. Minneapolis, E.U.A.
- Greene, R. L., (1980). *The MMPI an interpretive manual*. Ed. Allyn y Bacon. Boston, E.U.A.
- Greene, R. L., (1989). *The MMPI: An interpretation manual* (Second edition.) Ed. Grune y Stratton. New York, E.U.A.
- Greene, R. L., (1991). *The MMPI-2 / M.M.P.I.: An interpretive manual*. Ed. Allyn and Bacon. Boston, E.U.A.
- Guilford, J., (1954). *Psychometric methods., (Second edition)*. Ed. New York, New York, E.U.A.
- Gumbiner, J., (1998). MMPI-A profiles of Hispanic adolescents. *Psychological reports*. Vol. 2(2), 659-672.
- Haggerty, R. J., Garmezy, N., Rutter, M. & Sherod L., (1994). *Risk and resilience in children: developmental approaches*. Ed. Cambridge University Press. New York, U.S.A.
- Hall, G. S. & Lindsey, G., (1980). *Adolescence: Its relationship to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Ed. Appleton. New York, E.U.A.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Hammel, S. David., (2001). An investigation of the validity and clinical usefulness of the MMPI-A with female juvenile delinquents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, Vol. 61:(11-B), Microfilms International.
- Hammond, W. R. & Yung, B., (1993). Psychology's role in the public health response to assaultive violence among young African- American men. *American Psychologist*, (48), 142-154.
- Hanson, D. R., Gottesman, I. I, & Heston, L. L., (1990). Long-range schizophrenia forecasting: *Mary a slip twixt cup and lip*. In Rolf, J. E. Masten, A., Cicchetti, D., Neuchterlein, K. & Weintraub S., *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Ed. Cambridge University Press. New York, E.U.A.
- Harris, R. E. & Lingoes, J. C., (1955). *Subscales for the MMPI an aid to profile interpretation*. Mimeographed materials, Department of Psychology, University of California. San Francisco, California. E.U.A.
- Harrocks, J., (1965). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Trillas. México
- Harter, S., (1990). Self and identity development. In Feldman, S. S. & Elliot, G. R., (eds), (1990). *At the Threshold: The Developing Adolescent*. Ed. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C., (1940). A Multiphasic personality schedule (Minnesota), construction of the schedule. *Journal of Psychology*, (10), 249-254.
- Hathaway, S. R. y Briggs, P. F., (1957). Some normative data on new MMPI scales. *Journal of clinical psychology*, (13), 364-368.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C., (1940). A Multiphasic personality schedule (Minnesota), 1. construction of the schedule. *Journal of Psychology*, (10), 249-254.
- Hathaway, S. R., (1939). The personality inventory an aid in the diagnosis of psychopathic inferiors. *Journal of Consulting Psychology*, (3), 112-117.
- Hathaway, S. R., (1964). MMPI professional use by professional people. *American Psychologist*, (19), 204-210.
- Hathaway, S. R., (1965). *Personality inventories*. In Wolman, B. B., (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (Pp.451-476). Ed. McGraw-Hill. New York, E.U.A.
- Hathaway, S. R., Reynolds, P. C. & Monachesi, E. D., (1969). Follow-up of the later cares and lives of 1,000 boys who dropped out of high school. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (33), 370-380.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C., (1943). *The Minnesota multiphase personality inventory*, Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Hathaway, S. R. & Monachesi, E. D., (1951). The prediction of juvenile delinquency using the Minnesota multiphase personality inventory. *American Journal of Psychiatry*, (108), 469-73.
- Hathaway, S. R. & Monachesi, E. D., (1952). The Minnesota multiphase personality inventory in the study of juvenile delinquents. *American Sociological Review*, (17), 704-710.
- Hathaway, S. R. & Monachesi, E. D., (1953). *Analyzing and predicting juvenile delinquency with the MMPI*. Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Hathaway, S. R. & Monachesi, E. D., (1961). *An atlas of juvenile MMPI profiles*. Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Hathaway, S. R. & Monachesi, E. D., (1963). *Adolescent personality and behavior*. Ed. Minneapolis: University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J.C., (1942). A Multiphasic personality schedule (Minnesota), III The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, (13), 73-84.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Hedlund, J. L., (1977). MMPI Clinical correlates. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 10 (1), 739-750.
- Henry, L. M., (1999). Comparison of MMPI and MMPI-A response patterns of African American. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 60(6-B), Univ. Microfilms International.
- Hicks, M., Rogers, R. & Cashel, M., Predictions of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry y the Law*. Vol. 28(2), 183-190, 2000.
- Hilgard, E. R., Atkinson R. L. & Atkinson, A. C., (1962). *Introduction to psychology*. Ed. Brace Jovanoich. New York, E.U.A.
- Hill, J. P., (1980). Parental care of children: Time diary estimate of quantity, predictability and variety. *Journal of Human Resources*, 15,219-239.
- Hillard, J. R., Slomowitz, M. & Levi, L. S., (1987). A retrospective study of adolescents visit to a general hospital psychiatric emergency service. *American Journal of Psychiatry*, (144), 432-436.
- Hogan, R., (1983). A psychoanalytic theory of personality. In Page, M., (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation* (pp.418-412). Ed. University of Nebraska Press. Lincoln, Nebraska, E.U.A.
- Hokanson, J. E., Lowenstein, D.A., Hedeem, C. & Howes, M.J., (1986). Dysphoric college students and roommates: a study of social behaviors over a three-month period. *Personality and Social Psychology Bulletin*, (12),311-324.
- Hokanson, J. E., Sacco, W.R., Blumberg, S.R. y Landrum, G.C., (1980). Interpersonal behavior of depressive individuals in a mixes-motive game. *Journal of Abnormal Psychology*, (89), 320-332.
- Hokanson, J. E. & Rupert, E., (1982). The modification of autonomic responses during aggressive interchange. *Journal of Personality*, (36), 386-404.
- Horney, K., (1976). *Psicología femenina*. Ed. Alianza. México.
- Horowitz, L. Y Vitkus, J., (1986). The interpersonal bias of psychiatric. *Clinical Psychology Review*, (6), 443-469.
- Horton, A. &, Langhinrichsen, J., (1989). Reliability and validity of the inventory to diagnose depression (IDD) with an inpatient alcoholic population. *Psychotherapy in Private Practice*, Vol. 7(3), 55-60.
- Huesmann, L. R., Lefkowitz, M. M. & Eron, L. D., (1978). Sum of MMPI scale F, 4 and 9 as a measure of aggression. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, (46), 1071-1078.
- Humm, D. G. & Wadsworth, G. W., (1935). The Humm-Wadsworth Temperament Scale. *American Journal of Psychiatry*, (92), 163-200.
- Hurlock, E., (1975). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Hurt, S., Clarkin, J. & Morey, L., (1990). An examination of the stability of the MMPI personality disorder scales. *Journal of Personality Assessment*, 43(2), 143-149.
- Inoff-Germain, G., Arnold, G. S., Nottlemann, E. D., Susmann, E. J., Cutler, G. B. & Chousos, G. P., (1998). Relations between hormones levels and observational measures of aggressive behavior of young adolescents in family interactions. *Developmental Psychology*, (24),129-139.
- Jensen, P.S., Bloedau, L. Degroot, J., Ussery, T. y Davis, H., (1990). Children at risk: I, risk factors and child symptomatology. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, (29), 51-59.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Jose Manuel Pérez Y Fariás

- Jessor, R., (1991). Behavioral science: An emerging paradigm for social inquiry. In Jessor, R., (Ed.) *Perspectives on Behavioral Science. The Colorado lectures*: (pp.309-316). Ed. Westview Boulder. Colorado, E.U.A.
- Jessor, R., (1992). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Developmental Review*, (12),374-390.
- Jessor, R., (1993) Successful adolescent development among youth in high risk settings. *American Psychologist*, ( 48), 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F.M., (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Ed. New York: Cambridge University Press. New York, E.U.A.
- Jessor, R. & Jessor, S.L., (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Ed. Academic Press. New York, E.U.A.
- Jodelet, D., (1986). La representación social: Fenómeno, concepto y teoría. En Moscovici, S. *Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales*. Ed. Paidós. Barcelona-Buenos Aires-México.
- Johns, R. S., Mednick, S.A. & Shulsinger, F., (1982). Teacher reports as a prediction of schizophrenia and borderline schizophrenia: A Bayesian decision analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, (91), 399-413.
- Kashani, J. H. y Orvaschel, H., (1988). Anxiety disorders in mid- adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, (145), 960-964.
- Kashani, J. H., Beck, N., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAlester, J. A., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C., (1987). Psychiatric disorders a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, (144), 584-589.
- Kazdin, A. E., (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, (48), 127-141.
- Keating, D., (1990). Adolescent thinking. In Feldman, S. S. & Elliot, G. R., (Ed., (1990). *At the threshold: The Developing Adolescent*. Ed. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.
- Kelly, C. & King, G., (1979). Cross validation of The 2-8/8-1 MMPI code type for young adult psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 43(2), 143-149.
- Kendall, P. C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K. R., (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy And Research*, (14), 279-289.
- Kerlinger, F., (1988). *Técnicas de investigación del comportamiento*. Ed. Interamericana. México.
- Kiesler, D. J. & Goldston, C. S., (1988). Client-therapist complementarity: An analysis of the Gloria films. *Journal of Counseling Psychology*. 35, 127-133.
- Kiesler, D. J., (1983) The 1982 Interpersonal circle: A taxonomy for complementary in human transactions. *Psychological Review*, (90), 185-214.
- Kiesler, D.J., (1986). Interpersonal methods of diagnosis and treatment. In R. Michels & J.O. Cavenar (Ed.), *Psychiatry* (pp. 1-24) ED: Lippincott. Philadelphia, E.U.A.
- Kiesler, D. J., (1988). *Therapeutic metcommunication*. Palo Alto, California: *Consulting Psychologists Press*.
- Kiesler, D.J., (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In Anchin, J. C. & Kiesler, D. J., (Ed.). *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 3-24). Ed. Pergamon. New York, E.U.A.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Kiesler, D.J., Anchin, J.C., Perkins, M.J., Chirico, B., Kyle, E.M. & Federman, E.J., (1976). *The impact message inventory (Form II)*. Richmond: Virginia Commonwealth University, E.U.A.
- Kimmel, D. C. & Weiner, I.B., (1985). *Adolescence: A developmental transition*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Kimmel, D. C. & Weiner, I. B., (1985). *Adolescence: A developmental transition*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Klinefelter, D., Pancoast, D. L., Archer, R. P. & Pruitt, D. L., (1990). Recent adolescent MMPI norms: T-score elevation comparisons to Marks and Briggs. *Journal of Personality Assessment*, (54),379-389.
- Klinge, V., Lachar, D., Grissell, J. & Berman, W., (1978). Effects of scoring norms on adolescent psychiatric drug user and nonusers MMPI profiles. *Adolescence*, (13),1-11.
- Kohlberg, L., LaCrosse, J. & Ricks, D., (1972). The predictability of adult mental health from child behavior. In Wolman, B., (Ed.), *Manual of Child Psychopathology* (pp.1217-1284) McGraw-Hill. New York, E.U.A.
- Koper, B. A., Osman, A., Osman J., R. y Hoffman J., (1998). Clinical utility of the MMPI-A content scales and Harris Lingoes subscales in the assessment of suicidal risk factors in psychiatric adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. 54(12),191-200.
- Kumar, C., (1982). Implementation issues in adolescent inpatient research. *Comprehensive Mental Health Care*. Vol. 2 (1), 27-43
- L'Abate, L. & Milan, M. A., (1985). *Handbook of social skills training and research*. Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- L'Ecuyer, R., (1981). *The development of the self-concept through the life span*. In Lynch, M. D., Norem-Hobeisen, A. A. y Gergen, K., (Ed.) *Self Concept: Advances in theory and research*. Ed. Ballinger. Cambridge, England.
- Lachar, D., Klinge, V. & Grissell, J. L., (1976). Relative accuracy of autonomated MMPI narratives generated from adult norm and adolescent norm profiles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (44), 20-24.
- Lachar, D. & Wrobel, N. H., (1990). *Predicting adolescent MMPI correlates: Comparative efficacy of self-report and other-informant assessment*. In Colligan, R. C., (Ed.). *The MMPI and adolescent: Historical perspective, current research, and future developments*. In un simposio presentado en la convención anual de la Asociación Psicológica Americana. Massachusetts, Boston, E.U.A.
- LaForge, R. & Sucek, R.F., (1985). The interpersonal dimensions of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, (24), 94-112.
- Landis, C. & Kaltz, S. E., (1934). The validity of certain questions which report to measure neurotic tendencies. *Journal of Applied Psychology*, (18), 343-356.
- Lees-Haley, P.R., (1981). College norms for the Leary Interpersonal Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (49), 302-303.
- Lehalle, M., (1986). Rasgos psicosociales en la adolescencia. *Revista Temas de Trabajo*, (2),1-6.
- Lehrman, D. S., (1953). A critique of Konrad Lorenz's theory of instinct behavior. *Quarterly Review of Psychology*, (28), 337-363.
- Lehrman, D. S., (1979). Semantic and conceptual issues the nature-nature problem. In Aronson, L. R., Tobias, E. & Rosenblath, J. S., (Ed.). *Development and evolution of behavior: Essays in memory of T.C. Shneirla*. Ed. Freeman. San Francisco, E.U.A.
- Lerner, R. M. & Mulkeen, P., (1990). Commentary. *Developmental Review*, (33),179-184.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Lerner, R. M. y Tumban, J., (1989). Conceptual issues in studying continuity and discontinuity in personality development across life. *Journal of Personality*, (57), 343-373.
- Lerner, R. M., (1986). *Concepts and theories of human development. (Second edition)*. Ed. Random House. New York. E.U.A.
- Lewinson, P. M., (1968). Characteristics of patients with hallucinations. *Journal of Consulting Psychology*, (24), 74-83.
- Lewis, C. E., (1984). Alcoholism, antisocial personality, and narcotic addiction: An interactive approach. *Psychiatry Development*, (3), 223-235.
- Lewis, C. E. & Bucholz, K.K., (1991). Alcoholism, antisocial behavior and family history. *Journal Addictions*, (86), 177-194.
- Loeber, R. & Dishion, T., (1983). Early predictors of male delinquency: A Review *Psychology Bulletin*, (94), 68-98.
- Loehlin, J. C., (1987). *Latent variable models: An introduction to factor, path and structural analysis*. Ed. Erlbaum. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Loevinger, J., (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. Ed. Jossey Bass. San Francisco, California, E.U.A.
- López, M. I., (1988). *La encrucijada de la adolescencia: I. Psicología de la adolescencia normal*. Ed. Hispánicas. México.
- Lowman, J., Galinsky, M. D. & Gray-Little, B., (1980). *Predicting achievement: A ten-year follow-up of black and white adolescents*. The University of North Carolina at Chapel Hill: Institute for Research in Social Science (I.R.S.S. Research Reports). E.U.A.
- Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D. & Seever, M. F., (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. *American Psychologist*, (40), 857-861.
- Lubin, B., Larsen, R. M. & Matarazzo, J. D., (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, (39), 451-454.
- Lubin, B., Wallis, R. R. & Paine, C., (1971). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1969. *Professional Psychology*, (2), 70-74.
- Lucio, G. M. E., Durán, C., Ben Porath, Y. S. y Graham, J. R., (2002). Identifying faking bad on the MMPI-A with Mexican adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 57(12), 1459-1468.
- Lucio, G. M. E., (1994). La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 11(1), 45-54.
- Lucio, G. M. E., Ampudia, R. A. y Duran, P. C., (1998). *Manual para la administración y calificación del MMPI-A*. Ed. Manual Moderno. México.
- Lucio, G. M. E., Ampudia A., y Duran C., (1998). Un modelo de evaluación de la psicopatología del adolescente. *Revista de Psicología Contemporánea*, 4(4), 76-83.
- Lucio, G. M. E., Durán C., y Barcelata, B., (2000). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente. Solo para Investigación*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Lucio, G. M. E., (1992). *Estandarización y normalización del MMPI-A en español en un grupo de estudiantes universitarios*. ED: El Manual Moderno. México.
- Lucio, G. M. E., Palacios, H., Durán, C. & Butcher, J. N., (1999). MMPI-2 profiles of Mexican psychiatric inpatients: Validity, standard and supplementary scales. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1542-1552.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Lucio, G. M. E., Ampudia, R. A., Durán, P. C., León, G. I. & Butcher, J. N., (2001). Comparison of the Mexican and American norms of the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (7),1-10.
- Lucio, G. M. E., Pérez y Fariás, J. M., Ampudia, R. A., (1997). Un estudio de confiabilidad test-retest del MMPI-2 en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 14(1), 55-62.
- Maccoby, E. E. & Martin, J.A., (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In Hetherington, E.M., (Ed.). *Handbook of Child Psychology. Socialization. Personality and Social Development*. Vol. 4. Ed. Wiley, p.p. 1-102. New York, E.U.A.
- Magnusson, D., Stattin, H. y Allen V. L., (1985). A longitudinal study of some maladjustment process from mid-adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, (14),267-283.
- Manners, K. O., (1997). Faking good, social desirability, and the MMPI-A. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 58(3-B), US: Univ. Microfilms International.
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, (DSM-IV), (1994),
- Marcia, J. E., (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, (3), 551-558.
- Marks, P. A, Seeman, W. & Haller, D. L., (1974). *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. Ed. Williams y Wilkins. Baltimore, E.U.A.
- Marks, P. A. & Briggs, P. F., (1972). *Adolescent norm tables for the MMPI*. In Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S.y Dahlstrom, L. E. *An MMPI Handbook: Vol. 1 Clinical Interpretation* (Ed.), Pp. 388-399. Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Martin, M., (1987). Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences*, (6),353-365.
- Mccarthy, L. K., (1998). Factor analysis of the MMPI-a content scales: Item-level and scale-level analyses. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 59(4-B), US: Univ. Microfilms International.
- McCarthy, L, Archer, R., (1998). Factor structure of the MMP-A content scales: Item-level and scale-level findings. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 71(1), 84-97.
- McLemore, C. W. & Benjamin, L. S., (1979). Whatever happed to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. *American Psychologist*, (34), 17-34.
- McLemore, C. W. & Brokaw, E.W., (1987). Personality disorders as dysfunctional interpersonal behavior. *Journal of Personality Disorders*, (1), 270-285.
- McLemore, C. W. & Hart, P.P., (1982). Relational psychotherapy: The clinical facilitation of intimacy. In Anchin, J. C. & Kiesler, D. J., (Ed.), *Handbook of Interpersonal psychotherapy* p.p. 227-247. Ed. Pergamon. New York, E.U.A.
- Meehl P. E. & Hathaway, S. R., (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, (30),525-564.
- Meehl, P. E., (1972). Reactions, reflections, projections. In J. N. Butcher (Ed.), *Objective Personality Assessment: Changing Perspectives*, (pp. 131-189). Ed. Academic Press. New York, E.U.A.
- Mendoza-Newman, M. C., (2000). Level of acculturation, socioeconomic status, and the MMPI-A performance of a non-clinical Hispanic adolescent sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 60(9-B), Univ. Microfilms International.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Michenbaum, D., Butler, L. & Gruson, L., (1981). Toward a conceptual model of social competence. In Wine, J. D. & Smye, M. D., (Ed.). *Social Competence* p.p. 3-21 Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- Miklowitz, D.J., Strachan, A.M., Goldstein, M.J., Doane J.A. & Snyder, K.S., (1986). Expressed emotion and communication deviance in families of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, (95),60-66.
- Milne, L. C. , Greenway P. & Monash U. C., (1999). Do high scores on the adolescent-school problems and immaturity scales of the MMPI-A have implications for cognitive performance as measured by the WISC-III? *Psychology in the Schools*. Vol. 36(3),199-203.
- Moffit, T. E., (1993). Adolescence- limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, (100),674-701.
- Moldin, C. & Trevor, T., (1991). The origin and treatment of conduct and antisocial personality disorder. *Medical Hypnoanalysis Journal*, Vol. 6(2), 69-76.
- Monachesi, E. D., (1948). Some personality characteristics of delinquents and nondelinquents. *Journal of Criminal Law and Criminology*, (38), 487-500.
- Monachesi, E. D., (1950). Personality characteristics of institutionalized and noninstitutionalized male delinquents. *Journal of Criminal Law and Criminology*, (41), 167-179.
- Monachesi, E. D. & Hathaway, S. R., (1969). *The personality of delinquents*. In J. N. Butcher (Ed.), *M.M.P.I.: Research developments and clinical applications*. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Montemayor, R., (1982). The relationship between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend alone and with parents and peers. *Child Development*, 53, 1512-1519.
- Montemayor, R., (1983). Parents and adolescents in conflict: All families some of the time and some families most of the time. *Journal of Early Adolescence*, (3), 83-103.
- Montemayor, R. & Hanson, E. A., (1985). A naturalistic view of conflict between adolescents and their parents and siblings. *Journal of Early Adolescence*, (5), 23-30.
- Moos, R.H. & Moos, B.S., (1976). A typology of family social environments. *Family Process*, (15), 357-371.
- Murphy, G. E. & Wetzel, R.D., (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Achieves of General Psychiatry*, (47),383-392.
- Negy, C., Puentes L. L., Tranor, D. J. & Carlson, R., (1997). Mexican American adolescents performance on the MMPI-A. *Journal of Personality Assessment*, 69(1),205-214.
- Newcomb, M. D., (1992). Social support by many other names: Towards a united conceptualization. Special issues: Predicting, activating and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, Nov.1.
- Nie, H. M., Hull, C. H., Steinbrenner, D. & Jenkins, E., (1985). *Statistical package for social sciences: Version 4*. Ed. MacGraw Hill. E.U.A.
- Offord, J., (1986). The rules of interpersonal complementarity: Does hostility beget hostility and dominance, submission?. *Psychological Review*, (93), 365-377.
- Offter, D. & Archer, R. P., (1988). MMPI adolescent norms: Patterns and trends across 4 decades. *Journal of Personality Assessment*, (52), 691-706.
- Oldenburg, J. C., (1998). The relation between age and MMPI-A scale scores and correlates in a clinical population. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol. 58(11-B),6274, US: Univ. Microfilms International.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Overall, J. E. & Gómez-Mort, F., (1974). The MMPI 168 for screening. *Educational and Psychological Measurement*, (334), 315-319.
- Paikoff, R. L. & Brooks-Gunn, J., (1990). Physiological processes: What role do they play during the transition to adolescence?. In Montemayor, R., Adams, G. & Gullotta, T., (Ed.), *Advances in Adolescent Development*: Vol. 2. From childhood to adolescences: A transitional period?. Ed. Sage University Press. Newbury Park, CA, E.U.A.
- Paikoff, R. L. & Brooks-Gunn, J., (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, (110), 47-66.
- Pancoast, D. L., Archer, R. P. & Gordon, R. A., (1988). The MMPI and clinical diagnosis: A comparison of classification system outcomes with discharge diagnoses. *Journal of Personality Assessment*, (52), 81-90.
- Pancoast, D. L. & Archer, R. P., (1988). MMPI adolescent norms: Patterns and trends across 4 decades. *Journal of Personality Assessment*, (52), 691-706.
- Pancoast, D. L. & Archer, R. P., (1992). MMPI response patterns of college students: Comparisons to adolescents and adults. *Journal of Clinical Psychology*, (48), 47-53.
- Patterson G. R. & Dishion T. J., (1985). Contributions of family and peers to delinquency. *Criminology*, (23), 63-79
- Pepe, D., (1985). Factor structure of an impersonal assessment battery (Doctoral dissertation fuller theological seminary, School of Psychology, 1984). *Dissertation Abstracts International*, (45), 3955B.
- Perkins, M. J., Kiesler, D. J., Anchin, J. C., Chirio, B. M., Kyle, E. M. & Federman, E.J., (1979). The impact message inventory: A new measure of relationship in counseling/psychotherapy and other dyads. *Journal of Counseling Psychology*, (26), 263-367.
- Persinger, H. A., (1991). Canonical correlates of temporal lobe sings scale with schizoid and hypomania scale in a normal population. *Perceptual and Motor Skills*. Vol. 73 (2), 615-618.
- Petersen, A. C., (1985). Puberty development as a cause of disturbance: Myths, realities, and unanswered questions. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, (111), 205-232.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., Grant, K. E., (1993). Depression during adolescence. *American Psychologist*, (48), 155-168.
- Petersen, A. C. & Hamburg, B. A., (1986). Adolescence: A developmental approach to problems and psychopathology. *Behavior Therapy*, (17), 480-499.
- Petersen, A.C., (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, (38), 583-607.
- Peterson, G. & Rollins, B., (1987). Parent-child socialization. In Sussman, M., and Steinmetz, S., eds. *Handbook of Marriage and the Family*. Ed. Plenum Press New York, E.U.A.
- Phillips, E. L., (1985). Social skills: History and prospect. In L'Abate & M.A. Milan (Eds.), *Handbook of social skills training and research* (pp. 3-21). Ed. Wiley. New York, E.U.A.
- Piaget, J., (1969). *Psicología y pedagogía*. Ed. Ariel. Barcelona, España.
- Piaget, J., (1975). *The Intellectual development of the adolescent*. In A.H. Esman, *The psychology of adolescence: Essential reading*. Ed. International Universities Press. New York, E.U.A.
- Pick, S., y López, A. L., (1979). *Como Investigar en ciencias sociales*. Ed. Trillas. México.
- Piotrowski, C. & Keller, J. W., (1989). Psychological testing in outpatient mental health facilities: A national study. *Professional Psychology Research and Practice*, (20), 423-425.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Poeschi, G., (1992). L'intelligence: Un concept a la recherche d'un sens. Tesis de Doctorado. Ginebra, Suiza.
- Pogue-Geile, M.F. & Rose, R. J., (1987). Psychopathology: A behavior genetic perspective. In Jacob, T., (Ed.) *Family Interaction and Psychopathology*. Ed. Plenum Press. New York, E.U.A.
- Pope, M. K., Smith, T. W. & Rhodewalt, F., (1990). Cognitive, behavioral, and affective correlates of the cook and medley hostility scale. *Journal of Personality Assessment*, (54), 501-514.
- Popham, S. y Holden R., (1991) Powell, M., (1969). *Psicología de la adolescencia*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Quiróz, V. G., y Fournier, G. L., (1987). S.P.S.S. *Enfoque Aplicado*. Ed. McGraw-Hill. México.
- Ravaud, J. F., Beaufils, B., Paicheler, H., (1986). Handicap et integration scolaire. *Sciences Sociales et Santé*, (3-4), 167-194.
- Reich, W. & Earls, F., (1987). Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (15), 601-616.
- Rempel, P. P., (1958). The use of multivariate statistical analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory scores in the classification of delinquent and nondelinquent high school boys. *Journal of Consulting Psychology*, (22), 17-23.
- Rivera, O., (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica laboral y educativa*. Ed. El Manual Moderno. México.
- Rollins, B. C. & Thomas, D. L., (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. In Burr, W. R., Hill, R., Nye, F. I. & Reiss, I. L., (Ed.) *Contemporary theories about the family: Research based theories*. Vol. I. Ed. Free Press, 317-364. New York, E.U.A.
- Rosenberg, L. A. & Joshi, P., (1986). Effect of marital discord on parental report on the child behavior checklist. *Psychological Reports*, (59), 1255-1259.
- Rutter, M., (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (30), 23-51.
- Rutter, M., (1990). Psychosocial resilience and protective Mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. micchetti, K.H. Nuechterlein, and S. Weintraub (Ed.) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (p.p. 181-214). Cambridge University Press. New York, E.U.A.
- Rutter, M., (1993). *Developing Minds: Challenge and continuity across the life span*. Ed. Basic Books. New York, U.S.A.
- Rutter, M., (1995). Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, (91), 73-85.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D. & Yule, W., (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (17), 35-36.
- Salles, M. M., (1992). *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*. Ed. Naciones. México
- Sánchez, J., (1970). *Educación de la adolescencia*. Ed. Labor, Barcelona. España.
- Sarason, I. G., y Sarason, R.B., (1996). *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana. México
- Saucedo, R., (1992). *Diferencias en el perfil psicológico de personalidad entre estudiantes de contaduría pública y derecho*. Tesis Licenciatura. Universidad del Valle de México, México.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Scarr, S. & Mc Cartney, K., (1982). How people make their own environments: A theory of genotype-environment effects. *Child Development*, (54),424-435.
- Schinka, J. A., Elkins, D. E., Archer, R. P., (1998). Effects of psychopathology and demographic characteristics on MMPI-A scale scores. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 71(3),295-305.
- Schwartz, G. E., (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Personality and Social Psychology*, (50),1040-1053.
- Schwartz, R. y Gottman, J., (1976). Towards a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (44), 910 -920.
- Seiffge-Krenke I., (1993). Depressive verstimmungen im jugendalter: Der relative beitrage von familiären und freundschaftsbeziehungen. / Depressive mood in adolescence: The relative contribution of family and peer relationships. *Zeitschrift für Klinische Psychologie.- Forschung und Praxis*, Vol. 22(2) 117-136.
- Seiffge-Krenke I., (1998). *Adolescents Health. A developmental perspective*. Ed. Lawrence Erlbaum associates. London, New Jersey, U.S.A.
- Sellitz, C., Wrightsman, L. S. y Cook. S.W., (1980) *Métodos de investigación en las relaciones sociales, (Tercera Edición)*. Ed. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, España.
- Shuerger, J., Zarella, K. & Hotz, A., (1987). Factors that influence the temporal stability of personality by questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 56(5), 777-783.
- Silbereisen, R. K., Noack, P. & Eyferth, K., (1984). *Place for development adolescents, leisure settings and developmental tasks*. In *Development as action in context*. (Ed.) Bolger, N., Caspi, A., Downey, G. & Moorhouse, M. Ed. Cambridge University Press. U.S.A.
- Silbereisen, R. K. & Noack, P., (1988). On the constructive role of problem behavior in adolescence. In *Person and Context: Development Processes* (Ed.) Bolger, N., Caspi, A., Downey, G. & Moorhouse, M. Ed. Cambridge University Press. U.S.A.
- Simmons, R., Blythe, D. & McKinney, K., (1983). The social and psychological effects of puberty on white females. In Brooks-Gunn, J. y Petersen, A., (Ed.). *Girls at puberty: biological and psychosocial perspectives* (pp. 229-272). Ed. Plenum. New York, E.U.A.
- Smetana, J. G., (1988). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority., *Child Development*, 59, 321-335.
- Sroufe, L. A. y Rutter, M., (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, (55),17-29.
- Sroufe, L. A., Carlson, R. & Shulman, S., (1993). *Individuals in relationships: from infancy through Adolescence*. In Funder, D., Parke, R., Tomlinson-Keasey, C. y Widaman, K., (Ed.) *Studying lives through time: Personality and development* (pp.315-342). Ed. American Psychological Association. Washington D. C., E.U.A.
- Stein, L. A. R., MacClinton B. K. y Graham J. R., (1998). Long-term stability of MMPI-A scales. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 70(1),101-108.
- Steinberg, L. D., (1981). Transformation in family relations at puberty. *Developmental Psychology*, (17),833-840.
- Steinberg, L. D., (1988). Reciprocal relations between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, (24),122-128.
- Steinglass, P., (1987). A system view of family interaction and psychopathology. In Jacob, T., (Ed.). *Family Interaction and Psychopathology*. Ed. Plenum Press, p.p. 163-202. New York, E.U.A.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- Stern, P. J., (1984). *The abnormal Person and his world*. Ed. Van Nostrand. Princeton, New Jersey, E.U.A.
- Strober, M., (1986). Psychopathology in adolescence revisited, *clinical and psychology Review*, (6),199-209.
- Strong, E. K., Jr., (1943). *Vocational interests of men and women*. Ed. Stanford University Press. Stanford, California, E.U.A.
- Strong, E. K., Jr., (1927). Differentiation of certified public accountants from other occupational groups. *Journal of Educational Psychology*, (18),227-238.
- Sullivan, H., (1964). *La entrevista psiquiátrica*. Ed. Psique. Buenos Aires, Argentina.
- Super, D. E., (1942). The Bernreuter personality inventory: A review of research. *Psychological Bulletin*, (39), 94-125.
- Susman, E. J., Inoff-Germain, G. & Nottelmann, E. D., (1987). Hormones, emotional dispositions, and aggressive attributes. *Child Development*, En prensa.
- Takanishi, R., (1995). Reframing adolescence: From pessimism to possibility. *Contemporary psychology*, 40(19),957-958.
- Tamayo, M., (1981). *El proceso de investigación científica*. Ed. Limusa. México.
- Tanner, B., (1990). Composite descriptions associated with rare MMPI two point code types: Codes that involve, *Journal of clinical psychology*, 46(4),425-431.
- Tanner, J. M., (1969). Growth and endocrinology of the adolescent. In Gardner L, (Ed.), *Endocrine and Genetic Diseases of Childhood* (Pp.19-60). Ed. Saunders. Philadelphia. E.U.A.
- Tanner, J. M., Whitehouse, R. H., Takaishi, M., (1966). Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British Children, Part -1. *Childhood*, (41), 454-471.
- Tiggermann, M., Winefield, A. & Brebner, J., (1982). The role of extraversion in the development of learner's helplessness. *Personality and Individual Differences*, (3),27-34.
- Tobach, E. & Seneirla, T. C., (1968). *The biopsychology of social behavior of animals*. In Cooke, R. E. & Levin, S., (Ed.) *Biological basis of pediatric practice*. Ed. McGraw-Hill. New York, E.U.A.
- Toth, S. L. y Cicchetti, D., (1993). *Child maltreatment: Where do we go from here in our treatment of victims?* En Cicchetti D. y Toth S. L., (Ed.). *Child Abuse, Child Development, and Social Policy* (p.p. 399-438) Ed. Ablex. Norwood, New Jersey, E.U.A.
- Toyer, E. A. y Weed, N. C., (1998). Concurrent validity of the MMPI-A in a counseling program for juvenile offenders. *Journal of Clinical Psychology*. 54(4),395-399.
- Trickett, P. K. & Putnam, F. W., (1993). Impact of child sexual abuse on females: toward a developmental psychological integration. *Psychological Science*, (4),81-87.
- Iman, C., (1982). Cognitive and emotional antecedents of religious conversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, (43),183-192.
- Vanderberg, S. G., Singer, S. M. & Pauls, D. L., (1986). *The heredity of behavior disorders in adults and children*. Ed. Plenum Press. New York, E.U.A.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P., (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, (129), 125-137.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P., (1976b). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric inpatients. *British Journal of Psychiatry*, (129), 157-165.
- Vincent, K., (1990). The fragile nature of MMPI code types. *Journal of Clinical Psychology*. 46(6),800-802.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Von Cleve, E., Jemelka, R. R. & Trupin, E., (1991). Reliability of psychological test scores for offenders entering a state prison system. *Criminal Justice and Behavior*, 18(2), 1576-165.
- Wachtel, P. I., (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Towards and integration*. Ed. Basic Books. New York, E.U.A.
- Wahler, R. G. & Dumas, J.F., (1987). Family factors in childhood psychology. In Jacob, T., (Ed.). *Family Interaction and Psychopathology*. Ed. Plenum Press, p.p. 581-627. New York, E.U.A.
- Watson, C., Manifold, V., Klett, W. & Brown, J., (1990). Comparability of computer and booklet administered MMPI among primarily chemically dependent patients. *Psychological Assessment*, 2(3), 276-280.
- Watson, R. I., y Clay, H. C., (1991). *Psicopatología del niño y el adolescente*. Ed. Limusa. México.
- Watzlawick, P. y Beavin, J. H., (1977). Some factorial aspects of communication. In Watzlawick, I. P. & Watzlawick, (Ed.). *The International view: Studies at the Mental Research Institute, Palo Alto 1965-1975* (p.p. XI-XV). Ed. Norton. New York, E.U.A.
- Watzlawick, P., (1977). Introduction. In Watzlawick, P. & Weakland (Ed.) *The international view: Studies at the mental research institute, Palo Alto 1965-74* (p.p. 56-70). Ed. Norton. New York, E.U.A.
- Weed, N. C., Butcher, J. N. y Williams, C. W., (1992). *Development of the alcohol and drug proneness scale (PRO) and the alcohol and drug problem acknowledgement scale (ACK)*. Unpublished.
- Weiner, J. B., (1992). Psychological disturbance in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, (36), 140-163.
- Weiner, J. B. & Del Gaudio, A. C., (1976). Psychopathology in adolescence: An epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, (33), 187-193.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Warner, V., John, K., Prusoff, B. A., Merikangas, K. R. & Gammon, G. D., (1987). Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mother's and children's reports. *Archives of General Psychiatry*, (44), 747-753.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Warner, V., John, K., Prusoff, B. A., Merikangas, K. R. & Gammon, G. D., (1987). Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mother and children's reports. *Archives of General Psychiatry*, (44), 747-753.
- Welsh, G. S., (1956). *Factor dimensions A and R*. In Welsh, G. S. y Dahlstrom, W. G., (Ed.). *Basic reading on the MMPI in psychology and medicine*. Ed. University of Minnesota Press. Minneapolis, E.U.A.
- Whitley, D., Michael, S. & Tremont, G., (1991). Testing for sex differences in the relationship between Attributional style and depression. *Sex Roles*, Vol. 24(11), 753-758.
- Whittaker, J., (1968). *Psicología*. Ed. Nueva Interamericana. México.
- Wiggins, J. S., (1979). A psychological taxonomy of trait descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, (37), 395-412.
- Williams, C. L., Graham, J. R. & Butcher, J. N., (1986). *Appropriate MMPI norms for adolescent: An old problem revisited*. Paper presented at the 21<sup>st</sup>. Annual Symposium of the MMPI. Clearwater, Florida. E.U.A.
-

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José Manuel Pérez Y Fariás

- 
- Williams, C. L., Hearn, M. D., Hostetler, K. & Ben-Porath, Y. S., (1990). *A Comparison of several epidemiological measures for adolescents: MMPI, DISC, and YSR*. University of Minnesota, Minneapolis, E.U.A.
- Williams, C. L. & Butcher, J. N., (1989 B). An MMPI study of adolescents: II. Verification and limitations of code type classifications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ( 1), 260-265.
- Williams, C. L. & Butcher, J. N., (1989a). An MMPI study of adolescent: Empirical validity of standard scales. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (1),251-259.
- Windle, C., (1954). Test-retest effect on personality questionnaires. *Educational Psychology Measurements*, (14), 218-236.
- Windle, M. & Lerner, R.M., (1986). The "goodness" of fit model of temperament-context relations: interactions or correlation's? *New Dir. Of Child Development*, (31),109-120.
- Windle, M., Miller-Tutzauer, C. y Domenico, D., (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, (2),317-330.
- Winnicott, D. W., (1985). *Realidad y juego*. Ed. Gedisa. Buenos Aires, Argentina.
- Wirt, R. D., Briggs, P. F., (1959). Personality and environmental factors in the development of delinquency. *Psychological Monographs: General and Applied*, (485), 1-47
- Wisniewski, N. M., Glenwick, D.S. y Graham, J. R., (1985). MacAndrew scale and sociodemographic correlates of adolescent alcohol and drug use. *Addictive Behavior*, (10), 55-67.
- Wolfson, K. P. & Erbaugh, S.E., (1984). Adolescent responses to the McAndrew alcoholism scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (52), 625-630.
- Wolin, S. L., Bennett, L. A. & Noonan, D.L., (1980). Family rituals and the resources of alcoholism over generations. *American Journal of Psychiatry*, (136),589-593.
- Woodworth, R. S., (1920). *Personal data sheet*. Ed. Stoelting. Chicago, E.U.A.  
Workers' MMPI-2 Profiles. *Psychological Assessment*, Vol. 13(4), 572-576.
- Wright, T. L. & Graham, L. J., (1986). A social relations model test of the interpersonal circle. *Journal of Personality and Social Psychology*, (50),1285-1290.
- Wrobel, N. H. & Lachar, D., (In Press), Refining adolescent MMPI interpretation: Is sex a moderator variable? En Colligan R.C., (Ed.), *The MMPI and adolescents: Historical perspective, current research and future developments. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association* Boston, Massachusetts, E.U.A.
- Youniss, J. & Smollar, J., (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers and friends*. Ed. Chicago University Press. Chicago, U.S.A.
- Zinn, S., McCumber, S., Dahlstrom, W. G., (1999). Cross-validation and extension of the MMPI-A IMM scale. *Psychological Assessment*, Vol. 6(1), 1-6.
- Zucker, R. A., (1979). Developmental aspects of drinking through the young adult years. In Blane, H. T. Y Chafetz, M. E., (Ed.). *Youth, alcohol and social policy*. Ed. Plenum Press. New York, E.U.A.
- Zucker, R. A. & Gomberg, E. S., (1986). Etiology alcoholism reconsidered: The case for biopsychosocial process. *American Psychology*, (41), 783-793.
-

## A N E X O A

Perfil de las Escalas Clínicas,  
de Validez,  
de Contenido  
y Suplementarias  
de los Test-Retests

PERFIL DE LAS ESCALAS CLÍNICAS Y DE VALIDEZ DE  
CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DE LOS TEST-RETESTS

PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST

A1-7 DÍAS

(n=225)

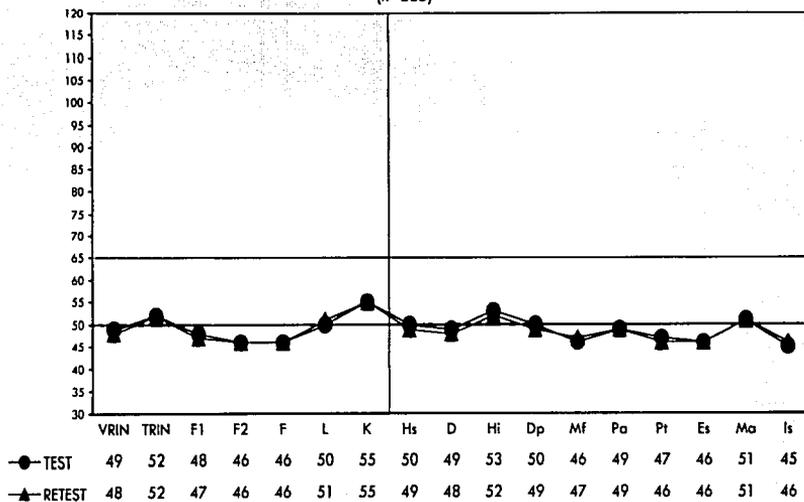


FIGURA 9

ANEXO A

del MMPI-2 (Revisión 2002)

PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST

A 1-14 DÍAS

(n=191)

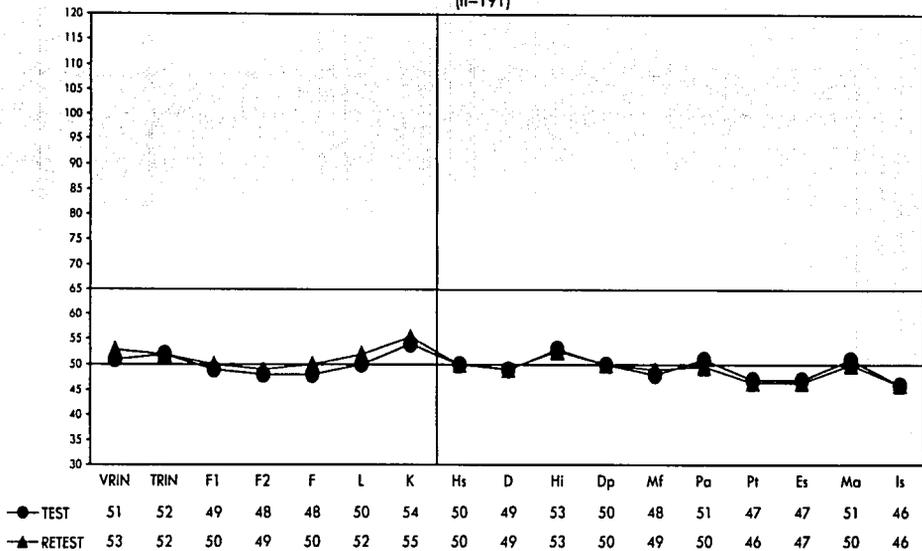


FIGURA 10

PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
A 1-21 DÍAS  
(n=229)

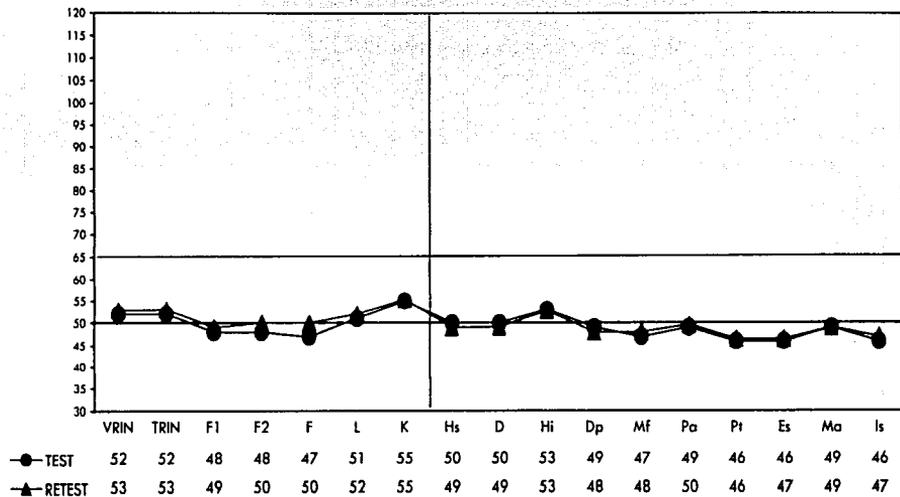


FIGURA 11

ANEXO A  
José Manuel Pérez Ferrás

PERFIL FEMENINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST A 1-7 DÍAS  
(n=225)

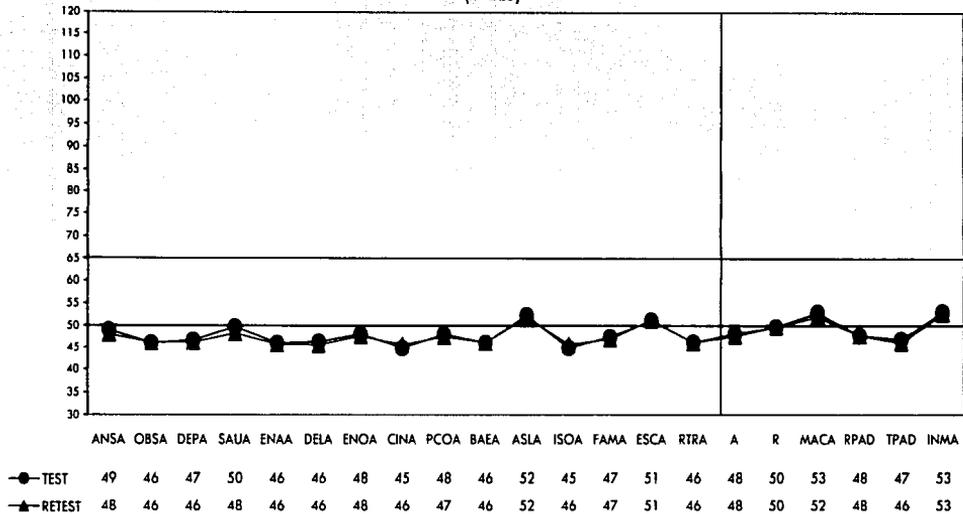


FIGURA 12

PERFIL FEMENINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
 1-14 DÍAS  
 (n=191)

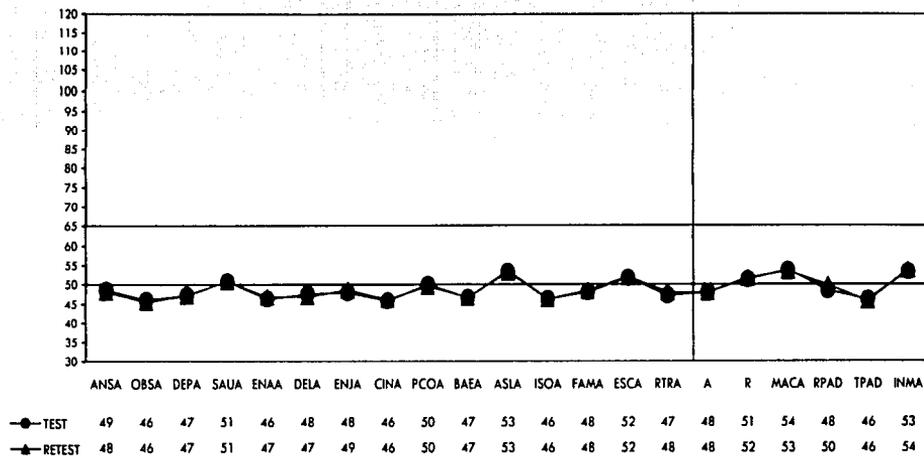


FIGURA 13

ANEXO A

110. Perfil Femenino

PERFIL FEMENINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
(1-21 DÍAS)  
(n=229)

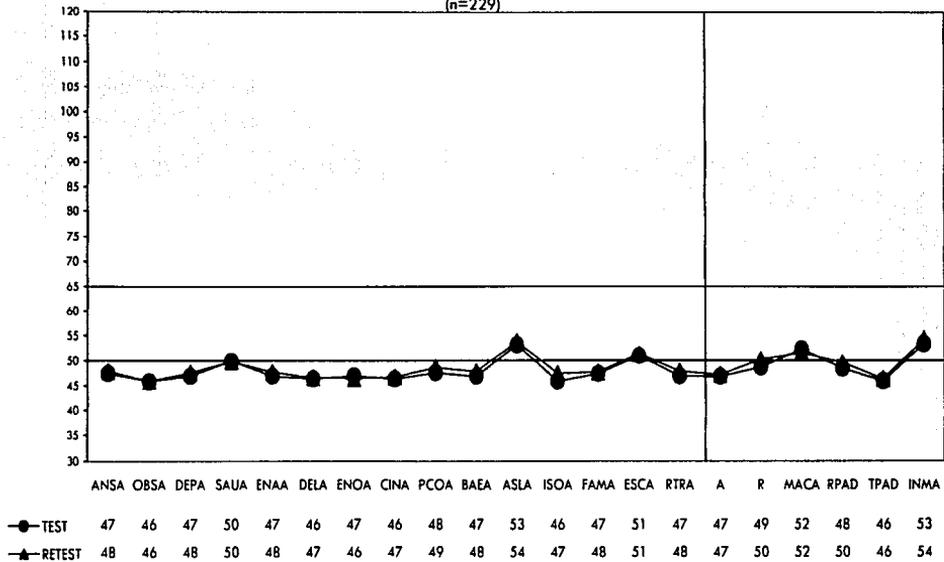


FIGURA 14

PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
 A 1-7 DÍAS  
 (n=161)

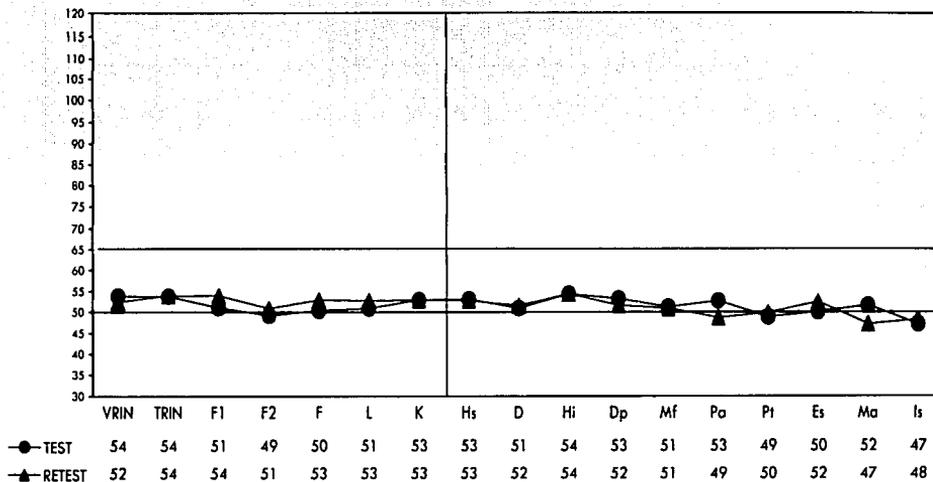


FIGURA 15

ANEXO A  
José Manuel Pérez y Caros

PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
A 1-14 DÍAS  
(n=125)

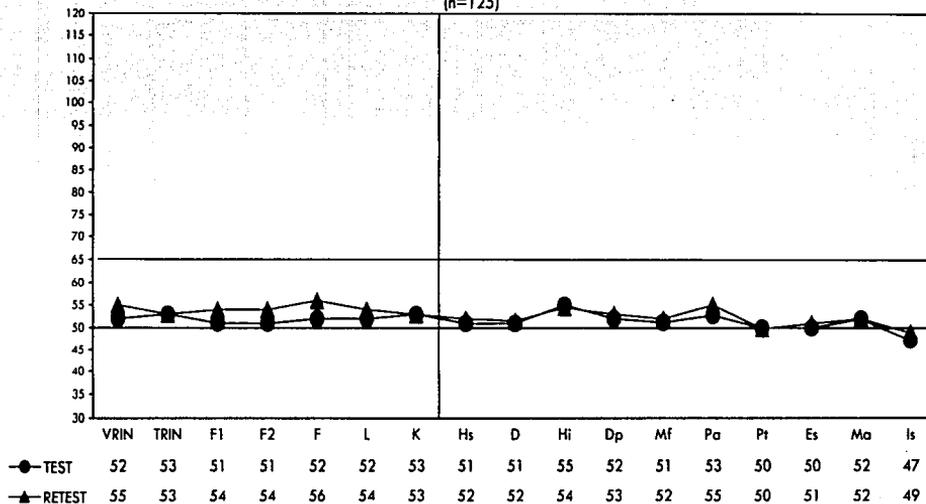


FIGURA 16

ANEXO A

del Manual de Pruebas Psicológicas

PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST  
A 1- 21 DÍAS  
(n=125)

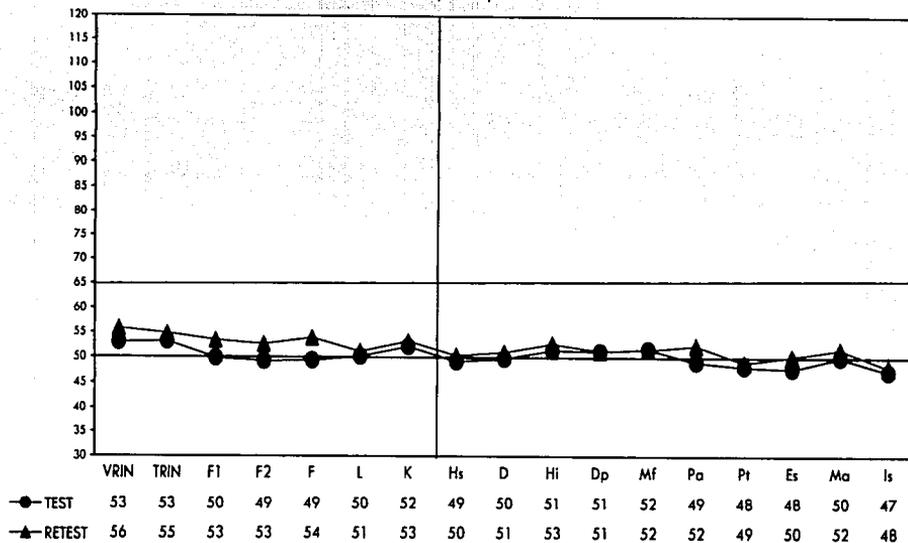


FIGURA 17

PERFIL MASCULINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL  
 RETEST 1-7 DÍAS  
 (n=161)

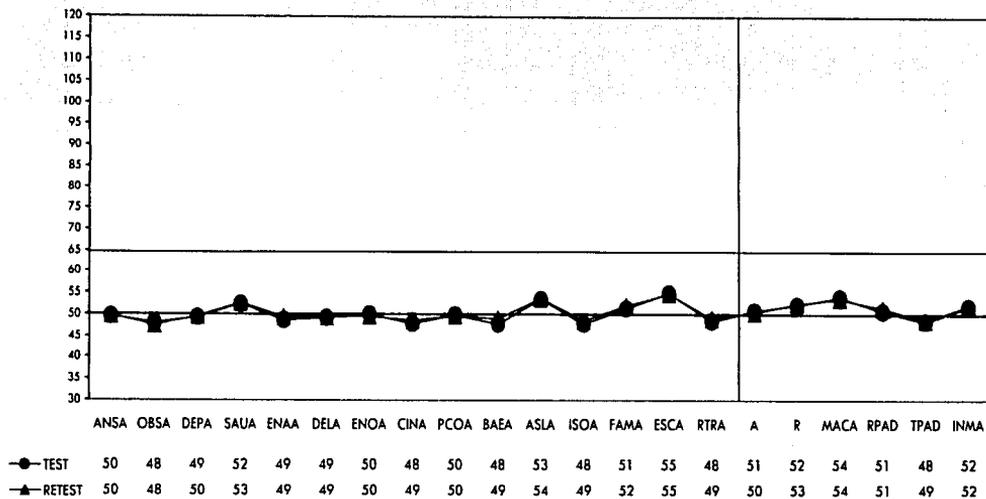


FIGURA 18

ANEXO A

Los Angeles Times 1/1/97

PERFIL MASCULINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST A 1-  
14 DÍAS  
(n=125)

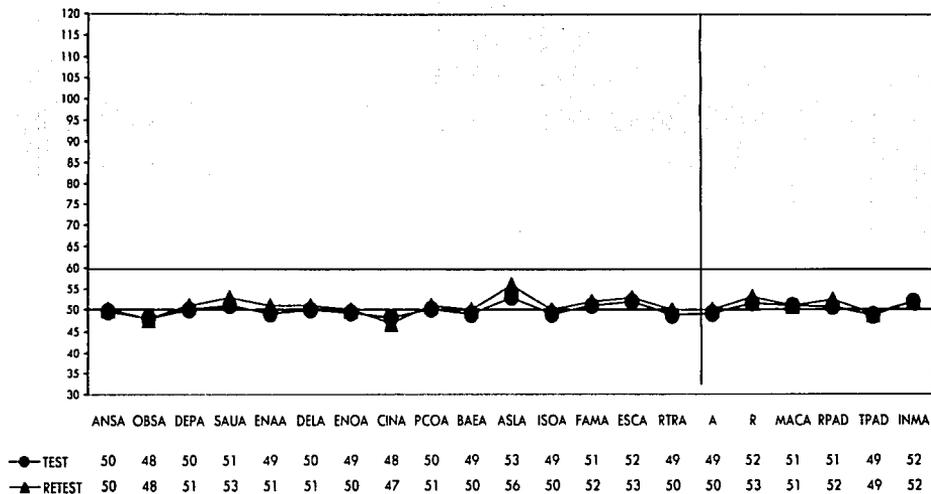
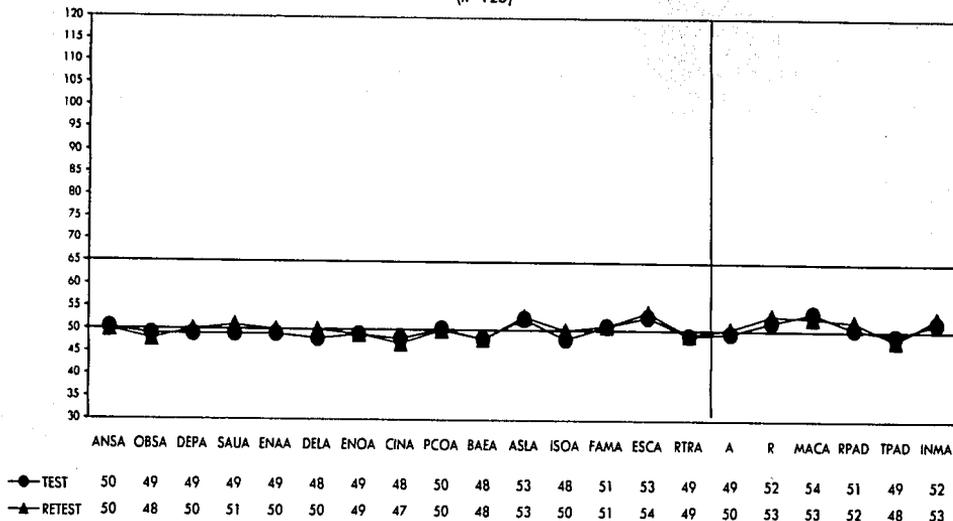


FIGURA 19

# ANEXO A

M. A. Martínez Pérez y F. Farías

**PERFIL MASCULINO DE ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A DEL TEST Y EL RETEST A 1-21 DÍAS**  
(n=125)



**FIGURA 20**

## A N E X O B

### Perfiles del MMPI-A, Comparación de una Submuestra en Riesgo y Adolescentes Normales

PERFILES DEL MMPI-A:  
COMPARACIÓN DE UNA SUBMUESTRA EN RIESGO  
Y ADOLESCENTES NORMALES

PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A  
(n = 65 en riesgo, 580 normales)

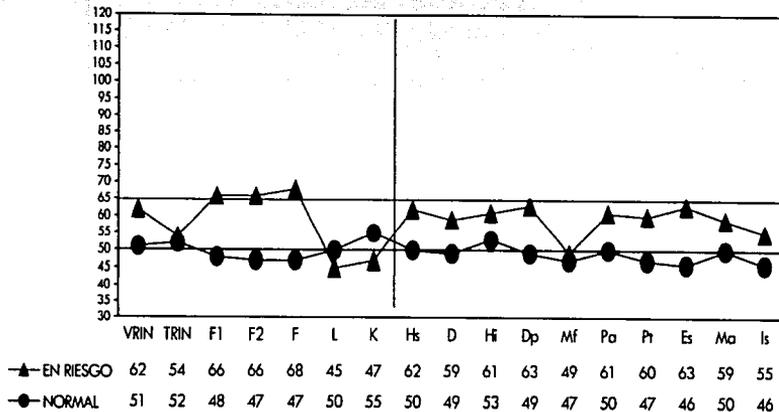


FIGURA 21

ANEXO B  
 Perfil Masculino de Escalas Básicas del MMPI-A

**PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-A**  
 (n= 81 en riesgo, 330 normales)

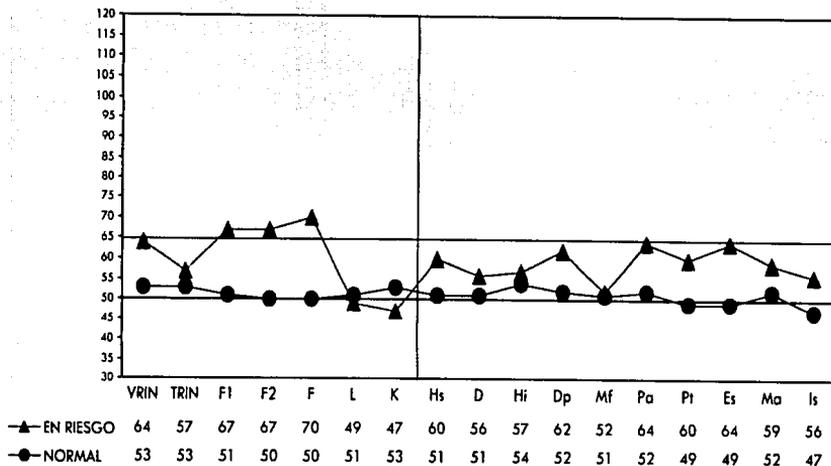


FIGURA 22

PERFIL FEMENINO DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A  
 (n= 65 en riesgo, 580 normales)

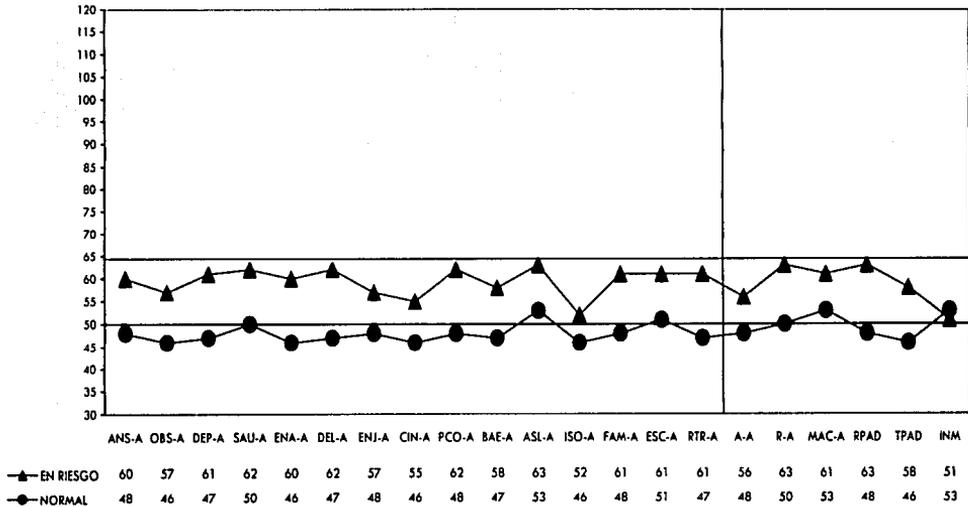


FIGURA 23

## ANEXO B

Irene Manuel Pérez y Finao

### PERFIL MASCULINO DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-A

(n= 81 en riesgo, 330 normales)

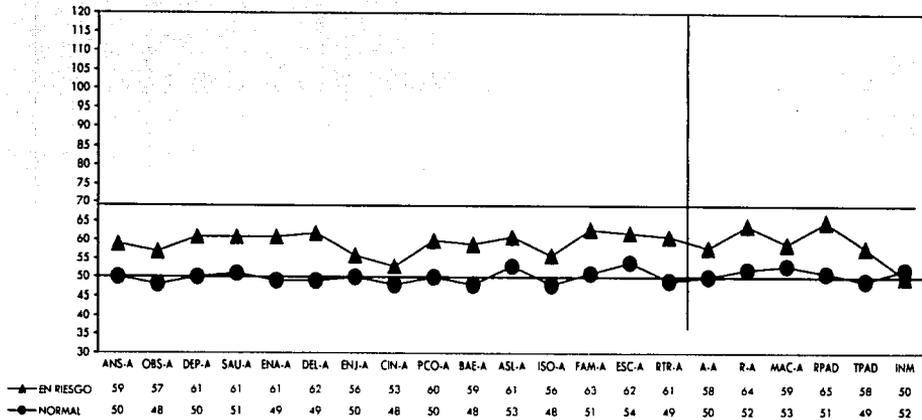


FIGURA 24

A N E X O C

Tablas de Frecuencias  
del Inventario  
Autodescriptivo del Adolescente

**TABLAS DE FRECUENCIA  
DEL INVENTARIO AUTODESCRIPTIVO  
DEL ADOLESCENTE**

**Tabla 60. Frecuencias y porcentajes del área familiar.  
(n=98)**

	MUJERES		HOMBRES	
<b>VIVO CON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R1. Mi Padre	68.3%	31.7%	86.1%	13.9%
R2. Mi madre	98%	5%	97.2%	2.8%
R4 Mis Hermanos	86.7%	7.3%	91.7%	8.3%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R3. Mis abuelos	5%	95%	11.1%	88.9%
R5. Mis tíos	3.3%	96.7%	2.08%	97.2%
R6. Mi (s) medio (as) hermano (as)	3.3%	96.7%	5.6%	94.4%
R7. Mi madrastra		100%		100%
R8. Mi padrastro	3.3%	96.7%		100%
R9. Mis hermanos (as)		100%		100%
R10. Padres adoptivos		100%		100%
<b>EL NÚMERO DE MIS HERMANOS ES:</b>				
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R11. Ninguno	5%	95%		100%
R12. Uno	50%	50%	58.3%	41.7%
R13. Dos	31.7%	68.3%	25.0%	75.0%
R14. Tres	10%	90%	5.6%	94.4%
R15. Cuatro	3.3%	96.7%	5.6%	94.4%
R16. Cinco ó más	0%	100%	2.8%	97.2%
<b>EL LUGAR QUE OCUPO ENTRE MIS HERMANOS ES:</b>				
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R17. El mayor	45%	55%	58.3%	41.7%
R18. El de en medio	16.7%	83.3%	5.6%	94.4%
R19. El menor	36.7%	63.3%	36.1%	63.9%
<b>EN MI FAMILIA, LAS DECISIONES IMPORTANTES LAS TOMA:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R20. Mi papá	66.7%	33.3%	77.8%	22.2%
R21. Mi mamá	85%	15%	75%	25%
R27. Todos	43.7%	56.7%	47.2%	52.8%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R22. Mi abuelo o mi abuela		100%		100%
R23. Mi padrastro o mi madrastra		100%		100%
R24. Mi hermano (a) mayor	3.3%	96.7%		100%
R25. Mi medio hermano (a)		100%		100%
R26. Algún pariente cercano (tíos)		100%		100%
<b>EN MI FAMILIA, LAS REGLAS (HORARIOS, TAREAS, PERMISOS, ETC.) LAS PONE:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R28. Mi papá	70%	30%	80.6%	19.4%
R29. Mi mamá	95%	5%	77.8%	22.2%
R35. Entre todos	31.7%	68.3%	36.1%	63.9%

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Fariás

<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R30. Mi abuelo o abuela	1.7%	98.3%		100%
R31. Mi padrastro o madrastra	1.7%	98.3%		100%
R32. Mi hermano (a) mayor	1.7%	98.3%		100%
R33 Algún cercano (tíos)		100%		100%
R34. Otra persona ajena a la familia		100%	2.8%	97.2%
R36. No hay reglas	8.3%	91.7%	8.3%	91.7%
<b>EN GENERAL MIS PADRES O PADRASTROS SON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R38. Razonables para dar permisos	81.3%	18.3%	83.3%	16.7%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R37. Estrictos	20%	80%	19.4%	80.6%
R39. Me dan muchos permisos	36.7%	63.3%	30.6%	69.4%
R40. Instantanes para dar permisos	10%	90%	2.8%	97.2%
<b>EN MI FAMILIA, LAS RELACIONES POR LO REGULAR SON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R41. De apoyo	91.7%	8.3%	77.8%	22.2%
R42. Cálidas	83.3%	16.7%	77.8%	22.2%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R43. Sobreprotectoras	38.3%	61.7%	19.4%	80.6%
R44. Frías	6.7%	93.3%	11.1%	88.9%
R45. Tensas	16.7%	83.3%	13.9%	86.1%
R46. Indiferentes	5%	95%	8.3%	91.7%
<b>EN MI FAMILIA LA RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS (AS) ES:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R47. Todos somos tratados igual	76.7%	23.3%	77.8%	22.2%
R50. A cada uno se nos trata diferente	35%	65%	36.1%	63.9%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R48. Hay preferencias por uno de mis hermanos (as)	8.3%	91.7%		100%
R49. Todos son tratados bien excepto yo		100%		100%
<b>MI PAPA HA CONTRAÍDO MATRIMONIO:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R52. Una vez	93.3%	6.7%	91.7%	8.3%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R51. Ninguna vez	3.3%	96.7%		100%
R53. Dos veces	1.7%	98.3%	8.3%	91.7%
R54. Tres veces o más	3.3%	96.7%		100%
<b>MI MAMÁ HA CONTRAÍDO MATRIMONIO:</b>				
<b>REACTIVO POSITIVO</b>	+	-	+	-
R56. Una vez	90%	10%	91.7%	8.3%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R55. Ninguna vez	5%	95%	2.8%	97.2%
R57. Dos veces	3.3%	96.7%	5.6%	94.4%
R58. Tres veces o más	3.3%	96.7%		100%
<b>EN MI FAMILIA HAY PLEITOS:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R59. Constantes entre mis padres mi (s) padres	8.3%	91.7%	2.8%	97.2%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R61. Constantes entre mi (s) hermanos (as)	6.7%	93.7%	5.6%	94.4%
R63. Constantes entre (s) hermana (as) y yo	16.7%	83.3%	27.8%	73.2%
R65. Constantes entre toda mi familia	1.7%	98.3%	5.6%	94.4%

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Fariás

R67. Nunca ha habido pleitos en mi familia	13.3%	86.7%	5.6%	94.4%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R60. Ocasionales entre mi (s) padres	65%	35%	66.7%	33.3%
R62. Ocasionales entre mi (s) hermano (as)	23.3%	76.7%	30.6%	69.4%
R64. Ocasionales entre mi (s) hermano (as) y yo	61.7%	38.3%	47.2%	52.8%
R66. Ocasionales entre toda mi familia	51.7%	48.3%	27.8%	72.2%
<b>CUANDO MIS PADRES SE PELEAN:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R72. Discuten, luego se tranquilizan y hablan con calma	61.7%	38.3%	69.4%	30.6%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R68. Gritan o se insultan	26.7%	73.3%	27.8%	72.2%
R69. Llegan a la violencia física	8.3%	91.7%	2.8%	97.2%
R70. Amenazan con dejarse o divorciarse	21.7%	78.3%	8.3%	91.7%
R71. Se dejan de hablar	51.7%	48.3%	38.9%	61.1%
R73. Alguno se va de la casa por un tiempo	6.7%	93.7%	2.8%	97.2%
<b>CUANDO MI (S) HERMANO (S) Y YO PELEAMOS:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R77. Discutimos, luego nos tranquilizamos y hablamos con calma	40%	60%	44.4%	55.6%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R74. Gritamos o nos insultamos	56.7%	43.3%	69.4%	30.6%
R75. Llegamos a la violencia física	13.3%	86.7%	13.9%	86.1%
R76. Nos dejamos de hablar	55%	45%	36.1%	63.9%
<b>EN CUANTO A LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE MI FAMILIA:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R80. Nunca Hemos tenido preocupaciones por el dinero	36.7%	63.3%	22.2%	77.8%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R78. Siempre hemos tenido preocupaciones por el dinero	6.7%	93.3%		100%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R79. En ocasiones hemos tenido preocupaciones por el dinero	58.3%	41.7%	77.8%	22.2%
<b>ACOSTUMBRO CONVIVIR MÁS:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R81. Mis padres	80%	20%	75.0%	25.0%
R82. Mi (s) hermano (as)	76.7%	23.3%	75.0%	25.0%
R86. Mis amigos	86.7%	13.3%	75.0%	25.0%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R87. con nadie				100%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R83. Mis abuelos	31.7%	68.3%	19.4%	
R84. Mis tíos	35%	65%	22.2%	77.8%
R85. Mis primos	40%	60%	41.7%	58.3%
<b>EN CASA ME SUCEDEN COSAS COMO:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R88 Mi (s) hermano (s) me molesta (n)	78%	22%	75%	25%
R89. En general me llevo bien con los miembros de mi familia (tíos, primos, abuelos, etc.)	95%	5%	94.4%	5.6%
R90. Tengo privacidad	90%	10%	86.1%	13.9%
R91. tengo quehaceres en la casa	75%	25%	58.3%	41.7%
R92. Tengo un buen espacio para estudiar	96.7%	3.3%	88.9%	11.1%
R93. Me gusta vivir en mi casa	90%	10%	83.3%	16.7%
R98. Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar	90%	10%	80.6%	19.4%

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Farías

R99. Comento mis problemas con mis familiares	70%	30%	55.6%	44.4%
R100. Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia	90%	10%	80.6%	19.4%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R94. Generalmente mi casa está sucia o descuidada	1.7%	98.3%	2.8%	97.2%
R95. Mi familia tiene mala fama		100%		100%
R96. La zona donde vivo me desagrada	21.7%	78.3%	16.7%	83.3%
R97. Mi (s) hermano (s) roba (n)	1.7%	98.3%		100%
R101. Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de mi casa	20%	80%	25.0%	75.0%
<b>EN LA RELACIÓN CON MIS PADRES GENERALMENTE ME SUCEDEN COSAS COMO:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+		+	
R109. Platico mis decisiones con mis padres	86.7%	13.3%	63.9%	36.1%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R102. Tengo problemas que escondo a mis padres	23.3%	76.7%	27.8%	72.2%
R103. Mis padres desaprueban a mis amigos a mis amigos (as)	10%	90%	13.9%	86.1%
R104. Mis padres desaprueban a mi novio (a)	11.7%	88.3%	5.6%	94.4%
R105. Mis padres desaprueban mi forma de vestir o apariencia	3.3%	96.7%	11.1%	88.9%
R106. Mis padres desaprueban mis citas con muchachos (as)	10%	90%		100%
R107. Mis padres desaprueban la música que oigo	15%	85%	19.4%	80.6%
R108. Mis padres esperan mucho de mi	91.7%	8.3%	88.9%	11.1%
R110. Mis padres nunca están en casa	16.7%	83.3%	25.0%	75.0%
R111. Mis padres interfieren en mis decisiones	40%	60%	13.9%	86.1%
R112. Tengo problemas con mi padrastro	1.7%	98.3%		100%
R113. Tengo problemas con mi madrastra	1.7%	98.3%		100%
<b>EN MI FAMILIA SUCEDEN COSAS COMO ESTAS:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R195. Mi padre esta enfermo	15%	85%	2.8%	97.2%
R196. Mi padre tiene problemas emocionales	13.3%	86.7%	2.8%	97.2%
R197. Mi padre tiene problemas con el alcohol	15%	85%	11.1%	88.9%
R198. Mi padre tiene problemas con las drogas		100%		100%
R199. Mi madre esta enferma	13.3%	86.7%	8.3%	91.7%
R200. Mi madre tiene problemas emocionales	20%	80%	8.3%	91.7%
R201. Mi madre tiene problemas con el alcohol		100%		100%
R202. Mi madre tiene problemas con las drogas		100%		100%
R203. Mi hermano (a) está enferma (a)	5%	95%		100%
R204. Mi hermano (a) tiene problemas emocionales	11.7%	88.3%		100%
R205. Mi hermano (a) tiene problemas con el alcohol		100%		100%
R206. Mi hermano (a) tiene problemas con las drogas	1.7%	98.3%		100%
R207. Algún miembro de mi familia tiene problemas con juegos de apuestas:		100%	2.8%	97.2%

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Fariás

**Tabla 61. Frecuencias y porcentajes del área social.**  
(n=98)

ÁREA SOCIAL	MUJERES		HOMBRES	
<b>EN MIS RELACIONES SOCIALES GENERALMENTE:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>				
R114. Me llevo bien con otras personas	+	-	+	-
R114. Me llevo bien con otras personas	98.3%	1.7%	100%	0%
R115. Me adapto a mis compañeros	88.3%	11.7%	88.9%	11.1%
R116. Tengo amigos inseparables	90%	10%	72.2%	27.8%
R118. Mis amigos se aprovechan de mí	1.7%	98.3%	0%	100%
R121. Me alejo de la gente	11.7%	88.3%	19.4%	80.6%
R123. Me siento abandonado (a) por mis amigos	16.7%	83.3%	8.3%	91.7%
R124. Me llevo bien con mis amigos	78.3%	21.7%	63.9%	36.1%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R117. Tengo novio (a)	36.7%	63.3%	47.2%	52.8%
R119. Tengo con quien compartir intereses	91.7%	8.3%	80.6%	19.4%
R120. Se me dificulta hacer amigos	8.3%	91.7%	16.7%	83.3%
R122. Me siento a gusto cuando hablo con otras personas	93.3%	6.7%	91.7%	8.3%

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Farías

**Tabla 62. Frecuencias y porcentajes del área Escolar.**

ÁREA ESCOLAR	(n=98)		HOMBRES	
	MUJERES			
<b>POR LO REGULAR, LA ESCUELA A LA QUE HE ASISTIDO ES:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R134. Religiosa o de religiosos	26.7%	73.3%	27.8%	62.2%
R135. De sistema abierto	3.3%	96.7%	5.6%	94.4%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R133. Medio internado		100%		100%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R128. Pública	1.7%	98.3%	8.3%	91.7%
R129. Privada		100%	94.4%	5.6%
R130. Educación especial	1.7%	98.3%		100%
R131. Militarizada		100%		100%
R132. Internado		100%		100%
<b>EN LA ESCUELA FRECUENTEMENTE ME SUCEDEN COSAS COMO:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R136. problemas con los profesores	6.7%	93.3%	11.1%	88.9%
R142. Me gusta la escuela	78.3%	21.7%	66.7%	33.3%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R137. Bajas calificaciones	16.7%	83.3%	30.6%	69.4%
R138. Dificultades para el aprendizaje (distracción falta de comprensión)	21.7%	78.3%	33.3%	66.7%
R139. Pleitos con los compañeros	11.7%	88.3%	8.3%	91.7%
R140. Tengo malos hábitos de estudio	43.3%	56.7%	50%	50%
R141. Me siento fuera de lugar en la escuela	1.5%	85%	11.1%	88.9%
R143. Estoy en una escuela inadecuada para mí	16.7%	83.3%	19.4%	80.6%
R144. Falta a la escuela por enfermedad	46.7%	53.3%	25.0%	65.0%
R146. Me aburre la escuela	31.7%	68.3%	41.7%	58.3%
R147. Constantes reportes por mala conducta	10%	90%	16.7%	83.3%
R148. Siempre he tenido clases de educación especial		100%	2.8%	97.2%
R149. Materias reprobadas	18.3%	81.7%	44.4%	55.6%
R150. He repetido año	13.3%	86.7%	27.8%	72.2%
R151. constantemente he tenido exámenes extraordinarios		100%	5.6%	94.4%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R145. Falta de interés de los maestros por sus alumnos.	21.7%	78.3%	19.4%	80.6%
<b>MIS PLANES A FUTURO SON:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R152. Continuar con una carrera técnica	3.3%	96.7%	11.1%	88.9%

**Tabla 63. Frecuencias y porcentajes del área Personal.**  
(n=98)

ÁREA PERSONAL	MUJERES		HOMBRES	
<b>MIS PLANES A FUTURO SON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>				
	+	-	+	-
R153. Continuar con la preparatoria	95%	5%	94.4%	5.6%
R154. Continuar con una carrera universitaria		100%	97.2%	2.8%
R155. Trabajar	95%	5%	91.7%	8.3%
R156. Casarme	83.3%	16.7%	75%	25%
R157. Ingresar a una escuela militar, de marina o de policía	1.7%	98.3%		100%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R158. No tengo planes	11.7%	88.3%	11.1%	88.9%
<b>MIS CARACTERÍSTICAS SON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>				
	+	-	+	-
R160. Soy creativo	75%	25%	86.1%	13.9%
R161. Soy hábil para muchas cosas	90%	10%	86.1%	13.9%
R162. Soy inteligente	100%		91.7%	8.3%
R163. Soy demasiado sentimental	71.7%	28.3%	41.7%	58.3%
R183. Soy temeroso (a) de las cosas que me pasan	35%	65%	19.4%	80.6%
R186. Me siento nervioso (a)	40%	60%	22.2%	77.8%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R164. Me siento criticado por otros	31.7%	68.3%	22.2%	77.8%
R165. Estoy demasiado gordo (a)	6.7%	93.3%		100%
R166. Soy demasiado delgado (a)	11.7%	88.3%	19.4%	80.6%
R167. Tengo pensamientos que se repiten	78.3%	21.7%	47.2%	52.8%
R168. Soy tímido (a)	38.3%	61.7%	22.2%	77.8%
R169. Soy demasiado alto (a) o demasiado bajo (a)	25%	75%	11.1%	88.9%
R170. Parezco demasiado joven o demasiado viejo (a)	20%	80%	22.2%	77.8%
R171. Me siento a disgusto en sitios públicos	1.7%	98.3%	5.6%	94.4%
R172. Me siento impopular	11.7%	88.3%	16.7%	83.7%
R173. Lloro por cualquier cosa	25%	75%		100%
R174. Tengo mala fama	5%	95%	5.6%	94.4%
R175. Me siento inmaduro (a)	20%	80%	13.9%	86.1%
R176. Llamo la atención por mi apariencia física	23.3%	76.7%	25%	75%
R178. Desconfío de los demás	45%	55%	33.3%	66.7%
R179. Me siento inferior	5%	95%		100%
R180. Parezco demasiado simple	16.7%	83.3%	11.1%	88.9%
R181. No me gusta	15%	85%	5.6%	94.4%
R184. Siento que las personas están en mi contra	6.7%	93.3%	5.6%	94.4%
R185. Soy sucio (a) y descuidado (a) con mi persona	1.7%	98.3%	5.6%	94.4%
R188. Tengo alguna deficiencia física	8.3%	91.7%		100%
R189. Soy muy desordenado (a) con mis cosas personales	30%	70%	41.7%	58.3%
R190. Quiero fugarme de mi casa	5%	95%	5.6%	94.4%
R191. Me hace falta algún pensamiento	45%	55%	11.1%	88.9%
R192. Me falta tiempo para mis intereses y pasatiempos	38.3%	61.7%	25%	75%
R193. Soy enojón (a)	61.7%	38.3%	52.8%	47.2%
R194. Mi auto estíma es baja	13.3%	86.7%	8.3%	91.7%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R177. Me siento incómodo (a) y torpe	5%	95%	2.8%	97.2%
R187. Frecuentemente tengo problemas de concentración	43.3%	56.7%	41.7%	58.3%

Tabla 64. Frecuencias y porcentajes del área de la Salud.  
(n=98)

ÁREA SALUD	MUJERES		HOMBRES	
<b>MI SALUD SE CARACTERIZA POR:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R208. Frecuentemente vomito	5%	95%		100%
R209. Frecuentemente sufro de dolores de cabeza	31.7%	68.3%	2.8%	97.2%
R210. Frecuentemente sufro de dolores de pecho	3.3%	96.7%	2.8%	97.2%
R211. Tengo problemas para respirar	15%	85%	2.8%	97.2%
R212. Tengo problemas estomacales	21.7%	78.3%	8.3%	91.7%
R213. He padecido Alguna infección de tipo sexual	1.7%	98.3%		100%
R214. Tengo problemas emocionales	35%	65%	2.3%	91.7%
R215. Tengo mareos	11.7%	88.3%	2.8%	97.2%
R216. He sufrido desmayos	16.7%	83.3%		100%
R217. Sufro de insomnio	10%	90%	5.6%	94.4%
R218. Paso por largos periodos de enfermedad	15%	85%		100%
R219. Frecuentemente tengo que tomar medicinas	20%	80%		100%
<b>MIS HABITOS SON:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R241. Tengo buen apetito	68.3%	31.7%	80.6%	19.4%
R245. Hago suficiente ejercicio	28.3%	71.7%	55.6%	44.4%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R239. Tengo malos hábitos alimenticios	55%	45%	41.7%	58.3%
R240. Como demasiado	20%	80%	22.2%	77.8%
R242. No me gusta comer	20%	80%	8.3%	91.7%
R243. Tengo problemas para dormir	15%	85%	11.1%	88.9%
R244. Duermo mucho	45%	55%	38.9%	61.1%
R246. Me falta tiempo para relajarme	56.7%	43.3%	36.1%	63.9%
R247. Veo demasiada televisión	28.3%	71.7%	30.6%	69.4%
R248. Paso mucho tiempo en los videojuegos		100%	13.9%	86.1%
<b>FUMO DESDE:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R249. Nunca he fumado	43.3%	56.7%	25%	75%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R250. Primaria		100%	2.8%	97.2%
R251. Secundaria		100%	33.3%	66.7%
R252. Preparatoria	41.7%	58.3%	30.6%	69.4%
<b>CUANDO FUMO LO HAGO:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R253. En fiestas	43.3%	56.7%	61.1%	38.9%
R254. Con amigos	45%	55%	55.6%	44.4%
R255. En la escuela	8.3%	91.7%	27.8%	72.2%
R256. En la casa	15%	85%	38.9%	61.1%
<b>TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS DESDE:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R257. Nunca he tomado	26.7%	73.3%	22.2%	77.8%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R258. Primaria	1.7%	98.3%	2.8%	97.2%
R259. Secundaria	31.7%	68.3%	52.8%	47.2%
R260. Preparatoria	61.7%	38.3%	55.6%	44.4%
<b>CUANDO BEBO REGULARMENTE LO HAGO:</b>				

**A N E X O C**  
José Manuel Pérez y Fariás

<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R261. En la escuela		100%	2.8%	97.2%
R262. En casa	26.7%	73.3%	30.6%	69.4%
R263. Con amigos	55%	45%	61.1%	38.9%
R264. En fiestas	65%	35%	77.8%	22.2%
<b>CONSUMO ALCOHOL:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R265. Cada mes	41.7%	58.3%	41.7%	58.3%
R266. Los fines de semana	21.7%	78.3%	36.1%	63.9%
R267. cada tercer día		100%	2.8%	97.2%
R268. Diario	1.7%	98.3%		100%
<b>RESPECTO AL CONSUMO DE MEDICINAS:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R269. He tomado medicina sin ir al médico	60%	40%	52.8%	47.2%
R270. He tomado medicinas prescritas por el psiquiatra	5%	95%	5.6%	94.4%
<b>RESPECTO AL CONSUMO DE LAS SIGUIENTES SUBSTANCIAS: MARIHUANA, COCAINA, CEMENTO, ANFETAMINAS, TACHA, ÉXTASIS, ETC.</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>	+	-	+	-
R273 Nunca he consumido sustancias	75%	25%	63.9%	36.1%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R271. Alguna vez he consumido una o más sustancias	1.7%	98.3%	11.1%	88.9%
R272. Frecuentemente consumo una o más sustancias		100%	2.8%	97.2%
R274. He tenido algún problema con la policía por el consumo de alguna de estas sustancias		100%		100%
R275. Mis amigos consumen este tipo de sustancias	11.7%	88.3%	13.9%	86.1%
<b>HE CONSUMIDO ALGUNAS SUBSTANCIAS DESDE:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>	+	-	+	-
R276. Primaria		100%		100%
R277. Secundaria	1.7%	98.3%	5.6%	94.4%
R278. Preparatoria		100%	11.1%	88.9%
<b>ASISTO A ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO O AYUDA PSICOLÓGICA CON:</b>				
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>	+	-	+	-
R279. El médico familiar	3.3%	96.7%	2.8%	97.2%
R280. El orientador escolar	10%	90%	2.8%	97.2%
R281. El psicólogo	15%	85%	2.8%	97.2%
R282. El psiquiatra	1.7%	98.3%		100%
R283. Un grupo de autoayuda		100%		100%
R284. Un consejero religioso	3.3%	96.7%	2.8%	97.2%

**Tabla 65. Frecuencias y porcentajes del área Sexual.**

ÁREA SEXUAL	(n=98)		HOMBRES	
	MUJERES			
<b>RESPECTO A MIS PREFERENCIAS SEXUALES, ME SIENTO:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>				
R221. Atraído por el sexo opuesto	+	-	+	-
	98.3%	1.7%	97.2%	2.8%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R220. A traído por personas de mi mismo sexo		100%	2.8%	97.2%
R222. Atraído por ambos sexos	1.7%	98.3%		100%
<b>HE OBTENIDO INFORMACIÓN SEXUAL DE:</b>				
<b>REACTIVOS POSITIVOS</b>				
R223. Mi madre	+	-	+	-
R224. Mi padre	90%	10%	66.7%	33.3%
R225. Mis abuelos	55%	45%	61.1%	38.9%
R226. Mi (s) amigo (s)	3.3%	96.7%	5.6%	94.4%
R227. Mis hermanos mayores	93.3%	6.7%	80.6%	19.4%
R228. Algún familiar (tío o primos)	35%	65%	25%	75%
R229. En la escuela	45%	55%	33.3%	66.7%
R230. Cursos de sexualidad	31.7%	100%	86.1%	13.9%
R231. Televisión o algún otro medio de comunicación (radio, televisión, etc)	31.7%	68.3%	16.7%	83.3%
R231. Televisión o algún otro medio de comunicación (radio, televisión, etc)	86.7%	13.3%	72.2%	27.8%
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R232. Nadie me informó	6.7%	93.3%	2.8%	97.2%
<b>CON RESPECTO A MI VIDA SEXUAL:</b>				
<b>REACTIVOS NEGATIVOS</b>				
R236. Me generan temor las relaciones sexuales	+	-	+	-
	18.3%	81.7%	2.8%	97.2%
<b>REACTIVOS DESCRIPTIVOS</b>				
R233. Me interesa tener relaciones sexuales	48.3%	51.7%	80.6%	19.4%
R234. He tenido alguna vez relaciones sexuales	21.7%	78.3%	30.6%	69.4%
R235. Tengo relaciones sexuales con frecuencia	11.7%	88.3%	11.1%	88.9%
R237. He decidido no tener relaciones sexuales por el momento	73.3%	26.7%	50%	50%
R238. Nunca he tenido relaciones sexuales	70%	30%	58.3%	41.7%

**ANEXO D**

**Tablas de las Correlaciones de Pearson ( $r$ )  
entre el MMPI-A y el Cuestionario de  
Sucesos de Vida**



A N E X O D

J. Manuel Pérez y Furió

TABLAS DE LAS CORRELACIONES DE PEARSON (r)  
ENTRE MMPI-A Y EL CUESTIONARIO DE SUCESOS DE VIDA

Tabla 66. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas Básicas del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas (n=59)

ÁREA	ESCALAS														
	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pi	Es	Ma	Is
FAMILIAR POSITIVA	.34***							.36**	-.45***		.31**		.29**	.32**	
FAMILIAR NEGATIVA	.56***	.50***	.56***		-.38***	.42***	.47***	.39***	.56***		.46***	.54***	.57***	.45***	.31**
SOCIAL POSITIVA															
SOCIAL NEGATIVA						.29**		.37***	.34***		.30**		.30**		
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA															
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA	.33**				-.49***				.37***	-.34***	.37***	.55***	.43***	.40***	.31**
SALUD POSITIVA		.38***	.34***			.32**	.47***	.38***	.49***		.40***	.34***	.36***		.30**
SALUD NEGATIVA				.38***	.37***	.43***		.30**	.33**		.32**	.29**	.31**	.33**	
PERSONAL POSITIVA	.31**								-.25**		.32**				
PERSONAL NEGATIVA	.45***	.33**	.40***		-.43***	.43***	.30**	.35***	.44***		.49***	.53***	.56***	.42***	
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA															
ESCOLARIDAD POSITIVA	.34***							.36***	.26**		.29**			.27**	
ESCOLARIDAD NEGATIVA															

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01

\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001

ANEXO D  
José Manuel Pérez y Fariás

**Tabla 67. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas de Contenido del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas (n-59)**

ÁREA	ESCALAS														
	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ASL	ISO	FAM	ESC	RTR
FAMILIAR POSITIVA	.38***												.41***	.34***	
FAMILIAR NEGATIVA	.57***	.47***	.46***	.44***	.42***	.48***	.50***	.39***	.44***	.44***			.56***	.55***	.44***
SOCIAL POSITIVA															
SOCIAL NEGATIVA	.30**	.22**	.26**	.31**	.27**	.33**	.29**						.26**	.36***	
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA															
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA	.51***	.43***	.34***		.30**	.40***	.35***	.39***					.38***	.43***	.29**
SALUD POSITIVA	.35***	.36***	.44***	.32**	.39***		.35***		.26**	.44***			.46***	.38***	.39**
SALUD NEGATIVA	.39***		.30**	.39***		.26**	.37***	.29**					.33***	.39***	.26**
PERSONAL POSITIVA	.26**					.41***									
PERSONAL NEGATIVA	.46***	.44***	.42***	.45***	.51***	.43***	.53***	.31**		.36***			.53***	.56***	.32**
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA															
ESCOLARIDAD POSITIVA						.34***									
ESCOLARIDAD NEGATIVA															

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01

\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001

A N E X O D  
Jose Manuel Pérez y Farias

**Tabla 68. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas Suplementarias del MMPI-A en una submuestra de adolescentes femeninas (n=59)**

ÁREA	ESCALA					
	A-A	R-A	Mac-A	RPAD	TPAD	INM
FAMILIAR POSITIVA		.42***	.28**	-.34***		
FAMILIAR NEGATIVA	.42***	.52***	.36***	.53***	.48***	.37***
SOCIAL POSITIVA						
SOCIAL NEGATIVA		.28**		.26**		
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA						
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA	.26**	.40***	.36***	.37***	.47***	-.34***
SALUD POSITIVA		.36***	.33**	.39***		
SALUD NEGATIVA	.31**	.25**			.28**	
PERSONAL POSITIVA		.31**	.26**			
PERSONAL NEGATIVA		.39***	.42***	.47***	.38***	
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA						
ESCOLARIDAD POSITIVA		.33**				
ESCOLARIDAD NEGATIVA						

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01

\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001

**A N E X O D**  
José Manuel Pérez y Fariás

**Tabla 69. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas Básicas del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos (n=39)**

ÁREA	ESCALAS														
	F1	F2	F	L	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pi	Es	Ma	Is
FAMILIAR POSITIVA								-.37**							
FAMILIAR NEGATIVA					-.32**				.42**						
SOCIAL POSITIVA		.45***	.34**												.35**
SOCIAL NEGATIVA				-.40**	-.34**							.34**			
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA															
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA	.54***						.36**		.53***	.33**	.36**	.33**			
SALUD POSITIVA	.34**							.34**							
SALUD NEGATIVA		.42***	.44***												
PERSONAL POSITIVA															
PERSONAL NEGATIVA	.50***		.34**		-.36**	.37**	.48***		.53***	.57***	.42**	.43***	.43***	.33**	
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA		.38**	.37**	-.34**					.33**						
ESCOLARIDAD POSITIVA							-.34**	.43***			-.33**				
ESCOLARIDAD NEGATIVA	.39**								.33**						

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01

\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001

ANEXO D  
Jose Manuel Pérez y Fariás

**Tabla 70. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas de Contenido del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos (n=39)**

ÁREA	ESCALAS														
	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	ASL	ISO	FAM	ESC	RTR
FAMILIAR POSITIVA									-.44***						
FAMILIAR NEGATIVA			.33**										.42**		
SOCIAL POSITIVA	-.35**	.40**								-.36**					
SOCIAL NEGATIVA	.36**	.40**		.36**		.43***				.36**			.42**		
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA															
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA				.39**							.42***			.49***	
SALUD POSITIVA															
SALUD NEGATIVA		.39**	.37**		.45***	.36**							.49***		.40**
PERSONAL POSITIVA															
PERSONAL NEGATIVA	.40**		.51***	.35**						.42***	.34**		.54***	.49***	
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA									.39**		.43***		.41**	.60***	.34**
ESCOLARIDAD POSITIVA															
ESCOLARIDAD NEGATIVA														.48***	

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01  
\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001

A N E X O D  
José Manuel Pérez y Fariás

Tabla 71. Correlaciones entre Sucesos de Vida y las Escalas Suplementarias del MMPI-A en una submuestra de adolescentes masculinos (n=39)

ÁREA	ESCALA					
	A-A	R-A	Mac-A	RPAD	TPAD	INM
FAMILIAR POSITIVA		.36**				
FAMILIAR NEGATIVA			.33**			
SOCIAL POSITIVA					.33**	
SOCIAL NEGATIVA			.39**			
LOGROS Y FRACASOS POSITIVA	.35**					-.36**
LOGROS Y FRACASOS NEGATIVA		.35**	.45***	.43***		
SALUD POSITIVA						
SALUD NEGATIVA						
PERSONAL POSITIVA						-.40**
PERSONAL NEGATIVA		.33**	.55***	.40**	.34**	
PROBLEMAS DE CONDUCTA NEGATIVA		.55***	.60***	.44***		
ESCOLARIDAD POSITIVA						
ESCOLARIDAD NEGATIVA		.32**	.58***			

\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .01

\*\*\* NIVEL SIGNIFICANCIA AL .001