

F. López Seco¹
L. Blasco Claros¹
JL. González Molinero²
B. Tàrrega Esteller¹

P. Mundo Cid¹
D. Harbane-Boschot²
P. Casaus Samatán³

Perfil de personalidad en una muestra de adolescentes en tratamiento ambulatorio. Estudio preliminar con el MMPI-A

Personality Profile in a sample of adolescent outpatients: a preliminary study with the MMPI-A

1 Psicólogo Clínico. CSMIJ Reus. IPM
2 Psiquiatra. CSMIJ Reus. IPM.
3 Psiquiatra. Directora Médica Red Externa IPM
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Reus. Institut Pere Mata.

Correspondencia:

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Reus.
Camí de Riudoms, 11.
43201-Reus (Tarragona).
E-mail: csmijreus@peremata.com.

RESUMEN

Objetivo: Se examina el perfil de personalidad asociado a diferentes diagnósticos clínicos en una muestra de pacientes ambulatorios del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. **Material y métodos:** 77 adolescentes entre 13 y 17 años fueron evaluados con el MMPI-A. Hemos realizado un análisis retrospectivo de las historias clínicas para obtener los datos sociodemográficos y clínicos (edad, sexo, cronicidad y diagnóstico CIE-10 y CFTMIA). Mostramos el perfil global y por diagnóstico, los estadísticos descriptivos y comparamos las medias para los diferentes diagnósticos (test de Kruskal- Wallis, Median test, Kolmogorov- Smirnov y test de Mann Whitney) y edades (correlaciones divariadas de Pearson, test de Kruskal- Wallis y test de Mann Whitney).

Resultados: El total de la muestra presenta elevaciones moderadas en las escalas de depresión y desviación psicopática. Se asocian diferentes perfiles a cada diagnóstico edad. Los trastornos psicóticos y los trastornos mixtos de la conducta y las emociones muestran un perfil más psicopatológico en las escalas clínicas y mayor deterioro psicosocial reflejado en las escalas de contenido. Los adolescentes más mayores (edades de 16 y 17) tienen puntuaciones más altas que los adolescentes jóvenes (13 a 15 años) en depresión e introversión. **Discusión:** Los estudios revisados sugieren que hay un sustan-

cial grado de asociación entre el inicio de los trastornos del eje I y la psicopatología del eje II en el final de la adolescencia y el inicio de la primera adultez. Comentamos nuestros resultados y discutimos la asociación entre trastornos mentales en la infancia y adolescencia y alteraciones de la personalidad. Conclusiones: Identificar y tratar con éxito los trastornos en la infancia puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad adulto. Se necesita más investigación para desarrollar recomendaciones de evaluación y tratamiento para las manifestaciones tempranas de las alteraciones de la personalidad.

Palabras Clave: Personalidad, psicopatología, adolescencia, MMPI-A.

ABSTRACT

Objective: We examined the personality profile associated to different diagnoses in a sample of outpatients of the Mental Health Center for Children and adolescents. **Method:** 77 adolescents with ages from 13 to 17 were assessed with the MMPI-A. We made a prospective analysis of each clinical report to obtain sociodemographic and clinical data (age, gender, chronicity, diagnostic with CIE- 10 and CFTMA). We show the profiles of both the total sample and of each diagnostic category using

descriptive statistics and compared means for the different diagnoses (using Kruskal- Wallis test, Median test, Mann- Whitney test and Kolmogorov- Smirnov test) and for ages (using Pearson bivariate correlations, Kruskal-Wallis test and Mann- Whitney test). Results: All the sample show moderate elevations in Depression and Psychopathic deviation. Different profiles are associated to each diagnosis and age: psychotic and mixed disorders of conduct and emotions show more severe psychopathology profile in clinical scales and more psychosocial impairment reflected in content scales. Older adolescents (age 16 and 17) have more elevated and significative scores than younger adolescents (age 13 to 15) in depression and introversion. **Discussion:** Studies revised suggest a substantial degree of association between early onset axis I disorders and axis II psychopathology in late adolescence and young adults. We comment our results and discuss the association between mental disorders in childhood and adolescence and personality disfunction. **Conclusions:** Identification and successful treatment of childhood disorders and severe early impairment, may help to reduce the risk of subsequent development of an adult personality disorder. More research is needed to develop assessment and treatment recommendations addressing the early manifestations of personality disturbance.

Key Words: Personality, psychopathology, adolescence, MMPI-A.

1. INTRODUCCIÓN

Ignorar las líneas de desarrollo en la estructuración de la identidad significa dejar a un lado la forma en que el desarrollo de la personalidad puede ser afectado negativamente a cualquier edad. El DSM-IV⁶ dice que las categorías de los trastornos de personalidad son aplicables en la infancia si esos rasgos desadaptativos y persistentes se han mantenido al menos un año y no se limitan a una etapa del desarrollo, aunque son raros los casos en que esto ocurre. Sin embargo, en la práctica clínica, nos encontramos con adolescentes que muestran rasgos de personalidad desadaptativos tendentes a extenderse, a persistir, y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastorno del eje I, y que por tanto configurarían aquellos patrones persistentes de formas de relacionarse, percibir, y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, lo que en el adulto catalogaríamos como Trastornos de la Personalidad (TP). Otras cuestiones son cuándo comienzan los trastornos de personalidad y cómo se

desarrollan o cómo se deben categorizar en la infancia y la adolescencia.

Por otro lado, la adolescencia, además de ser un período crítico del desarrollo, es una edad de riesgo psicopatológico. Por ejemplo, Newman en 1996²⁴ encontró que los trastornos mentales se incrementaban de manera longitudinal desde la infancia (18%) hasta el principio de la adolescencia (22%) y el final de la misma (41%).

Los estudios que examinan la prevalencia de alteraciones de personalidad con adolescentes apuntan la presencia de las mismas en esta población. En estudios comunitarios longitudinales, Bernstein³, con niños entre 9 - 19 años, halló que, en la adolescencia, el 31,2 % cumplían criterios DSMIII-R de trastorno de la personalidad y el 17% en niveles graves. Kasen¹¹ encuentra que su muestra de adolescentes presentaba una prevalencia de TP de un 15% y del 23,6% en la adultez, semejante a la prevalencia de TP en adultos, que es del 10-11% de la población general²⁰. En estudios con población clínica, Golombek y cols⁷ encuentran que el 46% de los niños de 13 años de edad valorados por ellos cumplieron criterios diagnósticos de eje II del DSMIII. Westen³⁰ observa que el 28,4% de la muestra de adolescentes presentaba trastorno del eje II del DSM-IV, dos terceras partes de la muestra con otros trastornos de personalidad comórbidos. La prevalencia era igual que en otros estudios clínicos con adultos excepto tasas más elevadas de TP dependiente y disocial en los adolescentes. Grilo⁸, en otro estudio clínico con pacientes internos, halla una prevalencia semejante de TP en muestra de adolescentes (64%) a la de adultos (66%). Sólo eran más frecuentes el TP pasivo-agresivo en adolescentes y el dependiente en adultos.

En cuanto al curso y la comorbilidad de las alteraciones en la personalidad, los estudios revisados muestran resultados variados. Kasen¹¹ encuentra que la probabilidad de tener un trastorno de personalidad en la adultez aumentaba en una muestra de adolescentes con trastorno de personalidad del mismo cluster, así como también aumentaba si se había tenido un trastorno del eje I o asociado a comorbilidad de los ejes I y II en la adolescencia. Krueger¹⁴ encuentra que con la edad se mantiene la continuidad del diagnóstico, el mayor deterioro se asociaba a mayor comorbilidad, y la relación entre alteraciones de la personalidad y trastornos del eje I parece estar mediada más por la presencia de comorbilidad que por la propia naturaleza de la psicopatología u otras variables sociodemográficas (aunque aparecen alteraciones del perfil de personalidad diferentes según diagnósticos del eje I). Por último halló correlación entre el trastorno del

202 eje I y el perfil de personalidad a los 15, 18 y 21 años. Kenneth¹² mostró que los adolescentes que reciben diagnóstico de TP presentan un mayor deterioro en el funcionamiento familiar social y escolar pero no encontraba resultados claros sobre la validez predictiva del trastorno de personalidad en adolescentes (no se mantiene en el tiempo el diagnóstico ni se predice deterioro en la adultez).

Hay estudios que relacionan las alteraciones del eje I y II. La asociación entre trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia y el TP antisocial están sobradamente documentadas²⁸, pero también se han mostrado relaciones entre otros trastornos de los ejes I y II. Ramlint²⁷ encontró asociación entre trastornos en la infancia y TP adulto independientemente de edad, sexo y otros diagnósticos del eje I. Los trastornos depresivos incrementaban el riesgo de TP esquizoide, evitativo, dependiente, borderline y esquizotípico; el trastorno disruptivo aumenta el riesgo de trastornos narcisista y antisocial; y el abuso de sustancias el borderline, esquizotípico, evitación y paranoide. Johnson⁹ muestra que los TP en la adolescencia, independientemente de la concurrencia de trastornos del eje I en esa edad, incrementan el riesgo al doble de sufrir trastornos de ansiedad, de conducta, humor y abuso de sustancias en la adultez. Los trastornos del cluster C se asociaron a riesgo elevado de ideación o conducta suicida. Kasen¹¹ muestra que los trastornos de la conducta perturbadora se asocian a todos los trastornos de la personalidad en adultos, los trastornos de ansiedad con los de los clusters A y C, los depresivos con los del cluster B y C. Lewinsohn¹⁵ encontró que la presencia de trastornos del eje I aumenta la probabilidad de obtener puntuaciones elevadas en rasgos de personalidad anómalos, especialmente la presencia de trastorno depresivo, pero su asociación con trastornos de la personalidad en la adultez fue baja (3,8%). El trastorno disruptivo se asocia al disocial y los trastornos de ansiedad a los del cluster A. Manzano¹⁸, en un estudio longitudinal prospectivo con adultos con TP, señala un perfil infantil que agrupa agresividad, conducta opositora, dificultades de socialización y conflictos con los iguales. El 54,6% ya habían sido diagnosticados de TP en la infancia. Las alteraciones de la personalidad se asocian a persistencia de desajuste¹². Marmorstein²⁰ encuentra que la combinación de trastornos de conducta y trastorno depresivo se relaciona con severo desajuste, sobre todo fracaso escolar y dependencia de sustancias.

Los TP además son trastornos con riesgo suicida. Mardomingo¹⁷ cita estudios que revelan que los trastornos de

personalidad se asocian a suicidio (32 - 41%), con más frecuencia el antisocial y el límite. Los rasgos narcisistas y esquizoides también son frecuentes. El 33% de niños y adolescentes que intentan suicidarse presenta conductas antisociales y el 16% trastorno disocial. En el seguimiento longitudinal el 12,5% presenta TP adulto. Peña Galván²⁶ en un estudio clínico con adolescentes y adultos jóvenes con tentativa suicida encuentra que tenían perfil de personalidad inestable, emotiva, insegura, aprensiva, con áreas de conflicto escolar y familiar. A este grupo lo etiquetaron como trastorno de personalidad inmadura. Johnson¹⁰, en estudio longitudinal, mostró que adolescentes con TP no especificado tenían significativamente mayor riesgo de fracaso escolar, múltiples dificultades interpersonales, trastornos psiquiátricos y actos serios de agresividad física en la primera adultez. Se asociaba a pronóstico igual de desfavorable que los que tenían TP de los clusters A, B y C.

En cuanto a diferencias entre sexos, el citado estudio de Kasen¹¹ encuentra que entre hombres y mujeres no hay diferencias significativas en trastornos disruptivos, más trastornos disociales en hombres y ansioso-depresivos en mujeres. El estudio de Levihson¹⁵ que en varones se asocia más el trastorno disocial y en mujeres el histriónico y dependiente. El trastorno disruptivo se asocia más al disocial y los de ansiedad a los del cluster A. En el estudio de Ranklint²⁷ las mujeres presentaban más trastornos depresivos y abuso de sustancias y los varones más trastornos de conducta perturbadora.

En general, los estudios con muestras comunitarias de adolescentes encuentran que hay una prevalencia semejante entre TP adultos y adolescentes, y los estudios clínicos encuentran prevalencias más elevadas. También sugieren que los TP son estables en el tiempo y predicen trastornos del eje I y II en la adultez.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del presente estudio, sería analizar los perfiles de personalidad, obtenidos de una muestra clínica (diagnósticos CIE-10) de 77 adolescentes, con edades comprendidas entre 13-17 años, que acuden al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Reus durante el segundo semestre del año 2005. Para ello, se aplicó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes, MMPI-A)^{4,25}. El MMPI-A es un inventario clínico de 478 ítems para adolescentes hasta los 18 años. Consta de escalas de validez del perfil, escalas clínicas de rasgos psicopatológicos que se pueden

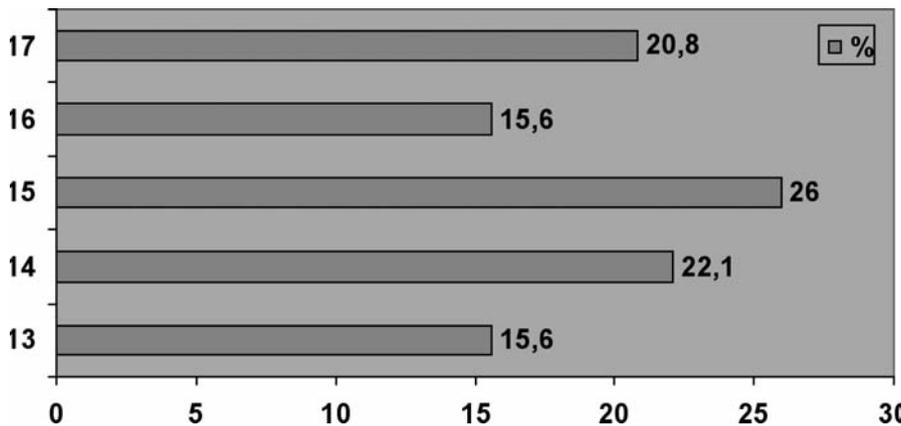


Gráfico 1. Muestra de adolescentes (n=77): distribución de edades en %.

(58,4%). Los grupos son estadísticamente equivalentes (chi-cuadrado=2,19, df= 1, p=0,138)

- Edades entre 13-17 años: 15,6% de 13 años, 22,1% de 14, 26% de 15 años, 15,6% de 16 y 20,8% de 17. La edad media es de 15,04 años (Mediana = 15, moda= 15). Los grupos son estadísticamente comparables (chi-cuadrado= 3,06, df=4, p= 0,547). El gráfico 1 describe la distribución de edades. El tiempo medio de evolución es de 29,7 meses No hay diferencias estadísticamente significativas entre la cronicidad de los cuatro grupos (chi-cuadrado=2,6, df=4, p=.61) La tabla 1 describe los

combinar en diferentes perfiles psicopatológicos hallados en la investigación, escalas de contenido centradas en el contenido de los items, que complementan la exploración de la personalidad y reflejan aspectos más amplios del funcionamiento psíquico e interpersonal de los evaluados, y otras subescalas y escalas suplementarias. Nosotros reflejamos los resultados de las tres escalas de validez básicas, las 10 clínicas y las quince de contenido. La prueba explora con bastante amplitud la complejidad diagnóstica que requiere este período de desarrollo. Los resultados se recogen en puntuaciones típicas baremadas con muestra española de más de tres mil casos.

Descripción de la muestra:

- 77 adolescentes, 32 varones (41,6%) y 45 mujeres

diagnósticos según la CIE- 105 y la clasificación francesa de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia²³.

- El número medio de factores de riesgo es de 2,1 (sd= 1,4): 5,3% no tienen factores de riesgo; 35,5 % tiene un factor de riesgo; 26% tiene dos factores de riesgo; 9,1% tienen tres factores; 15,8% cuatro; y 7,9% cinco o más factores de riesgo.
- El factor de riesgo más frecuente son los antecedentes de trastorno mental en familiares de primer grado (51,9% de los casos), seguido de ruptura de lazos afectivos (46,75% de los casos), y de otros factores específicos del contexto (divorcio, custodia, situación social desfavorable etc.) que se codifica en el 36%. El

Tabla 1: Frecuencias y porcentajes de Diagnósticos con doble clasificación CIE- 10 y CFTMIA

CIE-10	Frec y porcent.	CFTMIA	Frec y porcent.
1. Trastorno Psicótico.	N= 4 (5,2%)	1. Trastorno Psicótico.	N= 4 (5,2%)
2. Trastornos neuróticos.	N= 20 (26%)	2. Trastornos neuróticos.	N= 27 (35,1%)
3. Trastornos disociales	N= 5 (6,5%)	3. Patología de la personalidad	N= 22 (28,6%)
4. Trastornos disociales y emociones mixtas	N= 22 (28,6)	4. Trastorno reactivo.	N= 8 (10,4%)
5. Trastornos hiperactivos.	N= 2 (2,6%)	5. Trastornos Instrumentales.	N= 2 (2,6%)
6. Trastornos de la vinculación	N= 2 (2,6%)	6. Abuso de sustancias	N= 1 (1,3%)
7. Trastornos Adaptativos	N= 7 (9,1%)	7. Trastornos Psicósomáticos	N= 9 (11,7%)
8. Trastornos Psicósomáticos	N= 9 (11,7%)	8. Variaciones de la normalidad	N= 4 (5,2%)
9. Trastornos específicos del desarrollo	N= 0 (0%)	9. Otros especificados	N= 0 (0%)
10. Abuso/ dependencia de sustancias	N= 1 (1,3%)	10. Otros no especificados	N= 0 (0%)
11. Problemas que requieren atención clínica.	N= 5 (6,5%)		

204

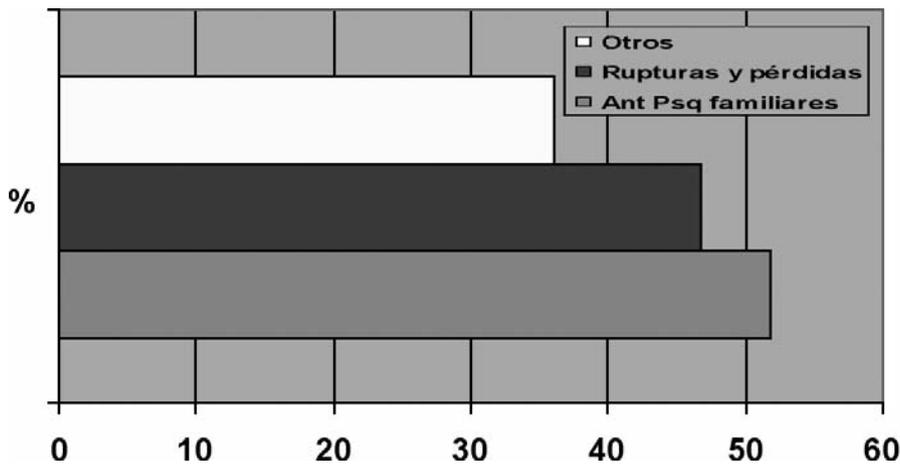


Gráfico 2. Muestra de adolescentes (n=77): factores de riesgo.

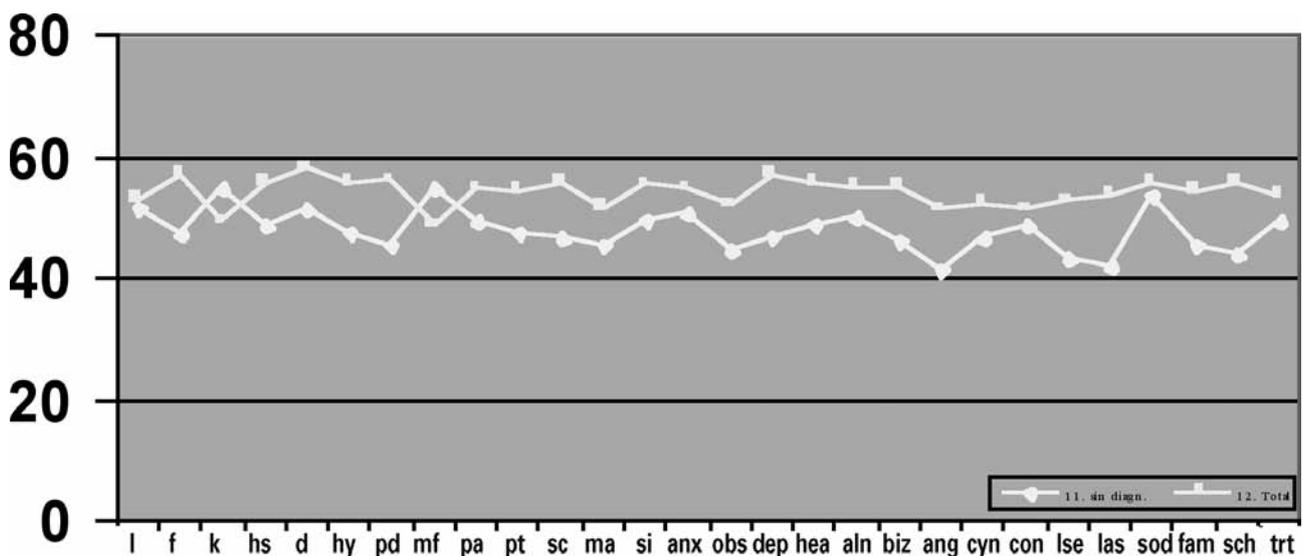
- 12 sujetos, el 15,6% habían requerido ingresos en recursos hospitalarios: 7,8% Hospital de día, 3,9% en unidades de Agudos, 2,9% en varios y 1,3% en hospital general.

Instrumentos: Análisis retrospectivo de las historias clínicas para datos sociodemográficos (sexo, edad) y clínicos (diagnóstico CIE-10 y CFTMIA, número y tipo de factores de riesgo, antecedentes de tratamiento y tiempo de evolución). Inventario de personalidad para adolescentes (MMPI-A).

Análisis estadísticos: Prueba Chi cuadrado para comparar homogeneidad de grupos por sexo y edad. Test de Kolmogorov-Smirnov para diferencias en cronicidad.

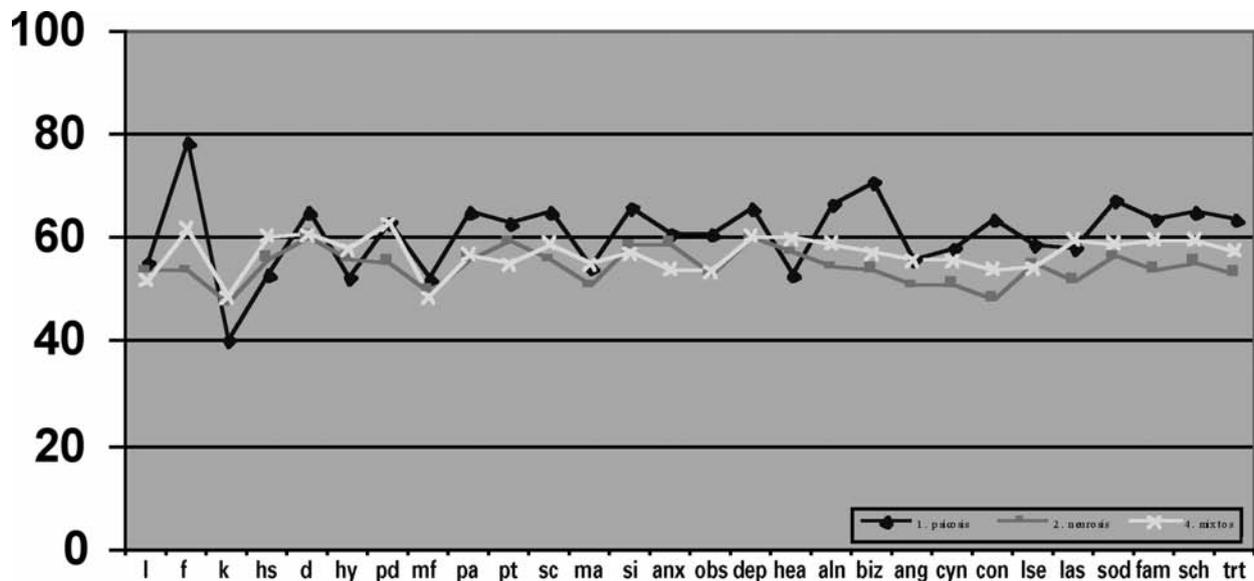
Descriptivos y comparación de medias según categoría diagnóstica. Pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis, Median test, Kolmogorov-Smirnov y Mann-Whitney entre diferentes grupos diagnósticos y correlaciones de Pearson, pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney entre los grupos de edad.

gráfico 2 refleja la distribución de factores de riesgo.
- 24 sujetos (el 31%) tienen antecedentes de tratamiento en la infancia, la mayoría por trastornos del aprendizaje e hiperactividad (41,7% de trastornos instrumentales de la CFTMIA), seguidos por 16,7% de trastornos neuróticos y 17,7% de trastornos psicossomáticos.



L= sinceridad, F= incoherencia, K= defensividad, Hs= hipocondría, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación Psicopática, Mf= masculinidad-feminidad, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia, Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía, Si= introversión social. Anx= ansiedad, Obs= obsesividad, dep= contenidos depresivos, Hea= preocupaciones por la salud, aln= alienación, biz= pensamientos bizarros, ang= hostilidad, cyn= cinismo, con= problemas de conducta, lse= baja autoestima, las= bajas aspiraciones, sod= malestar social, fam= problemas familiares, sch= problemas escolares, trt= indicadores negativos de tratamiento.

Gráfico 3. perfiles psicométricos con el MMPI-A: muestra total y variaciones de la normalidad.



L= sinceridad, F= incoherencia, K= defensividad, Hs= hipocondría, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación Psicopática, Mf= masculinidad-feminidad, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia, Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía, Si= introversión social. Anx= ansiedad, Obs= obsesividad, dep= contenidos depresivos, Hea= preocupaciones por la salud, aln= alienación, biz= pensamientos bizarros, ang= hostilidad, cyn= cinismo, con= problemas de conducta, lse= baja autoestima, las= bajas aspiraciones, sod= malestar social, fam= problemas familiares, sch= problemas escolares, trt= indicadores negativos de tratamiento.

Gráfico 4. perfiles psicométricos con el MMPI-A: subgrupos psicótico, neurótico y trastornos mixtos de las emociones y el comportamiento.

3. RESULTADOS

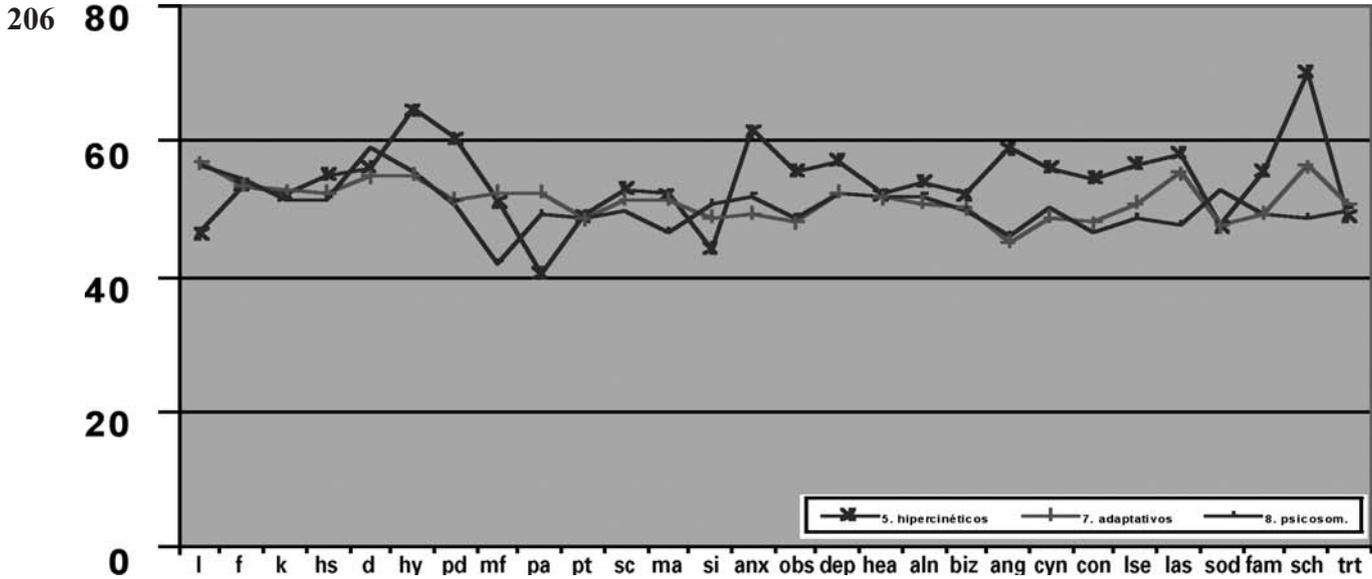
El gráfico 3 refleja los perfiles de la muestra total y los que reciben diagnóstico de normalidad, el gráfico 4 muestra el perfil de los subgrupos psicótico, neurótico y trastornos mixtos de la conducta y emociones, el gráfico 5 los subgrupos psicossomático, adaptativo, disocial e hiperkinético, el gráfico 6 presenta los perfiles según sexo. La Tabla 2 describe las escalas del MMPI-A con las escalas clínicas y las de contenido. Estas últimas han demostrado aumentar la validez de las escalas clínicas²¹.

La muestra total (n= 77) tiene elevaciones moderadas en depresión (D) y desviación psicopática (Pd). En las escalas de contenido las puntuaciones medias están dentro del promedio. El perfil general es de moderada depresión- ansiedad, ira, impulsividad, irritabilidad, culpabilidad y autorreproches; un perfil a la vez intro y extrapunitivo, con pobre respuesta al estrés, depresión exteriorizada y situacional, dificultades interpersonales, conflictos de dependencia y auto derrotismo. El pronóstico terapéutico requiere alivio sintomático y atención a la falta de compromiso y cumplimento terapéutico pese a las fuertes expresiones de pesar y quejas.

La obtención de puntuaciones entre leves y modera-

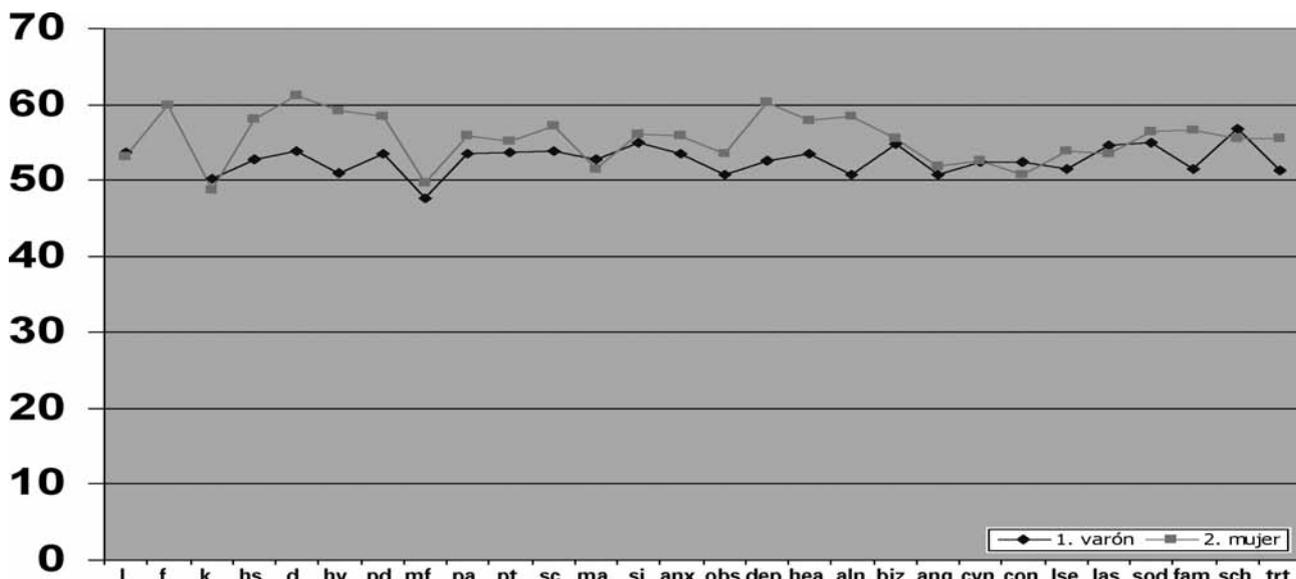
das en el MMPI-A en pacientes con diagnósticos de gravedad psicopatológica, podría deberse parcialmente a efectos del instrumento, que tiene un sustancial número de ítems que no discriminan bien entre los grupos normal y patológico².

- El subgrupo psicótico (n= 4) tiene elevación moderada en las escalas de introversión social (Si), Esquizofrenia (Sc), Paranoia (Pa), depresión (D) y desviación psicopática (Pd). Además, la puntuación de la escala de fiabilidad es muy alta (incoherencia). Perfil desorganizado, regresión, poco diferenciado, pánico, depresión en forma de apatía, anhedonia, agitación, fatiga más que tristeza. Trastorno del pensamiento grave pero con contenidos poco estructurados, preocupaciones extravagantes, alienación, suspicacia, desesperanza y hostilidad, afecto embotado o inapropiado, dificultad en control de impulsos, sentimientos persecutorios y retracción social, pensamiento autista, inercia, dificultades de concentración y juicio. Compatible con trastornos de espectro psicótico.
- El subgrupo neurótico (n= 20) tiene elevaciones moderadas en depresión (D), Psicastenia (Pt) e introversión Social (Si). En las escalas de contenido sólo puntua-



L= sinceridad, F= incoherencia, K= defensividad, Hs= hipocondría, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación Psicopática, Mf= masculinidad-feminidad, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia, Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía, Si= introversión social. Anx= ansiedad, Obs= obsesividad, dep= contenidos depresivos, Hea= preocupaciones por la salud, aln= alienación, biz= pensamientos bizarros, ang= hostilidad, cyn= cinismo, con= problemas de conducta, lse= baja autoestima, las= bajas aspiraciones, sod= malestar social, fam= problemas familiares, sch= problemas escolares, trt= indicadores negativos de tratamiento.

Gráfico 5. perfiles psicométricos de los grupos psicósomático, disocial, hipercinético y reactivo.



L= sinceridad, F= incoherencia, K= defensividad, Hs= hipocondría, D= depresión, Hy= histeria, Pd= desviación Psicopática, Mf= masculinidad-feminidad, Pa= paranoia, Pt= Psicastenia, Sc= esquizofrenia, Ma= hipomanía, Si= introversión social. Anx= ansiedad, Obs= obsesividad, dep= contenidos depresivos, Hea= preocupaciones por la salud, aln= alienación, biz= pensamientos bizarros, ang= hostilidad, cyn= cinismo, con= problemas de conducta, lse= baja autoestima, las= bajas aspiraciones, sod= malestar social, fam= problemas familiares, sch= problemas escolares, trt= indicadores negativos de tratamiento.

Gráfico 6. Perfiles Psicométricos con el MMPI: varones y mujeres

Tabla 2: variables del MMPIA

Escalas del MMPI-A

Escalas de validez	
Mentira (L)	Validez. Intento ingenuo de presentarse de manera socialmente favorable
Incoherencia (F)	Fiabilidad en la comprensión los ítems y/o exageración de psicopatología.
Corrección (K)	Autoengaño o manipulación de la imagen. Refleja actitud defensiva en sujetos que presentan psicopatología.
Escalas Clínicas	
Hipocondría (Hs)	Preocupación por la salud y la enfermedad.
Depresión (D)	Insatisfacción general, sentimientos de desánimo y desesperanza.
Histeria (Hs)	Preocupaciones somáticas, negación de problemas, necesidad de aprobación y aceptación social.
Desviación Psicopática (Pd)	Problemas de conducta, hostilidad, rebeldía, discordia, problemas con la autoridad, frialdad y alienación social.
Masculinidad- Feminidad (Mf)	Identificación con los roles estereotipados de su sexo.
Paranoia (Pa).	Ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez moral, síntomas paranoides.
Psicastenia (Pt)	Sintomatología ansiosa y obsesivo- fóbica.
Esquizofrenia (Sc)	Pensamiento y percepciones extrañas, aislamiento social, trastornos del humor y la conducta, dificultades en el control de impulsos.
Hipomanía (MA)	Grandiosidad, irritabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, humor exaltado, hiperactividad cognitiva y conductual
Introversión social (Si)	Timidez, inhibición, evitación social, auto alienación y alienación social.
Escalas de contenido	
Ansiedad (Anx)	Insomnio, dificultad de concentración, confusión, incapacidad para hacer tareas.
Obsesividad (Obs)	Preocupaciones irracionales, rumiaciones mentales, dificultad para tomar decisiones, miedo a los cambios.
Depresión (DEP)	Síntomas depresivos (humor), auto depreciación y desesperanza.
Preocupaciones por la salud (HEA)	Quejas de numerosos problemas físicos en diferentes sistemas orgánicos que interfieren en su vida.
Alineación (ALN)	Distancia emocional y alejamiento de los demás.
Pensamiento extra- vagante (BIZ)	Experiencias sensoriales extrañas, alteraciones senso perceptivas, sensación de extrañeza, ideación paranoide.
Hostilidad (ANG)	Problemas en controlar la ira.
Cinismo (CYN)	Actitudes misántropas y de sentirse perjudicado por los demás.
Problemas de conducta (CON)	Conductas disociales y de oposición.
Baja Auto- estima (LSE)	Opinión negativa de sí mismo, sentimientos de falta de atractivo, falta de confianza en sí mismo, sentimiento de inutilidad.
Bajas aspira- ciones (LAS)	Falta de interés por éxito y logro. Darse fácilmente por vencido.
Malestar Social (SOD)	Malestar al rodearse de gente, timidez, evitación social, dificultad en hacer amigos.
Problemas familiares (FAM)	Discordia familiar, celos, disputas, criticismo, desacuerdos, problemas de comunicación.
Problemas escolares (SCH)	Dificultades escolares, desagrado por el colegio. Absentismo y fracaso académico.
Indicadores negativos de Tratamiento (TRT)	Actitudes negativas hacia los profesionales de salud mental, poca disposición en dejarse ayudar, poca colaboración en el tratamiento.

ciones moderadas en ansiedad y depresión. Estado de ánimo depresivo y ansioso, rumiaciones obsesivas, pensamientos intrusivos, intropunición. Desamparo, desesperanza, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad. Aislamiento, introversión, falta de asertividad, dificultades para expresar ira. Dependencia, inhibición, escrúpulos. Cortejo ansioso somático. Se añade cohibición, auto alienación y evitación social. Responde bien a la psicoterapia, mantiene introspección, aunque tiende a demorar los cambios de conducta.

- El perfil de los trastornos mixtos (n= 22) es, en general, más elevado, con elevaciones moderadas en desviación psicopática (Pd), Depresión (D), hipocondría (Hs) y esquizofrenia (Sc). En las escalas de contenido, elevaciones moderadas en depresión (DEP), preocupaciones por la salud (HEA), alienación (ALN), bajas aspiraciones (LAS), malestar social (SOD), problemas escolares y familiares (SCH, FAM). Perfil semejante al neurótico pero con estrés mucho mayor, alienación más severa, miedo a la implicación emocional, desconfianza e ideas de muerte. Más preocupaciones somáticas, pesimismo, ansiedad y mayor sensación de ineptitud. Mayor deterioro escolar, resentimiento y más perturbación cognitiva.
- El grupo de trastornos psicósomáticos (n= 9) obtiene puntuaciones moderadas en depresión, el resto de las escalas dentro de la normalidad. Se trata fundamentalmente de pacientes con trastornos alimentarios.
- El grupo de trastornos de adaptación (n= 7) obtiene un perfil normal-medio, sin alteraciones en el perfil.
- El subgrupo de las variaciones de la normalidad (n=5), compuesto por sujetos que consultan en el Centro pero su diagnóstico es de normalidad, obtiene el perfil más bajo y dentro de la normalidad.
- El perfil de las mujeres es más elevado y con diferencias significativas en las escalas clínicas de depresión (D) e histeria (Hy) y en las de depresión (DEP) y alienación (ALN) en las de contenido. Perfil depresivo atípico, más frecuente en mujeres: ánimo disfórico, episódico, infelicidad, fatiga, insomnio, quejas somáticas, control emocional asociado a represión, responsable pero evasiva, dependiente, poco asertiva y con baja autoestima. Perfil sensible al apoyo tras alivio sintomático y que requiere abordar pérdidas, situaciones reactivas y conflictos interpersonales.

Prueba de Kruskal-Wallis y Median test para estudiar diferencias significativas en el MMPI-A entre todos los diagnósticos. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Mann-Whitney para analizar las diferencias entre los distintos subgrupos según diagnóstico edad y sexo.

Entre todos los grupos, diferencias estadísticamente significativas con el test de Kruskal- Wallis en desviación psicopática (chi- cuadrado=17,52, df= 9, p=0,04), hostilidad (chi- cuadrado= 17,6, df=9, p=0,04), bajas aspiraciones (chi- cuadrado= 18,7, df= 9, p=0,02) y problemas escolares (chi-cuadrado=21,6, df= 9, p= 0,01). Empleamos el Median test para estudiar las diferencias a través del número de casos que superan la media total en cada escala del MMPI-A. Obtenemos diferencias estadísticamente significativa en Pd (Chi- cuadrado= 18,6, df= 9, p=.02), Pt (chi-cuadrado= 17,19; df= 9, p= .04), Si (Chi-cuadrado= 17,14, df=9, p= .04), Alienación (Chi-cuadrado= 17,62, df=9, p= .04) y problemas escolares (Chi-cuadrado=20,47, df=9, p= .01). Los grupos de pacientes con psicosis, neurosis y trastornos mixtos son los que más pacientes aportan por encima de la media en la escala de desviación psicopática. Los grupos psicótico y disocial son los que más pacientes aportan en la escala de introversión social. Aportan más pacientes por encima de la media del grupo en la puntuación de alienación y problemas escolares los subgrupos psicótico, disocial y trastornos mixtos. Aunque no hay diferencias significativas, si es destacable que el grupo de alteración mixta de la conducta y emociones, aporta mayor porcentaje de pacientes por encima de la media del grupo en hipocondría, hipomanía y en seis de las escalas de contenido. El subgrupo psicótico muestra además porcentajes de sujetos por encima de la media en 12 escalas de contenido. El grupo de los trastornos disociales presenta también un alto porcentaje de sujetos con perturbación en 6 de las escalas clínicas y en 2 de las escalas de contenido.

Respecto al sexo, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de varones y mujeres en las escalas clínicas de Depresión (z= 1,4, p=.02 bilateral), Histeria (z=1,5, p= .02 bilateral), y en las de contenido, de depresión (z= 1,6, p=.008 bilateral) y alienación (z=1,4, p<.03 bilateral).

En el factor edad, la edad correlaciona (correlaciones divariadas de Pearson) positivamente con puntuaciones de depresión (p<0.008 bilateral), introversión social (p<.006), alienación p<0,01), autoestima negativa (p<.004), malestar social (p<.01) y actitud negativa hacia el tratamiento (p<.03). No aparecen diferencias significativas entre los cuatro subgrupos de edad en ninguna escala del MMPI-A. Sin embargo, si subdividimos los grupos en primera adolescencia (13-15 años) y final de la adolescencia (16-17), los adolescentes mayores tienen puntuaciones mayores y significativas en las escalas del MMPI-A de depresión (z= -2,3 p=0,02 bilateral), introversión social (z= -2,1 p= 0,02

Tabla 3. Diferencias estadísticamente significativas en escalas del MMPI-A entre los diferentes subgrupos diagnósticos

	Neurosis	Disocial	Mixto	Psicosom.	Adaptativo	Normal
Psicosis	F*	Sod**		Sch*,biz*, con*	Si**,Sod**	Dep*,Biz*,Sch**
					< K*	< K*
Neurosis				Si**	Pt*,Si**	Lse*,Sch*
Disocial				Con*		
Mixto	Aln*, Las*	D**		Pd**, Mf*, Ma*, Ang*,Las**, Fam*	L*, Pd**	F*,Hs*, Pd**, Ma*, Dep*, Ang**, Lse*, Las**, Fam*, Sch*
					Mf*, Las*	Mf*
						Sch*

** $p < .01$ (bilateral) * $p < .05$ (bilateral)

L= sinceridad, F= fiabilidad, K= defensividad, D= depresión, Pd= desviación psicopática, Mf= masculinidad-feminidad, Pt= psicastenia, Ma= manía, Si= introversión social, Dep= contenidos depresivos, Aln= alienación, Biz= pensamiento bizarro, Ang= hostilidad, Con= conducta, Lse= baja autoestima, Las= bajas aspiraciones, Sod= malestar social, Fam= problemas familiares, Sch= problemas escolares.

bilateral), baja autoestima ($z = -2,2$ $p = 0,02$ bilateral) y malestar social ($z = -2,4$ $p < 0,015$ bilateral). Esas puntuaciones no parecen tener que ver con una mayor cronicidad del grupo de mayor edad (31 meses) respecto al de menos (28 meses) ya que la diferencia no es significativa ($z = .61$, $p = .84$ bilateral). Este perfil es más habitual de la distimia y requiere un tratamiento más estructurado y centrado en las habilidades de relación y la asertividad.

Teniendo en cuenta sólo las diferencias estadísticamente significativas el subgrupo de los trastornos mixtos es el que mayor cantidad de diferencias significativas tiene comparado con cada uno de los demás, sería además el que más se desvía de la normalidad. Comparado con el grupo normal, hay deterioro significativo en escalas de validez (fiabilidad), escalas clínicas (hipocondría, desviación psicopática e hipomanía) y en varias de contenido (depresión, hostilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones, problemas escolares y familiares). Este subgrupo mixto no se diferencia estadísticamente en ninguna escala del grupo de las psicosis y se diferencia de las neurosis en las escalas de contenido de bajas aspiraciones y alienación (mayor en trastornos mixtos). La escala de desviación psicopática lo diferencia de los grupos adaptativo, psicossomático y normal, pero no del neurótico y psicótico. El subgrupo neurótico se diferencia del psicótico en que obtiene un perfil más fiable y de los trastor-

nos mixtos en las citadas escalas de contenido; tiene puntuaciones más elevadas en psicastenia e introversión que el adaptativo, más introversión que el psicossomático y más baja autoestima y problemas escolares que los diagnosticados de normalidad. El subgrupo adaptativo se muestra más defensivo que el perfil de las psicosis (más resistencias a exponer sus problemas) y menos sincero que los trastornos mixtos (control de autoimagen); además tiene más problemas escolares que el grupo normal. Del grupo psicossomático destaca la alta identificación con su rol sexual cultural comparado con los trastornos mixtos y con el subgrupo normal.

4. DISCUSIÓN

La combinación de puntuaciones moderadas en depresión (D) y desviación psicopática (Pd) que se da en nuestra muestra sugiere, como indican los estudios, riesgo de desajuste²⁰.

El perfil más polimorfo de trastornos mixtos (con elevación moderada en las escalas clínicas de desviación psicopática, Depresión, hipocondría y esquizofrenia, y disfunciones en las escalas de contenido de depresión, preocupaciones por la salud, alienación, bajas aspiraciones, malestar social, problemas escolares y familiares), se ha obtenido en otros estudios^{1,22}. No muestra diferencias estadísticas con el subgrupo psicótico, pero algunas escalas de contenido mar-

210 can diferencias con el neurótico (mayor alienación y más bajas aspiraciones; $p=.01$ y $p=.02$). La escala de desviación psicopática, si bien no permite diferenciarlos de los grupos más graves, sí lo hace de otros más leves como los reactivos o el obtenido de trastornos psicósomáticos ($p=.01$, $p=.006$). Es destacable que el grupo de trastornos mixtos es, después del psicótico, el que se eleva en más cantidad de escalas clínicas y de contenido del MMPI-A, es además el que obtiene mayor número de diferencias estadísticas significativas con el grupo de normalidad, cuestiones que lo acercan bastante al concepto de trastorno de la personalidad. El perfil del grupo neurótico que combina depresión (D), ansiedad (Pt) e introversión (Si) se situaría, según los estudios revisados, en perfil de riesgo de sufrir cualquier trastorno de la personalidad^{11,14,27,28}. Además las puntuaciones en estas escalas parecen diferenciar a este grupo de los de más similitud diagnóstica como los trastornos adaptativos por las escalas Pt ($p=.02$) y Si ($p=.01$). El perfil de los trastornos psicóticos es más desorganizado que los obtenidos con perfiles de cluster A²² y que confirma nuestra frecuente observación clínica de que son pacientes que en su evolución tanto podrían presentar psicopatología del cluster A como desarrollar un cuadro más típicamente psicótico. El perfil psicósomático, compuesto por pacientes con trastorno alimentario, obtiene un perfil muy normalizado y puntuaciones leves en la escala de depresión. Este perfil libre de alteraciones de personalidad no se encuentra tanto en otros estudios con pacientes con trastorno alimentario (López Seco et al.)^{16,17}.

El perfil de los grupos más estudiados (neurosis y trastornos mixtos de las emociones y el comportamiento) además podría ser un grupo de riesgo de autolesión según el perfil (conductas disociales, tendencia a reprimir la hostilidad, etc.) y los estudios revisados^{10,17,26}.

La media de evolución de los pacientes de 29,7 meses apunta también a la cronicidad y estabilidad de los síntomas. La persistencia de un trastorno psicológico en el tiempo afecta necesariamente al sentido de sí mismo y al funcionamiento interpersonal.

Otro elemento relevante es que el 31% de la muestra tiene antecedentes de tratamiento en salud mental en la primera y segunda infancia. De ellos el 41,7% por trastornos disruptivos. El 13% del grupo neurótico y el 17,3% del grupo de trastornos mixtos habían recibido diagnósticos de trastornos disruptivos en la infancia. La relación entre trastornos disruptivos y alteraciones de la personalidad es sobradamente conocida^{27,28}. Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas del MMPI-A entre grupos con o sin antecedentes de trastorno mental.

En cuanto a la cuestión más general de las alteraciones de la personalidad en la adolescencia, es una cuestión evidentemente polémica. Kernberg¹³ cita varias posibles razones de la no inclusión como diagnóstico de trastornos de personalidad: la preocupación por la etiqueta, la idea de que la personalidad no ha cristalizado en los niños, la falta de conocimiento sobre el desarrollo de la personalidad en la infancia y adolescencia, y el debate sobre la estabilidad psicopatológica de un rasgo para ser considerado como tal. La autora contesta defendiendo que no diagnosticarlos sería más negativo para su futuro (si no existe no se trata), que en el desarrollo se forman una identidad y una personalidad adecuadas a cada edad, que hay rasgos de personalidad estables en los niños (modulación afectiva, patrón de apego, sentido de identidad, empatía etc.) y que ni mucho menos todos los problemas de los niños son transitorios. Finalmente, la autora respalda la utilización de criterios adultos en TP infantiles aunque sea para establecer los fundamentos de una psicopatología del desarrollo de la personalidad en niños. No todos los autores están de acuerdo en trasladar la psicopatología adulta a los niños.

Otra alternativa sería la propuesta por Westen³⁰, basada en modelos más dimensionales y ligados a la evolución. El autor elabora un modelo dimensional para valoración de los trastornos de la personalidad en adolescentes en el que obtiene 7 dimensiones o prototipos (antisocial, desregulación emocional, evitación/ retraimiento, narcisismo, histriónico, autocrítico/ inhibido e índice de salud) que correlacionan con las categorías del DSM-IV, con menos solapamientos entre categorías, lo que suponía tener que hacer varios diagnósticos del eje II y que además es más consistente con el modelo evolutivo.

Los trastornos del eje I precipitan cambios que conllevan desadaptación y posibles alteraciones de la personalidad. Una de las razones podría ser que durante esta etapa falla la adquisición de estilos de afrontamiento adecuados unido a las consecuencias en el sentido de autoeficacia que supone padecer un trastorno psicológico prolongado.

Una cuestión a investigar (y que creemos que explica en parte el polimorfismo del perfil del grupo de trastornos mixtos del estudio) es la influencia y el sesgo de los fenómenos habituales de la adolescencia como etapa del desarrollo, que podría contaminar el perfil psicopatológico y afectar a los instrumentos de evaluación.

Como temas de interés futuro destacaríamos profundizar en las diferencias de género en la expresión e incidencia de los TP y superar las limitaciones de las clasifi-

caciones actuales (CIE-10, DSM-IV-TR) que no pueden integrar las etapas de desarrollo y las transiciones entre ellas para comprender como aparecen esos patrones psicopatológicos.

Otro aspecto a destacar son las limitaciones de los estudios: diferentes metodologías de evaluación de TP en estudios longitudinales con DSM y los cambios de criterios diagnósticos con el tiempo, y prevalencias muy diferentes si se trata de población general o población clínica.

5. CONCLUSIONES

Nuestros datos preliminares sugieren que la categoría referente a los trastornos mixtos del comportamiento y las emociones en la CIE10 configura un diagnóstico clínico y un perfil psicopatológico en el MMPI-A diferenciado. Creemos que este grupo de pacientes corresponde con lo que se entiende por trastorno de la personalidad. Otra cuestión es el “apellido” (subtipo) que se ponga a los diversos perfiles individuales. Creemos que por las cuestiones referidas (características de la adolescencia, falta de investigación del desarrollo y clínica etc.) los trastornos de personalidad son más polimorfos que en la adultez y es, si cabe, más difícil que se ajusten a un prototípico específico de cualquiera de los tres Clusters A, B o C.

Sí observamos que habría un perfil clínico y de personalidad de mayor desajuste psicosocial y que requiere un abordaje integral durante esta etapa de consolidación de la estructura de la personalidad.

Otro elemento destacable es la importancia de prevención. Identificar y tratar los trastornos psiquiátricos infantiles puede reducir el riesgo de desarrollar un TP en la adultez.

Nuestro estudio pretende un acercamiento a las características clínicas y al estilo de personalidad que permita un abordaje integral del trastorno psicopatológico. La impresión general es que, pese a tratarse de un estudio preliminar, los datos reflejan el tipo de paciente adolescente con moderado sufrimiento psíquico y el abanico de estilos de afrontamiento que presenta.

Por todo ello, desde este Servicio, y pese a las presiones asistenciales o la escasez de recursos, seguimos defendiendo la necesidad de realizar un abordaje integral de los problemas que presentan nuestros jóvenes y no sólo buscar la eficacia sintomática. La impresión general de la evolución a largo plazo es que este enfoque forma parte también de la prevención. Demostrarlo es objeto de otro estudio.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Archer RP, Ball JD, Hunter JA. MMPI characteristics of borderline psychopathology in adolescent inpatient”. *J Pers Assess.* 1985 Feb; 49(1): 47-55.
2. Archer RP, Handel RW, Lynch KD. “ The effectiveness of MMPI-A items in discriminating between normative and clinical samples”. *J. Pers. Aセス* 2001, Dec; 77(3): 420- 35.
3. Bernstein D, Cohen P, Velez N, Cshwab- Stone M; Siever L; Shinsato L. (1993). “ Prevalence and stability of DSMIII personality disorders” *Psychiatry* 153, 7.
4. Butcher, C.L. Williams, J.R. Graham, R.P. Archer, A. Tellegen, Y.S. Ben- Porta y B. Kaemmer. “Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent University Press, Minneapolis 1992. Adaptación española de Jiménez Gómez, F y Ávila Espada, A: Inventario Multifásico de personalidad de Minesota para adolescentes, MMPI-A. Madrid: TEA ediciones; 2003.
5. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ed Médica Panamericana, 2000.
6. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson; 1995.
7. Golombek H, Marton P, Stein B, Korenblum M. (1986). “Personality dysfunction and behavioural disturbances in early adolescence”. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 697- 703.
8. Grilo CM, McGlashan TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfield D, Edell ES. “Frequency of Personality Disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients”. *Am. J. Psychiatry* January 1998; 155: 140-142, .
9. Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook JS. “Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidatily during adulthood”. *Arch. Gen Psychiatry* 1999 Sep; 56(9): 805- 11.
10. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol, AE, Kasen S, Brook JS. “Adverse outcomes associated with Personality disorder not otherwise specified in a community sample”. *Am. J. of Psychiatry* 2005; 162: 1926- 1932.
11. Kasen S, Cohen P, Skodol A, Johnson JG, Brook JS. “ Influence of Child and adolescent Psychiatric Disorders on young adult personality disorder”. *Am. J. Psychiatry* Oct 1999; 156: 10.
- 12- Kenneth NL, Phil M, Becker DF, Grilo CM, Mattanah JF, Garnet KE, Quinlan BM, Edell WS, Glashan TH. “Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients” *Am. J. Psychiatry* Oct 1999; 156: 1522- 1528.
13. Kernberg P, Weiner AS y Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México: Editorial Manual Moderno; 2002.
14. Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA, McGee R. “Personality traits are differentially linked to mental disorders: a multitrait- multi-diagnosis Study of an Adolescent birt cohort”. *Journal of anormal Psychology* 1996, vol 105, n.3, 299- 312.

F. López Seco
L. Blasco Claros
JL. González Molinero
B. Tàrrega Esteller

P. Mundo Cid
D. Harbane-Bosshot
P. Casaus Samatán

Perfil de personalidad en una muestra de adolescentes en tratamiento ambulatorio. Estudio preliminar con el MMPI-A

- 212
15. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. "Axis II Psychopathology as a function of axis II disorders in Childhood and adolescence". *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry* Dec 1997; 36: 12.
 16. López Seco F, González Molinero JL, Tàrrega Esteller, B. "Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: uso del Mini- Mult en la valoración de pacientes externas con trastorno alimentario". *Psiquis*, 2003; 24(5): 236-244.
 17. López Seco F, Rodríguez del Toro, C. "Factores asociados a la cronicidad en trastornos de la alimentación". *Anales de Psiquiatría* 1999, vol. 15, nº 4: 137- 144.
 18. Manzano J, Laufer D, Borella E, Favre C, Fisher W, Gex- Fabri M, Seild R, Urban D, Zabala I. "Continuity and discontinuity of psychopathology: a study of patients examined as children and as adults. III- The infancy of adult personality disorders". *Schweiz Arch Neurol. Psychiatr.* 1994; 145(4): 13-7.
 19. Mardomingo Sanz MJ. "Trastornos de personalidad y comportamiento suicida en la adolescencia". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero- 15 de marzo de 2000 [citado*]; conferencia 7- CI-H: [8 pantallas]. Disponible.
 20. Marmorstein NR, Iacono WG. "Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning and risk for future psychopathology". *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003, Feb; 42(2): 225-33.
 21. McGrath RE, Pogge DL, Stokes JM. "Incremental validity of selected MMPI-A content scales in a inpatient setting". *Psychol. Assess* 2002 Dec; 14(4): 401- 409.
 22. Merritt RD, Balogh DW, Kok CJ. "DSM-IV Cluster A personality disorder diagnoses among young adults with a 2-7-8 MMPI profile". *Assessment*. 1998 Sep; 5(3): 273-85.
 23. Mises, R. Et Quemada, N. "Classification Francaise des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent- R-2000". Éditions du CTNERHI, Quatrième edition.
 24. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA. " Psychiatric Disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance and new case incidence from ages 11 to 21". *Journal of consulting and Clinical Psychology* 1996, vol 64, n. 3, 552- 562.
 25. Nichols DS. "Claves para la evaluación con el MMPI-2". Madrid: TEA ediciones; 2002.
 26. Peña Galván LY, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T y Gallardo Álvarez, A. "Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes". *Rev. Cubana Med. Milit* 2002; 31(3): 182-7.
 27. Ramclint M, von Knorring A-L, Ekselius L. "Child and adolescent Psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow- up study". *Nord J Psychiatry* 2003; 57; 23-28. Oslo.
 28. Re JM, Morris- Yates A, Singh M, Andrews G, Stewart GW. "Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults". *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 895- 900.
 29. Weissmann (1993). "The epidemiology of personality disorders: a 1990 update". *Journal of Personality disorders, Supplement*, 44-62.
 30. Westen D, Shedler, J, Durret C, Glass S, Martens A "Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative". *Am. J. Psychiatry* May 2003; 160:5.