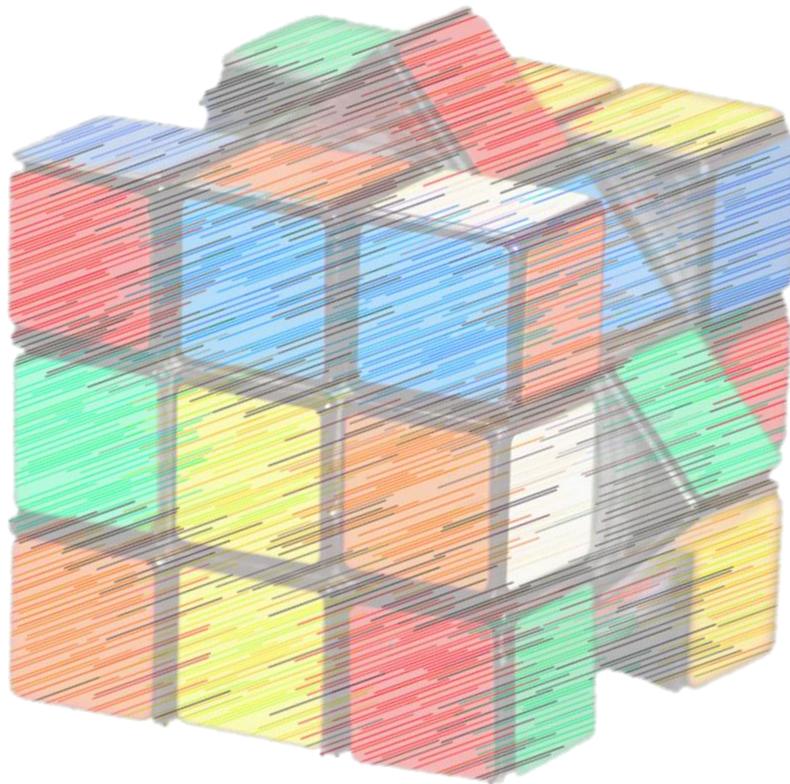


TESIS DOCTORAL

**PERSONALIDAD Y VARIABLES CLÍNICAS EN ADOLESCENTES
A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA
PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)**



Autora:

María del Mar Campos Ríos



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

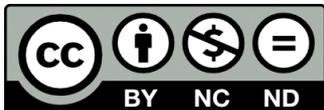


UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: María del Mar Campos Ríos

 <http://orcid.org/0000-0001-8873-8672>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico

TESIS DOCTORAL

**PERSONALIDAD Y VARIABLES CLÍNICAS EN
ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE
EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA
ADOLESCENTES (PAI-A)**

Autora:

María del Mar Campos Ríos

Directoras:

Dra. Margarita Ortiz-Tallo Alarcón

Dra. Violeta Cardenal Hernández

Málaga, 2017





Margarita Ortiz-Tallo Alarcón, Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, certifico que **Doña María del Mar Campos Ríos**, ha efectuado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada: *Personalidad y variables clínicas en adolescentes a través del Inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A)*.

La investigación responde a los requisitos de una tesis doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación.

Por tanto, entiendo que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctora según la legislación vigente y, en consecuencia, autorizo su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

En Málaga a 16 de enero de 2017
Fdo: Margarita Ortiz-Tallo Alarcón
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga





Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II
Facultad de Psicología - Universidad Complutense de Madrid

Violeta Cardenal Hernández, Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, certifico que **Doña María del Mar Campos Ríos**, ha efectuado bajo mi dirección la tesis doctoral titulada: *Personalidad y variables clínicas en adolescentes a través del Inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A)*.

La investigación responde a los requisitos de una tesis doctoral y la metodología adoptada es apropiada a los fines de investigación.

Por tanto, entiendo que reúne los requisitos para optar al Grado de Doctora según la legislación vigente y, en consecuencia, autorizo su depósito y posterior presentación y defensa ante el tribunal designado para tal fin.

En Málaga a 16 de enero de 2017
Fdo: Violeta Cardenal Hernández
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid



A mi Rocío, mi hermana, mi leona, porque sigues sin soltarme la mano en nuestro viaje infinito... gracias por seguir prestándome tu fuerza, seguimos caminando.

AGRADECIMIENTOS

Sintiendo a partes iguales alivio e incredulidad, me cuesta creer que después de tanto esfuerzo, tantas dudas y dificultades puedo por fin expresar formalmente mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado, animado y/o soportado, cansados e incansables, en este periplo que ha sido la elaboración de mi tesis doctoral. Respiro hondo, me encanta dar las gracias y no quiero olvidarme de nadie.

Gracias, en primer lugar, a mis padres, Santos y Antonio, mis pilares fundamentales, mi ejemplo de esfuerzo, superación y amor incondicional en todo momento. A vosotros os debo lo que soy, nunca os lo podré agradecer lo suficiente. Enhorabuena, porque esta conquista es también en gran parte vuestra.

Gracias también a mis hermanos, José María, Juani, Dani, Francis y Carlos, por enseñarme con vuestra vida el valor del esfuerzo, a creer en mí misma creyendo en vosotros y gracias, sobre todo, por esos nueve tesoros que adoro y que me entusiasma ver crecer, David, Marina, Luisa, Lucía, Dani, Andrés, Carlos, Rocío y Raúl. Y, cómo no, gracias a mis dos casi hermanas, Isa y Andrea, por enseñarme a ver desde pequeña que había vida más allá de mi calle y que yo también podía con esa alegría por mis primeros sobresalientes en el cole.

Gracias a mis amigos y compañeros de vida infatigables: Elena, Carlos Joaquín, David, Lupe, Eva y Juan Manuel, por sostenerme y ayudarme tantas y tantas veces. No sé qué hubiera sido de esta adolescente insegura y adulta inflexible sin vosotros. Gracias especialmente a Nicolás por tu apoyo moral y práctico en mis primeros y dudosos momentos como doctorando.

Gracias sobre todo a ti, Rocío, por tu apoyo incansable y tu amistad incondicional en un tiempo y espacio que hemos conseguido hacer relativos.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Violeta y Margarita, mis mentoras y directoras, sin vuestro apoyo, ánimo y fe incondicional en mi capacidad este proyecto y otros muchos profesionales y personales no hubieran sido posibles. Gracias a Pablo por tu energía y ayuda siempre tan útil y necesaria. También gracias a Alicia por tu ejemplo y disposición a facilitarnos lo difícil.

Gracias también a Mercedes, Xesca y Marga amigas y compañeras, por vuestra disposición, escucha, ánimos, recursos y sonrisas cada día.

Y gracias, finalmente, a cada una de las personas que en mi día a día me demostráis que no hay excusas que a uno no le permitan intentar lo que quiere, que sólo quizás llegue a conseguirlo pero que en la fe en el propio esfuerzo es posible encontrar el sentido que a veces en la vida todos perdemos. Gracias por enseñarme a aprender a ganar desde la pérdida...mil y una veces gracias por ayudarme a dar un sentido a cada uno de mis días.

ÍNDICE

Pág.

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	16
INTRODUCCIÓN	18
1. LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	21
1.1. EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD.....	22
1.2. EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	33
2. SÍNDROMES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA: PREVALENCIA Y CLASIFICACIÓN	40
2.1. TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y LA CONDUCTA: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES	45
2.1.1. <i>Trastorno de la conducta: prevalencia y características clínicas</i>	47
2.1.2. <i>Trastorno de la conducta en menores infractores</i>	50
3. LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE	52
4. EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)	57
4.1. ESCALAS DE VALIDEZ	59
4.1.1. <i>Inconsistencia (INC)</i>	60
4.1.2. <i>Infrecuencia (INF)</i>	61
4.1.3. <i>Impresión negativa (IMN)</i>	62
4.1.4. <i>Impresión positiva (IMP)</i>	63

4.2.	ESCALAS CLÍNICAS	64
4.2.1.	<i>Quejas somáticas (SOM)</i>	65
4.2.2.	<i>Ansiedad (ANS)</i>	66
4.2.3.	<i>Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)</i>	68
4.2.4.	<i>Depresión (DEP)</i>	70
4.2.5.	<i>Manía (MAN)</i>	72
4.2.6.	<i>Paranoia (PAR)</i>	74
4.2.7.	<i>Esquizofrenia (ESQ)</i>	77
4.2.8.	<i>Rasgos límites (LIM)</i>	78
4.2.9.	<i>Rasgos antisociales (ANT)</i>	80
4.2.10.	<i>Problemas con el alcohol (ALC)</i>	82
4.2.11.	<i>Problemas con las drogas (DRG)</i>	83
4.3.	ESCALAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO	84
4.3.1.	<i>Agresión (AGR)</i>	84
4.3.2.	<i>Ideación suicida (SUI)</i>	86
4.3.3.	<i>Estrés (EST)</i>	87
4.3.4.	<i>Falta de apoyo social (FAS)</i>	88
4.3.5.	<i>Rechazo al tratamiento (RTR)</i>	89
4.4.	ESCALAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL	90
4.4.1.	<i>Dominancia (DOM)</i>	91
4.4.2.	<i>Afabilidad (AFA)</i>	91
4.5.	EL PERFIL PAI-A: TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y JÓVENES INFRACTORES.....	92
5.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	98
	MÉTODO Y RESULTADO	101
6.	PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	101

6.1.	PARTICIPANTES.....	102
6.1.	MATERIAL Y PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PAI-A	102
6.1.1.	<i>Procedimiento en la adaptación del PAI-A</i>	103
6.2.1.	<i>Datos preliminares de fiabilidad y validez del PAI-A</i>	108
7.	ESTUDIO 1- PERFIL PAI-A EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARES	114
7.1.	PARTICIPANTES.....	114
7.1.1.	<i>Criterios de inclusión/exclusión</i>	114
7.1.2.	<i>Características de la muestra</i>	114
7.2.	PROCEDIMIENTO	117
7.3.	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	117
7.4.	RESULTADOS	119
7.4.1.	<i>Puntuaciones promedio</i>	119
7.4.2.	<i>Diferencias en función del sexo</i>	124
7.4.3.	<i>Diferencias en función de la edad</i>	130
7.5.	DISCUSIÓN	136
7.5.1.	<i>Puntuaciones promedio</i>	136
7.5.3.	<i>Diferencias en función de la edad</i>	140
7.6.	CONCLUSIONES FINALES Y LÍNEAS FUTURAS	142
8.	ESTUDIO 2- PERFIL PAI-A EN UNA MUESTRA ADOLESCENTE CLÍNICA	144
8.1.	PARTICIPANTES.....	144
8.1.1.	<i>Criterios de inclusión/exclusión</i>	144
8.1.2.	<i>Características de la muestra</i>	144
8.2.	PROCEDIMIENTO	146



8.3.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	147
8.4.	RESULTADOS	148
8.4.1.	<i>Puntuaciones promedio</i>	149
8.4.2.	<i>Diferencias en función del sexo</i>	153
8.4.3.	<i>Diferencias en función de la edad</i>	160
8.4.4.	<i>Comparación entre muestras</i>	166
8.4.5.	<i>Análisis muestra centro de menores</i>	172
8.5.	DISCUSIÓN	177
8.5.1.	<i>Puntuaciones promedio</i>	177
8.5.2.	<i>Influencia del sexo</i>	178
8.5.3.	<i>Influencia de la edad</i>	180
8.5.4.	<i>Comparación entre muestras</i>	182
8.5.5.	<i>Análisis muestra en centros de menores</i>	184
8.6.	CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS.....	185
9.	CONCLUSIONES GENERALES	190
10.	FORTALEZAS, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	192
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194
12.	ANEXOS.....	221

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Modelos teóricos de la personalidad	27
Tabla 2. Planteamientos Estructurales del Modelo Internalista	29
Tabla 3. Inventarios de Personalidad multidimensionales más empleados en España ...	31
Tabla 4. Distribución por etapas y tareas/objetivos de la adolescencia	35
Tabla 5. Trastornos psicológicos más prevalentes en adolescentes. Categorías diagnósticas y equivalencia entre los sistemas DSM-IV-TR, DSM-5, CIE-10 y escalas o subescalas del PAI-A	42
Tabla 6. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de conducta	49
Tabla 7. Descripción de las escalas de validez del PAI-A	60
Tabla 8. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en INC	61
Tabla 9. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en INF	62
Tabla 10. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en IMN	63
Tabla 11. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en IMP	64
Tabla 12. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en SOM	65
Tabla 13. Descripción de las subescalas de SOM e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	66
Tabla 14. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ANS	67
Tabla 15. Descripción de las subescalas de ANS e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	68
Tabla 16. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en TRA	69

Tabla 17. Descripción de las subescalas de TRA e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	70
Tabla 18. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DEP	71
Tabla 19. Descripción de las subescalas de DEP e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	72
Tabla 20. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en MAN	73
Tabla 21. Descripción de las subescalas de MAN e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	74
Tabla 22. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en PAR	75
Tabla 23. Descripción de las subescalas de PAR e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	76
Tabla 24. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ESQ	77
Tabla 25. Descripción de las subescalas de ESQ e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	78
Tabla 26. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en LIM	79
Tabla 27. Descripción de las subescalas de LIM e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	80
Tabla 28. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ANT	81
Tabla 29. Descripción de las subescalas de ANT e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	82
Tabla 30. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ALC	83
Tabla 31. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DGR	84
Tabla 32. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en AGR	85



Tabla 33. Descripción de las subescalas de AGR e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas	86
Tabla 34. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en SUI	87
Tabla 35. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en EST	88
Tabla 36. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en FAS	89
Tabla 37. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en RTR	90
Tabla 38. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DOM	91
Tabla 39. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en AFA	92
Tabla 40. Pasos seguidos, objetivos y descripción en la adaptación española del PAI-A	104
Tabla 41. Materiales enviados a los colaboradores	106
Tabla 42. Consistencia interna y correlación test-retest de las escalas y subescalas del PAI-A	109
Tabla 43. Correlaciones entre las escalas del PAI-A y las medidas equivalentes en el MMPI-A	113
Tabla 44. Descripción de la muestra escolar	115
Tabla 45. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra escolar comparadas con el baremo estadounidense	120
Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas t de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra escolar.....	125

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas <i>t</i> de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra escolar	132
Tabla 48. Descripción de la muestra clínica	145
Tabla 49. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra clínica comparadas con el baremo estadounidense	150
Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas <i>t</i> de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra clínica	155
Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas <i>t</i> de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra clínica	162
Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas <i>t</i> de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia	168
Tabla 53. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra evaluada en centros de menores comparadas con el baremo estadounidense	174



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

RESUMEN

La adolescencia es un periodo vital de profundas transformaciones en todas las esferas del ser humano, convirtiéndose en una etapa de la vida crucial para el inicio o consolidación de diferentes alteraciones de la salud mental. Al mismo tiempo es un periodo cuyo conocimiento reviste una especial dificultad e interés para la Psicología del desarrollo y la Psicopatología ya que en estas edades se manifiestan gran parte de las alteraciones del comportamiento y de la personalidad que pueden llegar a suponer un trastorno en la edad adulta. Estos, de ser detectados de forma temprana, permitirán desplegar acciones de prevención con el objetivo de evitar la cronificación de problemas que escapen a los cambios normales que supone este periodo vital y con ello el coste personal, familiar, social y económico que su desconocimiento implica. Por ello, se revela de radical importancia el desarrollo de herramientas fiables que permitan conocer las variables de personalidad y clínicas de los adolescentes y diferenciar las alteraciones naturales y normales de esta etapa de problemas que excedan dicha normalidad.

En la presente tesis doctoral se pretende ahondar en el conocimiento de las variables de personalidad y clínicas en la población adolescente en España. Para ello se ha dividido el trabajo en dos bloques. En primer lugar, los fundamentos teóricos exponen el conocimiento formal disponible sobre la materia. Aquí se aborda la personalidad en la adolescencia, los síndromes y trastornos psicológicos más comunes en este periodo con especial atención sobre el trastorno de la conducta y los menores infractores, las herramientas de evaluación clínica de la personalidad para adolescentes disponibles en España y, finalmente, la presentación de la adaptación española del

Inventario de Evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A) herramienta que se pretende sea, tras su publicación, referencia en su materia.

En segundo lugar, se presentan los dos estudios que componen el presente trabajo de investigación. En el primer Estudio se analizan los datos obtenidos de la evaluación mediante el PAI-A de una muestra general adolescente en España. Las puntuaciones obtenidas por esta muestra indican normalidad de acuerdo a las puntuaciones directas alcanzadas, así mismo la comparación entre grupos de sexo y edad sugieren que ambas variables poseen cierta influencia en las puntuaciones obtenidas. En el segundo Estudio se analizan los resultados derivados de aplicar la misma herramienta sobre una muestra representativa de adolescentes pertenecientes a población clínica y a centros de menores. Las puntuaciones obtenidas por esta muestra apoyan también en este ámbito la utilidad del instrumento presentado, arrojando resultados en consonancia con diferentes estudios anteriores en los que las variables sexo y edad muestran su influencia en población clínica. Finalmente, el análisis de las características de la muestra perteneciente a centros de menores señala coherencia con la información disponible sobre las variables clínicas en esta población valoradas a través de otros instrumentos. Ambos estudios ponen en evidencia la utilidad del PAI-A como herramienta de evaluación con población general, clínica y en centros de menores. Dando la posibilidad de obtener gran cantidad de información sobre variables de relevancia en diferentes esferas del desarrollo adolescente a partir de un único instrumento. Un análisis completo de los resultados, así como sus conclusiones y discusión derivadas, se presentan al final de cada uno de los estudios. Tras lo anterior, se realizan una serie de conclusiones generales, seguidas finalmente de la referencia a las fortalezas, limitaciones y perspectivas de futuro a las que invita el presente trabajo.

INTRODUCCIÓN

Si puedes medir aquello de lo que hablas, y puedes expresarlo en número, entonces sí que lo conoces.

W. Thomson (Lord Kevin)

La presente Tesis Doctoral es el resultado de la voluntad y esfuerzo de ampliar el conocimiento sobre la salud mental de los adolescentes en España. A pesar de que existe una gran cantidad de conocimiento empírico que avala la existencia e inicio de trastornos de personalidad y clínicos en la adolescencia (Magallón-Neri et al., 2014), la comprensión respecto al desarrollo normal y patológico en estas edades tiende a la escasez (American Psychological Association, 2002). Por ello, la necesidad de la evaluación de las variables de personalidad y clínicas en este rango etario se hace cada día más evidente para conocer el estado de la salud mental juvenil y proporcionar datos poblacionales que establezcan un marco de referencia en España.

En los últimos datos disponibles, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016a) señala que en España hay 3.055.049 jóvenes de entre 12 y 18 años. De acuerdo a la información hallada y a los manuales estadísticos más empleados en el campo de la Psicopatología, hasta 20 de cada 100 de esos adolescentes pueden mostrar alteraciones en su salud mental (Lemos-Giráldez, 2003; Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015; Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch y Wille, 2008).

Los datos señalados hacen evidente la necesidad de una evaluación integral que facilite prestar una mayor atención a las conductas y demandas indirectas de esta

población con el fin de evitar futuros funcionamientos patológicos en la edad adulta (Pedreira-Massa, Blanco-Rubio, Pérez-Chacón y Quirós, 2014). A pesar de esto, los instrumentos disponibles en este sentido en España son escasos y muestran diferentes dificultades (Santamaría, Cardenal, Ortiz-Tallo y Campos, 2013). Así, se hace imprescindible la creación de herramientas de evaluación adecuadas y fiables que permitan la obtención de datos tan necesarios.

La evaluación de la personalidad se basa en la asunción de que existen unos rasgos relativamente estables en el comportamiento de las personas (Cattel, 1965; Eysenck, 1967; Costa y McCrae, 1985; Ortiz-Tallo, Cardenal y Santamaría, 2011). La Psicología de los rasgos, desde su visión nomotética, establece que cualquier persona puede ser ubicada en un punto de una dimensión continua de la personalidad que se considere importante (Allport, 1961). Los inventarios creados para valorar dichos rasgos pueden dibujar un perfil de personalidad, la combinación de las posiciones que la persona ocupa en un conjunto de rasgos evaluados en un inventario concreto, permitiendo componer una idea general sobre el comportamiento habitual de la persona y cómo es posible que esta se desenvuelva en diferentes situaciones (Carver y Scheier, 1997).

El campo de la evaluación ha experimentado grandes avances desde sus inicios y concretamente en España este área crece en cantidad y calidad. En respuesta a estos avances teóricos y metodológicos se presentó en 2011 la adaptación española del Inventario de evaluación de la personalidad de Morey (PAI; Personality Assessment Inventory; Morey, 2007a, adaptación española de Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011). Este mismo equipo ha trabajado en la traducción y adaptación del Screening de evaluación personalidad (PAS; Personality Assessment Screening;

Morey, 2007b) y en el Inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A; Personality Assessment Inventory-Adolescent; Morey, 2007c, adaptación española de Cardenal, Ortiz-Tallo, Santamaría y Campos, en elaboración). El PAI-A es la herramienta que ha permitido obtener los datos que dan soporte a los dos estudios que componen esta Tesis Doctoral, mostrando por primera vez y de forma novedosa datos actuales sobre la salud mental de los adolescentes en España.



1. LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

De forma clásica se ha hablado de personalidad casi exclusivamente en la edad adulta. No obstante, la Psicología básica de la personalidad trata de procesos universales que aun siendo de forma primitiva se manifiestan en la infancia y adolescencia (Fierro, Martí, Onrubia y García-Milá, 1997, Fierro, 2002; Shiner y Caspi, 2003). Debido al interés que la formación de la personalidad genera en los especialistas de la salud mental infanto-juvenil, la investigación en este campo ha generado en la última década una importante cantidad de conocimiento (Shiner, 2009; Soto y Takett, 2015).

Con el objetivo de enmarcar el saber actual sobre la personalidad en la adolescencia, es necesario comenzar por concretar qué se acepta como concepto y descripción de personalidad así como conocer la convención acerca de la adolescencia como periodo y como proceso vital. Ambos conceptos, lejos de lo que se pudiera imaginar, no gozan de unanimidad en sus consideraciones (Hazen, Schlozman y Beresin, 2008; Luengo, 1997).

En el estudio de las diferencias individuales se han dedicado múltiples esfuerzos (Catell, 1957; Eysenck y Eysenck, 1985; Romero, Luengo, Gómez-Fraguela y Sobral, 2002) a lo largo de sus más de 75 años de historia formal con el objetivo de conocer y clasificar las dimensiones básicas de la personalidad (Bermúdez, 2011). Al mismo tiempo, a pesar de haber experimentado un importante avance, el conocimiento de la adolescencia y especialmente la evaluación de la personalidad y las variables clínicas en este ciclo comporta su dificultad al ser una etapa caracterizada por intensos cambios y reajustes en la forma de afrontar los eventos vitales propios de esta fase (McNeely y Blanchard, 2009; Steinberg, 2008).

1.1. El concepto de personalidad

El concepto *personalidad* adquiere su noción actual en la Edad Media en acepciones como razón, psique o ser humano (Pérez-García y Bermúdez, 2011). En la actualidad, partiendo de una definición general, la Real Academia de la Lengua (2015) define la personalidad, en torno al tema que ocupa este trabajo, de dos formas: “1. diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra; 2. conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente”. Sin embargo, intentar describir concreta y científicamente este concepto se transforma en un desafío. De acuerdo a la naturaleza abstracta del constructo de la personalidad (Fierro, 2002) existe una gran diversidad de definiciones diferentes en función del autor que se considere y el modelo desde el que se plantee. Así, desde la definición más descriptiva hallada, Fierro (2002) señala que la personalidad puede considerarse, simplemente, “un conjunto de cualidades o aspectos extraídos del comportamiento de un mismo agente” (p. 39). Por su parte, Cattell (1950) planteó también de forma descriptiva que “personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación” (p. 2). Ambas definiciones aportan pinceladas básicas de las características consensuadas para el concepto de personalidad.

Así, avanzando a un nivel de análisis superior y fruto de los esfuerzos antes señalados, se han concretado una serie de aspectos que deben estar presentes en una definición completa del concepto dentro de la disciplina de la Psicología de la personalidad. Estos elementos se encuentran en las descripciones planteadas por diferentes referentes en el área de la personalidad en España (Bermúdez, 1985; Fierro, 2014; Pérez-García y Bermúdez, 2011; Pinillos, 1975) y son los siguientes:

- i. La personalidad no es una entidad en sí misma, es un constructo hipotético inferido de la conducta.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

- ii. El concepto no conlleva connotaciones de valor.
- iii. El constructo se compone de una serie de rasgos relativamente estables en el tiempo, consistentes de unas situaciones a otras que definen el estilo de conducta de la persona, lo que permite predecir la misma.
- iv. Se encuentra influida por otros elementos como creencias, motivaciones, estados emocionales y experiencias previas que pueden determinar la conducta en un momento dado y explicar su inconsistencia o inestabilidad ocasional.
- v. La personalidad se compone de la conducta expresa y las experiencias íntimas.
- vi. La conducta será el resultado de los elementos más estables descritos así como de las influencias personales, sociales y culturales.
- vii. La personalidad es un elemento diferencial y propio de cada persona a partir de la estructura específica de sus elementos.
- viii. La persona trata de adaptar su conducta a su entorno, influenciado por su propia percepción del mismo.

Asumiendo lo anterior, Bermúdez (1985) propuso que la personalidad “es la organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta diferentes situaciones” (p. 38).

Posteriormente Costa y McCrae (1994), extendiendo la definición de Allport (1961), y en la línea de lo planteado por Bermúdez, propusieron que una definición de personalidad debía contar con las siguientes características:

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

- i. Es una *organización dinámica* o conjunto de procedimientos que componen el desarrollo de la experiencia y la conducta.
- ii. Es un *sistema psicofísico* que constituye tendencias y destrezas básicas de la persona.
- iii. Es una forma propia de pensar y comportarse, una forma particular de adaptación al entorno.
- iv. Se encuentra influenciada por las circunstancias inmediatas, las condiciones sociales, culturales y experiencias previas, así como el sentido de quien se es, esto es, el autoconcepto.

De acuerdo con esto, los autores apuntan que la personalidad es “una organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su forma característica de pensar y comportarse” (p. 28). Desde este planteamiento, las tendencias básicas mencionadas así como las influencias del entorno se asumen como las causantes finales de la conducta que es el mecanismo más básico de la personalidad (Pérez-García y Bermúdez, 2011).

Por su parte, Caprara y Cervone (2000a) señalan que la atención en la definición y estudios de la personalidad debe centrarse en su funcionamiento más que en sus componentes, esto es, conocer cómo funciona y se organiza la personalidad, como sistema complejo con una articulación unitaria y continua, interna y manifiesta.

Finalmente, Cloninger (2009) ofrece más recientemente una explicación sobre la personalidad que, señala, emerge con elementos biológicos inherentes pudiendo algunos de ellos ser compartidos y otros propios, producto de la genética u otras influencias. Estos componentes primarios van siendo modificados a través de las experiencias personales y

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

guiados por la acción del entorno social, cultural y familiar, siendo la personalidad el resultado de este proceso de crecimiento que se manifiesta como conductas, estilos de pensamiento y características emocionales.

Una vez planteadas algunas de las definiciones y explicaciones más importantes otorgadas en torno al concepto de personalidad, se hace necesario ampliar la perspectiva hacia los diferentes modelos que tratan de explicar su funcionamiento y la interrelación de sus componentes. Estos planteamientos teóricos pretenden aclarar el significado de las conductas que las personas llevan a cabo, partiendo del conocimiento demostrado de que dicho significado puede analizarse desde diferentes perspectivas (Pérez-García y Bermúdez, 2011). Bermúdez (1985) y Cloninger (2009) proponen una organización de las teorías formuladas para describir la personalidad. Esta organización se estructura en torno a tres modelos clasificados en función del planteamiento que hacen sobre los determinantes principales de la conducta individual. Los modelos, su descripción, planteamientos y teorías que agrupan se muestran en la Tabla 1.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 1. Modelos teóricos de la personalidad [adaptado de Cloninger (2009) y García-Perez y Bermúdez (2011)]

Modelo	Descripción	Planteamientos	Teorías de la personalidad
Modelo Internalista (orgasnímico)	Individuo como organismo activo que determina su propia conducta la cual es estable y consistente. El individuo se define por unas variables personales con un mínimo influjo del entorno. En función de la naturaleza de estas variables se distinguen tres tipos de planteamientos.	<p>Procesuales (de estado)</p> <p>VARIABLES PERSONALES dinámicas como estados <i>cognitivos y afectivos</i></p>	<p>Psicodinámicas (Freud, 1900, Jung 1923; Rorschach, 1921; Adler, 1907)</p> <p>Fenomenológicas (Rogers, 1951; Maslow, 1943, 1954)</p> <p>Constructivistas (Kelly, 1955)</p>
		<p>Estructurales</p> <p>VARIABLES PERSONALES como rasgos estables de conducta</p>	<p>16 factores de Personalidad (Cattel, 1965)</p> <p>Tres factores o PEN (Eysenck, 1967)</p> <p>Cinco Grandes Factores (Costa y McCrae, 1985, 1992)</p>
		<p>Biológicos</p> <p>VARIABLES PERSONALES como inferencia de las conductas observadas durante un tiempo suficiente</p>	<p>Eysenck y Eysenck (1975)</p> <p>Zuckerman (1991)</p> <p>Gray (1970)</p> <p>Cloninger (1996)</p>



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 1. Modelos teóricos de la personalidad [adaptado de Cloninger (2009) y García-Perez y Bermúdez (2011)] (continuación)

Modelo	Descripción	Planteamientos	Teorías de la personalidad
Modelo Situacionista (mecanicista)	Conducta fundamentalmente determinada por el entorno y las circunstancias.	Variables de personalidad como conductas aprendidas	<p>Conductista (Hull, 1952; Skinner, 1938)</p> <p>Dinámica o procesual (Dollard y Miller, 1939)</p> <p>Aprendizaje social-cognitivo (Rotter, 1954; Bandura; 1977, 1999)</p> <p>Sistema cognitivo-afectivo de la personalidad (CAPS; Mischel y Shoda, 1995)</p>
Modelo Interaccionista (dialéctico) (Endler, 1993)	Conducta como resultado de un proceso continuo de interacción bidireccional entre la persona y sus circunstancias. Se considera a la persona como parte activa y propositiva de la interacción.	Variables de personalidad como resultado de los factores cognitivos y del significado que la persona otorga a las circunstancias.	<p>Unidireccional (se centra en la interacción persona-situación)</p> <p>Multidireccional (centrada interacción recíproca entre conducta-factores personales-factores circunstanciales)</p>

El presente trabajo se desarrolla en el marco de los planteamientos estructurales de los modelos Internalista e Interaccionista. Centrando la atención en los componentes de la personalidad y las relaciones entre los mismos. Allport (1937) definió el rasgo como “un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos

estímulos en funcionamientos equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo” (p. 312).

Desde estos planteamientos, Cattell (1950, 1957) y Guilford (1959) profundizaron en los rasgos estructurales de la personalidad como elementos relativamente estables y duraderos que influyen en la conducta de manera generalizada. Los rasgos se entienden como continuos con dos polos comunes a todas las personas. Las diferencias individuales residen en el lugar que cada sujeto ocupa en dicho continuo en comparación con otros sujetos (Fernández-Ballesteros, 2013) y en la configuración particular del conjunto de rasgos que componen la personalidad. Esta configuración particular se ha denominado tipo o faceta y comprende diferentes rasgos menos amplios, considerando la conducta de una forma más general (Pérez-García y Bermúdez, 2011). El lugar que cada persona ocupa en el conjunto de rasgos que le definen se entiende como tendencias de respuesta, esto es, la conducta que una persona suele desarrollar a lo largo de la mayoría de situaciones y la mayor parte del tiempo (McAdams y Pals, 2006). Es ahí, en esas tendencias consistentes y estables, donde reside el poder predictivo de los rasgos respecto a la conducta y lo que facilita, como se verá más adelante, la evaluación de estos rasgos en el presente con intención predictiva.

Como se ha señalado en la Tabla anterior, los trabajos más importantes desde esta perspectiva han sido los que han extraído elementos conductuales comunes mediante análisis factoriales, identificando estructuras estables en el complejo de la personalidad.

Se asume aquí como definición de factor el resumen teórico de un grupo de conductas relacionadas entre sí (Fierro, 2002). En la Tabla 2 se muestran los planteamientos factoriales más representativos así como los factores que contemplan.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 2. Planteamientos Estructurales del Modelo Internalista

Planteamiento	Autor	Factores
16 Factores de la Personalidad (16 PF)	Catell (1947, 1965)	Reservado/Cálido Razonamiento concreto / Razonamiento abstracto Reactivo / Emocionalmente estable Deferente / Dominante Formal / Vivaz Oportuno / Consciente de las reglas Tímido / Socialmente atrevido Utilitario / Sensible Confiado / Vigilante Práctico / Imaginativo Franco / Privado Seguro de sí mismo / Aprehensivo Tradicional / Abierto al cambio Orientado al grupo / Confiado en sí Tolerante del desorden / Perfeccionista Relajado / Tenso
Tres Factores (PEN)	Eysenck (1952, 1990)	Psicoticismo Extraversión Neuroticismo
Cinco Grandes Factores	Goldberg (1981) Costa y McCrae (1985, 1992)	Neuroticismo Extraversión Afabilidad Tesón Apertura a la experiencia

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En las últimas décadas la atención y el desarrollo del estudio de la personalidad desde este modelo se ha centrado en el planteamiento de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992, 1997, 1999, 2009), siendo el más aceptado en la actualidad (Boag, 2015; Caprara y Cervone, 2000b; Fierro, 2002; Furnham, 2015). Estos autores, más allá de la simple descripción de la estructura de la personalidad, realizaron un esfuerzo por entender la naturaleza de los rasgos y describir sus relaciones (Fierro, 2002).

En esta línea, Ashton y Lee (2007) elaboraron posteriormente un nuevo modelo de 6 rasgos denominado HEXACO. Este planteamiento coincide en tres de sus factores con el modelo de los Cinco Grandes, estos son, Extraversión, Responsabilidad y Apertura. Sin embargo, en su factor Emocionalidad no contempla la ira que incluía el factor Neuroticismo. Este rasgo en el modelo HEXACO se transfiere al factor Afabilidad que aquí acentúa la paciencia y la tolerancia. Como se ha señalado, el modelo de Ashton y Lee está compuesto por 6 factores que engloban continuos cuyos extremos se califican por polos opuestos. Esto son:

- H (Honestidad-Humildad): sincero y honesto versus codicioso y pretencioso
- E (Emocionalidad): sentimental y sensible versus valiente y seguro de sí mismo
- X (Extraversión): desde sociable y expresivo hasta tímido y callado
- A (Afabilidad): paciente y tolerante versus enojadizo y mal encarado
- C (Responsabilidad): organizado y disciplinado versus negligente y vago
- O (Experiencia): intelectual y creativo versus superficial y poco imaginativo

Desde estos planteamientos estructurales la investigación se ha centrado en el uso de la metodología multivariada con un modelo acumulativo de medición que parte del principio de que el comportamiento es identificable y cuantificable (Fierro, 2002). En dicho modelo los indicadores de rasgos son las conductas valoradas desde las que se infieren los factores

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

asumidos como los determinantes explicativos del comportamiento. Estas mediciones de rasgos se realizan recogiendo datos mediante cuestionarios, inventarios, escalas y test que proporcionan una puntuación a través de correlaciones de datos (Pérez-García, 2011). Esta recogida de información tiene como finalidad determinar el lugar que la persona evaluada ocupa en el continuo de los diferentes rasgos (Fierro, 2002).

Con el objetivo de evaluar estas dimensiones de la personalidad se ha desarrollado, especialmente en los últimos 20 años, una importante cantidad de instrumentos que valoran diferentes rasgos (Ruiz, 2011). En la Tabla 3 se presenta un esquema general de los autoinformes multidimensionales más representativos y empleados en la Psicología de la Personalidad en España (Calero y Padilla, 2013), esto es, aquellos instrumentos de evaluación en los que la persona ha de responder a una lista de afirmaciones o negaciones con diferentes estilos de respuesta.

Tabla 3. Inventarios de Personalidad multidimensionales más empleados en España (tomado de Calero y Padilla, 2013)

Inventario	Autor	Año adaptación española
Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI o EPQ; EPQ-R)	Eysenck; Eysenck; Eysenck y Eysenck	1973, 1978, 1997
Cuestionario de Personalidad (CEP)	Pinillos	1974
Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF-5; 16PF-APQ)	Cattell	1995; 2003
Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ)	Catell	1990
Cuestionario Factorial de Personalidad (ESPQ)	Coan y Catell	1981

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 3. Inventarios de Personalidad multidimensionales más empleados en España (tomado de Calero y Padilla, 2013) (continuación)

Inventario	Autor	Año adaptación española
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2; MMPI-2-RF)	Hataway y McKinley	1999; 2009
Cuestionario <i>Big Five</i> (BFQ)	Caprara, Barbaranelly y Borgogni	1995
Inventario de la personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)	Costa y McCrae	1999
Perfil e Inventario de personalidad (PPG-IPG)	Gordon	1991
Cuestionario de Personalidad Situacional (CPS)	Fernández-Seara, Seisdedos y Mielgo	2003
Inventario clínico Multiaxial de T. Millon (MCMI-II)	Millon	2002

La respuesta dada por la persona a los diferentes ítems que reflejan un rasgo, sitúan a la persona en un punto de la dimensión de ese rasgo y, de acuerdo al valor predictivo del mismo, es posible plantear un patrón conductual consistente y estable a través del cual se asume que se conoce y es posible prever la conducta del evaluado y, por definición, su personalidad (Boag, 2015; Fernández-Ballesteros, 2013). En un nivel de análisis mayor y como elemento de un interés importante en estos autoinformes, de la puntuación obtenida por la persona evaluada en los diferentes factores o rasgos se obtiene un perfil de puntuaciones, esto es, una estructura global de la personalidad (Ruiz, 2011). Se profundizará sobre el interés y utilidad de estos perfiles en el Capítulo 4, epígrafe 4.5 El Perfil PAI-A: trastorno de la conducta y jóvenes infractores.



A pesar de las diversas herramientas disponibles para valorar la personalidad y su amplio uso en España, en este campo se han venido invirtiendo esfuerzos desde hace décadas para desarrollar nuevas formas de recolección de datos que permitan una mayor validez de los mismos (Luengo, 1997), especialmente en el contexto clínico donde la fiabilidad en la valoración de los rasgos y características clínicas es especialmente importante (Magallón-Neri et al., 2014). De forma aún más concreta, centrando la atención en la población adolescente española, interés del presente Estudio, los instrumentos disponibles para la evaluación de la personalidad en esta etapa son, como cabe esperar, menos numerosos. Esto puede deberse a varios factores que hacen la evaluación clínica en la adolescencia en general y de la personalidad en particular algo difícil (Wenger y Andrés-Pueyo, 2016). De esta forma, se pone de manifiesto, como se mostrará, la dificultad que la adolescencia plantea como periodo global cambiante y, desde su abordaje, como concepto (Soto y Tackett, 2015).

A continuación, se expone el conocimiento actual en torno al concepto de adolescencia como periodo y como proceso.

1.2. El concepto de adolescencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la adolescencia es el periodo de desarrollo biológico, emocional, psicológico y social que comprende desde el final de la infancia hasta la adultez, siendo un proceso de maduración en el que tienen lugar profundos y complejos cambios físicos, psicológicos y sociales que culminan con el adolescente transformado en un adulto capaz de desenvolverse de forma independiente y autónoma (Gaete, 2015; Hazen et al., 2008; Hidalgo, González y Güemes, 2014; OMS, 2014; Pedreira-Massa et al., 2014; Sanders, 2013).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En la actualidad, este periodo ha visto ampliado el rango de años que comprende (Gutgesell y Payne, 2004; Martínez y Pérez, 2015). No obstante, como se indicó al comienzo del presente Capítulo, no existe un consenso claro respecto a los límites de la adolescencia como periodo (American Psychological Association, 2002; Gaete, 2015). Por su parte, la OMS ha establecido tradicionalmente un criterio cronológico desde los 10 a los 19 años diferenciando dos etapas: primera adolescencia que comprende desde los 10 a los 14 años y segunda adolescencia que abarca desde los 15 a los 19 años (OMS, 2014). Asimismo, se ha definido un segundo criterio, llamado evolutivo, que comprende 3 periodos que consideran las diferencias individuales y el papel de los factores psicosociales: adolescencia temprana entre los 12 y 14 años, adolescencia media entre los 15 y 17 años y la adolescencia tardía entre los 18 y 21 años (Martínez y Pérez, 2015).

Como se ha señalado, más allá de ser un mero proceso de crecimiento y adaptación a los cambios físicos, la adolescencia es un periodo de profunda transformación y desarrollo global e individual en el que el adolescente deberá ir conquistando la estabilidad en diferentes áreas con el objetivo de ajustarse a la vida adulta (Hidalgo et al., 2014). En este periodo se han descrito una serie de fases y tareas comunes que se irán consolidando en la consecución de la condición de adulto (Gaete, 2015).

En el presente trabajo interesa el desarrollo de la personalidad y sintomatología clínica en esta etapa. No obstante, para poder ofrecer una visión completa de la misma, se atienden también los aspectos básicos del desarrollo físico y social. Tanto los componentes de la personalidad como los cambios físicos y sociales propios de esta fase se encuentran en continua e importante interrelación de influencia mutua (Hazen et al., 2008) como se esbozará a continuación.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En cuanto a la temporización o duración de la adolescencia como periodo, como se ha señalado, se acepta comúnmente en la bibliografía la distribución por etapas definidas por la OMS. Profundizando en la adolescencia como proceso de maduración afectiva y social, es un periodo en el que se adquieren competencias para la regulación emocional y las relaciones positivas (Sanders, 2013; Santrock, 2003). En esta línea, Erikson (1950) cobra una especial relevancia como el autor más importante en relación al desarrollo emocional (Hazen et al., 2008). Desde su perspectiva la adolescencia es un proceso de formación de la identidad e independencia de los cuidadores adultos. Así, propone una serie de tareas u objetivos que junto con una breve descripción y su comienzo temporal se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución por etapas y tareas/objetivos de la adolescencia (adaptado de Sanders, 2013)

Fase (edad en años)	Tarea / objetivo	Descripción
Adolescencia temprana (10-14)	Adquirir independencia	Desinterés por las actividades familiares y la opinión parental con un aumento de la importancia de la opinión del grupo de iguales y la identificación con el mismo
	Aceptar la propia imagen corporal	Adaptarse a los cambios corporales que tienen lugar, aprendiendo a identificarse con la nueva apariencia
Adolescencia Media (15-17)	Establecimiento de amistades de ambos sexos	Se entablan las primeras relaciones amorosas
Adolescencia tardía (≥ 18)	Búsqueda de la propia identidad	Saber quién se es, diferenciándose de los padres y el grupo de iguales

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

En referencia al conocimiento disponible sobre el desarrollo cognitivo y cerebral (Hazen et al., 2008), Piaget (1972), referente en la Psicología del desarrollo, estableció que a partir de los 12 años de edad los procesos previos de pensamiento concreto se verán facilitados por el desarrollo de nuevas habilidades de pensamiento abstracto por lo que el adolescente irá siendo capaz de pensar sobre las cosas que tiene más allá del alcance de sus sentidos, pudiendo razonar y pensar sobre aquello con lo que no ha tenido un contacto directo (American Psychological Association, 2002). El desarrollo de esta capacidad de pensamiento abstracto permitirá al adolescente adquirir nuevas capacidades cognitivas complejas (Lourenço, 2016; Sanders, 2013).

En relación al desarrollo social y moral entendido como el desarrollo de valores personales éticos que guían el propio comportamiento (APA, 2002), Kohlberg (1976) describió seis fases distribuidas en tres niveles. En dichos niveles la adolescencia sería el periodo en el que, en condiciones normales, las personas transitan del nivel preconventional guiados por el propio interés y la evitación del castigo, al nivel convencional motivados por las relaciones de afecto y la deseabilidad social para posteriormente y a partir de los 20 años evolucionar al nivel posconventional (Hazen et al., 2008).

Como se señaló previamente, estas tres esferas: psicológica, cognitiva y social, poseen una relación de interdependencia, donde cada una de ellas es necesaria pero no suficiente para el desarrollo de las demás (Hazen et al., 2008). Con lo anterior, se asume que a lo largo del desarrollo las tendencias personales innatas interactúan con las influencias del entorno dando lugar a una adaptación característica compuesta por hábitos de vida, creencias, intereses, actitudes, ideas de futuro, relaciones y roles sociales (Barrouillet, 2015; Sanjuán, 2011;). Por lo tanto, el proceso de maduración y desarrollo de la personalidad que tiene lugar durante la adolescencia puede variar considerablemente en función de la persona, su sexo, etnia y su



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

contexto social y familiar (Gaete, 2015; OMS, 2014; Pedreira-Massa et al., 2014). Estos determinantes biológicos y ambientales influyen de forma significativa la estructura y funcionamiento de la personalidad, afectando a la forma de reaccionar cognitiva y emocionalmente ante diferentes situaciones (De Bolle et al., 2015; Pérez-García y Bermúdez, 2011).

En relación a los factores biológicos, interesa especialmente en el presente trabajo la influencia que la edad y el sexo pueden ejercer sobre las diferentes características de personalidad y clínicas durante la adolescencia. En este sentido, en relación a la edad cabe añadir lo que, de forma general y más allá de las tareas descritas, caracteriza a cada etapa de la adolescencia.

En relación al conocimiento sobre la influencia del sexo en las variables de personalidad en esta etapa es aún limitado y contradictorio (De Bolle et al., 2015). Mientras algunos estudios (Branje, VanLieshout y Gerris, 2007) consideran que los chicos tienden a ser más extrovertidos y abiertos a la experiencia que las chicas, otros (Klimstra, Hale, Raaijmakers, Branje y Meeus, 2009; McCrae et al., 2002) plantean lo contrario. Asimismo, también difieren los resultados al comparar el estilo social y la estabilidad emocional entre ambos sexos (Branje et al., 2007; McCrae et al., 2002). Sin embargo, sí parece existir una evidencia probada sobre la mayor expresión física y verbal de la ira por parte de los varones desde temprana edad y durante todo el ciclo vital (De Bolle et al., 2015; Maccoby y Jacklin, 1980).

No obstante, a pesar de estas dificultades y el conocimiento aún escaso sobre la influencia del sexo en las variables de personalidad en la adolescencia, la literatura coincide en acordar que es en esta etapa vital donde las diferencias comienzan a evidenciarse (De Bolle et al., 2015) y parecen hacerlo en la misma dirección en la que se muestran en los adultos, tendiendo las chicas a obtener mayores puntuaciones desde los 10 años de edad en indicadores

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

de ansiedad, cordialidad, gregarismo, emociones positivas, interés por lo estético, apertura a los sentimientos, altruismo y sensibilidad a los demás (Soto, John, Gosling y Potter, 2011).

De acuerdo a la información disponible sobre la influencia de la edad (Gaete, 2015; Pullmann, Raudsepp y Allik, 2006; Roberts, Walton y Viechtbauer 2006) existe cierto consenso sobre las particularidades de cada etapa. En primer lugar, la adolescencia temprana o preadolescencia parece distinguirse por una fuerte presencia de egocentrismo, inestabilidad emocional, escaso control de impulsos y necesidad de independencia. Por otro lado, la adolescencia media o adolescencia se caracteriza por una tendencia a la soledad, mayor apertura, conciencia y estabilidad emocional, así como por una tendencia a las conductas de riesgo, a la impulsividad y al desafío de las normas.

En relación a los factores ambientales, se ha sugerido que es el contexto cultural el que mayor influencia ejerce sobre el desarrollo de la personalidad ya que desde el primer momento de vida una persona se encuentra rodeada y condicionada por un grupo social con una forma de vida determinada (Klimstra et al., 2009). Así, las propias características individuales de cada persona junto con la influencia del contexto y la interacción entre ambos darán forma a su personalidad (Sanjuán, 2011). De acuerdo con esto, los resultados obtenidos hasta el momento sugieren que las diferencias entre sexos son consistentes en su dirección con independencia de la cultura (De Bolle et al., 2015).

De esta forma, la personalidad, como el resto de características de los seres humanos, ha superado la polémica herencia-ambiente, asumiéndose que los genes componentes del material genético se expresan siempre en relación con las circunstancias, por lo que la investigación se centra en comprender la interacción de ambos determinantes que definen la personalidad (Carey, Zaitchik, Bascandzhev, 2015; Sanjuán, 2011). En el presente trabajo



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

interesa especialmente la influencia biológica relacionada con la edad y el sexo en las variables de personalidad y clínicas de los adolescentes en el contexto cultural de España.

Una vez abordado el desarrollo de la personalidad en la adolescencia y siguiendo el orden lógico del presente trabajo se va a centrar la atención en las condiciones clínicas que de acuerdo a la bibliografía son más habituales en la adolescencia. Posteriormente, debido a la importancia que está adquiriendo, se seguirá ahondando en el conocimiento disponible sobre el trastorno de conducta en esta etapa.

2. SÍNDROMES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA: PREVALENCIA Y CLASIFICACIÓN

El estudio de la personalidad centra su atención en la normalidad, sin embargo una importante cantidad de los conceptos que contempla se corresponden con la conducta desadaptada (Pérez-García y Bermúdez, 2011) y con un potencial trastorno de la misma. Por su parte, la psicopatología evolutiva se centra en el estudio de los procesos del desarrollo implicados en la conducta ajustada y desajustada (Lemos-Giráldez, 2003). Centrando la atención en la adolescencia, la información disponible señala que numerosas patologías psiquiátricas se originan o se hacen evidentes y se consolidan en estas edades (Merikangas et al., 2009; Pedreira-Massa et al., 2014; Rojo, 2009).

Los dos sistemas de clasificación más empleados en psicopatología y psiquiatría son el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) (Polanczyk, et al., 2015). Por su relativa reciente publicación en octubre de 2013, la información de acuerdo a los criterios de la quinta versión del DSM (DSM-5) (APA, 2014b) es aún escasa e insuficiente para una visión general. Por ello, se van a presentar las cifras de prevalencia de los últimos datos disponibles de acuerdo a los criterios de la versión anterior del mismo manual (DSM-IV-TR) (APA, 2003), junto con la décima y última edición de la CIE (CIE-10) (Merikangas et al., 2009; OMS, 2003; Polanczyk et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2008).

Así, la literatura disponible señala que más del 10% de los adolescentes europeos sufre un trastorno psiquiátrico, situando los problemas de salud mental como el principal motivo de enfermedad entre los jóvenes en años de vida ajustados en función de la discapacidad (Lemos-Giráldez, 2003; OMS, 2014; Pedreira-Massa et al., 2014). En relación a la prevalencia, las

fuentes consultadas coinciden en reconocer los numerosos estudios y esfuerzos llevados a cabo en las últimas dos décadas con el objetivo de obtener datos fiables sobre la salud mental infanto-juvenil (Lemos-Giráldez, 2003; Merikangas et al., 2009; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), 2014; Polanczyk et al., 2015). Sin embargo, las fuentes también coinciden en que las tasas de frecuencia son variables en función de los diferentes estudios y la metodología empleada en ellos (Lemos-Giráldez, 2003; Merikangas et al., 2009; MSSSI, 2014; Polanczyk et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2008).

El último estudio llevado a cabo en Europa ha sido el llamado KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2008) que recogió datos sobre salud mental de adolescentes entre 12 y 18 años en 12 países europeos, incluida España. Los resultados de dicho estudio plantean que un 5,2% del total de la muestra mostraba patologías mentales, mientras un 9,9% presentaba problemas emocionales o de comportamiento. No obstante, las tasas de frecuencias en los países europeos son variables en función de los estudios, pudiendo oscilar desde un 5,2% a un 20% (Lemos-Giráldez, 2003; MSSSI, 2014; Ravens-Sieberer et al., 2008).

Las cifras disponibles sobre población española son aún menos claras y se encuentran dispersas en diferentes encuestas comunitarias, nacionales y europeas. Por su parte, la encuesta Nacional de Salud del MSSSI de 2014 señala que un 1,9% de los menores entre 10 y 14 años presentan algún problema de salud mental. Por otro lado, un informe de 2009 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre la salud mental de niños y adolescentes sostiene que en España la prevalencia global es de un 10%-20%, similar a la de otros países europeos. Por su parte, el mencionado KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2008) indica una frecuencia de problemas en torno al 11,3%, con un 3,8% de adolescentes españoles con patología psicológica o comportamental.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: SÍNDROMES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con los datos de diferentes fuentes (Merikangas et al., 2009; OMS, 2014; Martínez y Pérez, 2015; Polanczyk et al., 2015) los problemas con mayor prevalencia en estas edades son los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador y trastornos por abuso de sustancias. En la Tabla 5 se muestran estos trastornos tal y como se contemplan en el DSM-IV-TR junto con sus equivalencias en el DSM-5 y en la CIE-10, y finalmente se indican las escalas o subescalas PAI-A que valoran estos problemas y su sintomatología asociada. Este cuestionario y sus escalas, serán ampliamente descritos y explicados más adelante en el Capítulo 4.

Tabla 5. Trastornos psicológicos más prevalentes en adolescentes. Categorías diagnósticas y equivalencia entre los sistemas DSM-IV-TR, DSM-5, CIE-10 y escalas o subescalas del PAI-A

DSM-IV-TR	DSM-5	CIE-10	Escala PAI-A
			Depresión (DEP)
			Ideaciones suicidas (SUI)
Trastornos depresivos	Trastornos depresivos	Trastornos depresivos	Irritabilidad (MAN-I)
			Indiferencia social (ESQ-S)
			Alteración del pensamiento (ESQ-A)
			Quejas somáticas (SOM)
Trastornos de Ansiedad	Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad	Ansiedad (ANS)
			Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)
			Estrés (EST)

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: SÍNDROMES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 5. Trastornos psicológicos más prevalentes en adolescentes. Categorías diagnósticas y equivalencia entre los sistemas DSM-IV-TR, DSM-5, CIE-10 y escalas o subescalas del PAI-A (continuación)

DSM-IV-TR	DSM-IV-TR	DSM-IV-TR	DSM-IV-TR
Trastornos del comportamiento perturbador	Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta	Trastornos de la actividad y la atención	Rasgos límites (LIM) Rasgos antisociales (ANT) Agresión (AGR)
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Trastornos de la actividad y la atención	Nivel de actividad (MAN-A) Alteración del pensamiento (ESQ-A)
Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	Otros: Abuso de sustancias psicoactivas	Problemas con alcohol (ALC) Problemas con drogas (DGR) Depresión (DEP) Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) Agresión (AGR)

En relación a la muestra clínica de validación del PAI-A ($n=1.160$; $M= 15,29$, $DT= 1,59$) (Morey, 2007c), las puntuaciones T medias en las diferentes escalas y subescalas del PAI-A fueron en general superiores a las obtenidas por la muestra general. A excepción de la escala Rechazo al tratamiento (RTR) e Impresión positiva (IMP), lo que implica que los adolescentes pertenecientes a muestras clínicas están más dispuestos a implicarse en una terapia y muestran una menor tendencia a ensalzar sus virtudes y negar sus defectos. En concreto, las puntuaciones T medias más elevadas ($\geq 55T$) se observaron en las escalas

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: SÍNDROMES Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

Impresión negativa (IMN), Quejas somáticas (SOM), Ansiedad (ANS), Trastornos relacionados con la ansiedad (ANS), Ideaciones suicidas (SUI), Depresión (DEP), Rasgos límites (LIM) y Problemas con drogas (DGR).

En cuanto a la diferencia en la prevalencia de estos trastornos en función del sexo, parece haber de nuevo un amplio acuerdo al considerar la adolescencia como el periodo en el que dicha influencia comienza a evidenciarse (Hayward y Sanborn, 2002; Mendle, 2014; Rojo, 2009). De acuerdo a la literatura disponible (Collishaw, 2015; Costello, Erkanli y Angold, 2006; Essay, Conradt y Peterman, 1999; Fredikson, Annas, Fischer y Wik, 1996; Hendren, 2004; Letcher, Sanson, Smart y Toumbourou, 2012; Merikangas et al., 2009; Roberts, Attkisson y Rosenblatt, 1998; Siverio y García, 2007) existe una robusta evidencia y consenso al considerar que las chicas presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresivos, mientras que los varones lo hacen con trastornos por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del comportamiento perturbador. No obstante, en el caso de los trastornos relacionados con sustancias estas diferencias son inconsistentes. De acuerdo con la última encuesta ESTUDES (MSSI, 2016) en España el consumo de sustancias ilegales está más extendido entre los varones adolescentes, al igual que el consumo de riesgo de alcohol.

Más allá de los trastornos más comunes ya mencionados, resulta difícil obtener información concreta sobre el resto de síndromes clínicos valorados por el PAI-A. Podría considerarse como una posible razón el que la mayoría de los estudios epidemiológicos se llevan a cabo para conocer la prevalencia de los trastornos ya mencionados y en escasas ocasiones con población clínica específica del resto de trastornos, lo que dificulta aún más conocer la diferencias en función del sexo y edad de los mismos (Pedrini et al., 2015; Tonge, Hugges, Pullen, Beaufoy y Gold, 2008).

Centrando la atención en las diferencias en función de la edad, cabe señalar que la literatura subraya los 14 años como el punto de partida de los trastornos mentales crónicos en la edad adulta (Kessler, 2005). A partir de esta edad se concentra la mayor incidencia y prevalencia de diagnósticos psicopatológicos (Costello, Copeland y Angold, 2011; Roberts et al., 1998). Finalmente, de acuerdo con los datos nacionales de la última Encuesta de morbilidad hospitalaria en España del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016b), es entre los 15 y 24 años cuando se genera el mayor número de ingresos por trastornos mentales. Por lo que la adolescencia parece suponer un punto de inflexión y fase de mayor riesgo en el desarrollo de psicopatologías.

En relación a los trastornos más comunes, en el presente trabajo se centra la atención especialmente en el trastorno de la conducta por la importancia en cuanto a su incidencia, implicaciones y consecuencias. Este diagnóstico está contemplado en el DSM-5 dentro de la categoría *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*. A continuación se realiza una descripción detallada de dicha categoría y sus diagnósticos concretos.

2.1. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta: definición, diagnósticos y características generales

La última edición del DSM (DSM-5) engloba dentro de esta entidad nosológica diferentes formas manifiestas de alteración de la conducta y dificultades de control emocional, en concreto: cleptomanía, piromanía, trastorno de la conducta, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno explosivo intermitente, trastorno negativista desafiante y otros trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta especificados y no especificados. Por su parte, la CIE-10 contempla también dentro de esta categoría la tricotilomanía.

Todos estos diagnósticos comparten una característica general: una gran dificultad para controlar emociones y conductas que derivan en violaciones de los derechos de los demás o en

conflictos graves con las normas o figuras de autoridad, incluso cuando puedan derivar en consecuencias perjudiciales para sí mismo o para personas cercanas en diferentes esferas de su vida (APA, 2014a; Campos, 2013; Molinuevo-Alonso, 2014). Diversos estudios centran la atención únicamente en el trastorno de conducta y el trastorno de personalidad antisocial, considerando a ambos como trastornos de sintomatología diversa, de gravedad, con tendencia a la cronicidad y comorbilidad que afecta de forma importante al desarrollo normal del adolescente (Connor, Ford, Albert y Doer 2007; Fernández et al., 2010).

El crecimiento en la incidencia de estos trastornos ha hecho de esta categoría el principal motivo de derivación a las unidades de salud mental en la adolescencia (Martínez y Pérez, 2015; Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011). En relación a la prevalencia, como se indicó anteriormente, se referirán los datos disponibles de acuerdo a los criterios DSM-IV-TR y CIE-10.

Según un reciente metanálisis (Polanczyk et al., 2015), son pocos los estudios que informan sobre las prevalencias para cada grupo concreto de diagnósticos. No obstante, los resultados de dicho metaanálisis internacional sitúan la frecuencia media de este grupo de trastornos en torno a un 5,7% en un rango del 4%-8,1%, sin contemplar el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La prevalencia media actual en Europa se estima, de acuerdo a la revisión de Merikangas et al. (2009), en torno a un 5,8% para este grupo de trastornos. Dicho trabajo se basa en datos obtenidos de estudios realizados con población representativa en Reino Unido de 5 a 16 años. Otros datos más generales (Fernández et al., 2010) señalan que estas patologías afectan a un 6-16% de los varones y a un 2-9% de las mujeres. En España la última Encuesta Nacional de Salud (MSSSI, 2014) señala que el 2,2% de los menores de 15 años manifiestan algún trastorno de conducta, incluido el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Esta

encuesta no aporta datos de población más allá de los 15 años. La información nacional sobre prevalencia entre los 15 y 18 años no se ha podido obtener por ausencia de resultados en la búsqueda.

Estos problemas se consideran una alteración grave por su tendencia a la cronificación y por el aumento en el riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad, problemas con el consumo de alcohol y sustancias, así como fracaso escolar y la implicación en conductas delictivas (Fernández et al., 2010). Lambert, Wahler, Andrade y Bickman (2001) tras un estudio de seguimiento durante 5 años con niños y adolescentes con diferentes patologías, concluyeron que los menores diagnosticados con trastornos de esta categoría diagnóstica mostraban problemas más graves y mayor afectación en su funcionamiento al finalizar el seguimiento. Finalmente, de acuerdo con un estudio llevado a cabo por la OMS (2004), la carga económica y social que conllevan los trastornos de conducta en la adolescencia es muy elevada. Estos costes incluyen tratamientos, protección social y judicial, así como los costes relacionados con las posibles víctimas de sus actos delictivos.

Así, queda reflejada la importancia de conocer en profundidad los datos de la población adolescente española en torno a estos problemas. Su gravedad y creciente frecuencia hace necesario este conocimiento con el fin de poder plantear un diagnóstico temprano y una adecuada atención que garantice la mejor evolución posible para las personas afectadas. Dentro de esta categoría reclama especial atención el trastorno de conducta, debido al crecimiento en su prevalencia y a su elevada comorbilidad con otros diagnósticos.

2.1.1. Trastorno de la conducta: prevalencia y características clínicas

Teniendo en cuenta lo señalado en el punto anterior, cabe destacar que la mayoría de los adolescentes manifiestan problemas de comportamientos como tendencia a la impulsividad

y a los conflictos de oposición a las figuras de autoridad que acaban por resolverse con esta etapa (Fernández et al., 2010; Offer y Schonert-Reichl, 1992). Sin embargo, estos problemas de comportamiento, normales en este periodo, podrían llegar a suponer una amenaza para el bienestar del adolescente, derivando en un trastorno de comportamiento (American Psychological Association, 2002; Fernández et al., 2010). Junto con el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta encuentra su pico de incidencia entre los 14 y 17 años de edad (Blumstein, Cohen, Roth y Visher, 1986).

Los datos de prevalencia de acuerdo a un reciente metaanálisis (Polanczyk et al., 2015) plantean la frecuencia global de este trastorno en 2,1%. En Europa, los datos disponibles derivan de nuevo de estudios con población británica entre 5 y 16 años que sitúa la prevalencia entre 1,5% y 2,7% (Merikangas et al., 2009). En España los datos concretos de este diagnóstico son escasos y señalados entre el 1,5% y 3,4% (Díaz, De la Peña, Suárez y Palacios, 2004). Estos datos, de nuevo se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, en el que este diagnóstico se denominaba trastorno disocial.

De acuerdo con el DSM-5 y la CIE-10, las características clínicas generales del trastorno de conducta consisten en un patrón repetitivo de trasgresión de normas sociales no adecuadas a la edad junto con una limitación importante de las esferas social y académica o laboral. De estas características, la más importante es la tendencia a la agresión hacia las personas, animales o propiedades, así como acciones en contra de las normas, llegando a cometer actos delictivos (Capaldi y Eddy, 2015). Para su diagnóstico, en ambos sistemas de clasificación, el adolescente ha de cumplir al menos 3 criterios de 15 posibles (APA, 2014b; Jambroes et al., 2016) que deben haber estado presentes durante los últimos 12 meses y uno al menos durante los últimos seis. Estos criterios están clasificados en 4 categorías: agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de normas.



Además de cumplir estos criterios, para el diagnóstico de este trastorno ha de existir una interferencia clínicamente significativa con el ajuste social y académico o laboral del adolescente (Molinuevo-Alonso, 2014). En la Tabla 6 se señalan los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de conducta.

La novedad que plantea la quinta versión del DSM, además de la denominación, es un rasgo específico en este trastorno llamado “con emociones prosociales limitadas”. Esta característica puede estar o no presente y se asocia con problemas de conducta, delincuencia o agresión más graves (Jambroes et al., 2016; Molinuevo-Alonso, 2014).

Tabla 6. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de conducta (adaptado de APA, 2014b)

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de los otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los últimos doce meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquiera de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas o animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego)
-

Tabla 6. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de conducta (adaptado de APA, 2014b)
(continuación)

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.

11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., “engaña” a otras personas).

12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p.ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por las noches a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

2.1.2. Trastorno de la conducta en menores infractores

Las elevadas tasas de problemas de salud mental detectadas en menores infractores (Barret, Byford, Chitsabesan y Kenning, 2006; Belda-Grindley y Molinero-Roldán, 2008; Cuellar, McReynolds y Wasserman, 2006; Penner, Roesch y Viljoen, 2011; Rioseco et al., 2009; Vilariño, Amado y Alves, 2013) han generado un importante interés por la salud psicológica de estos jóvenes. La información sobre prevalencia de trastornos mentales de menores infractores en tratamiento ambulatorio señala el trastorno de la conducta como el más frecuente, en torno a un 20% de casos (Belda-Grindley y Molinero-Roldan, 2008). Sin embargo, no es extraño que estas condiciones no se detecten o no sean adecuadamente atendidas (Rogers, Zima, Powel y Pumariega, 2001; Zajac, Sheidow y Davis, 2015). Por otro lado, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) reflejan en sus últimos datos que aunque los delitos de jóvenes entre 14 y 17 años en España presentan una tendencia a la

baja, se observa un cambio en el tipo de transgresión, con un aumento de los delitos violentos contra las personas, especialmente delitos por lesiones y contra la libertad sexual.

De acuerdo con la información aquí reflejada, se hace patente la necesidad de obtener la información pertinente en España respecto al trastorno de la conducta a través de herramientas capaces de abarcar adecuadamente la complejidad del mismo y de probada fiabilidad y eficacia. Al mismo tiempo, se evidencia la escasa disponibilidad de herramientas amplias que puedan valorar adecuadamente los problemas de salud mental de la población menor infractora y con ello favorecer una temprana y correcta detección y atención a este grave problema. A continuación, se describen las herramientas de amplio espectro disponibles y adaptadas a población española para valorar variables clínicas en adolescentes.

3. LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

En la evaluación de la personalidad en general y de la personalidad adolescente en particular, las herramientas de autoinforme se han convertido, por su uso y utilidad, en un instrumento central en la detección de problemas y trastornos de personalidad (Magallón-Neri et al., 2014).

Como se planteó anteriormente, son pocos los instrumentos de amplio espectro adaptado a población adolescente española que puedan aplicarse en un amplio rango de edad. Esto puede deberse, como ya se ha señalado, al complejo periodo de cambios a diferentes niveles que implica esta fase. Lo que hace de la evaluación de la personalidad en la adolescencia una tarea de especial complejidad. Asimismo, en la práctica clínica el adolescente no suele ser quien solicita la evaluación, pudiendo existir una gran diferencia entre la demanda y el problema real (De la Osa y Lacalle, 2013).

En la búsqueda llevada a cabo, se han hallado dos cuestionarios clínicos de amplio espectro adaptados a población española: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A; Butcher et al., 1992, adaptación española de Jiménez-Gómez y Ávila-Espada, 2009) y el Inventario Clínico para adolescentes Millon (MACI; Millon, 1993, adaptación española de Aguirre, G. (Millon, 2004)). Ambos cuestionarios son dos de los más empleados en la evaluación de la psicopatología en la adolescencia (Baum, Archer, Forbey y Handel, 2009). De acuerdo con Archer y Newsome (2000), el MMPI-A es la herramienta de autoinforme más empleada desde su publicación, seguida por el MACI (Archer, Buffington-Vollum, Stredny y Handel, 2006).



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

El MMPI-A está compuesto de 478 ítems con respuesta verdadero-falso en 38 escalas distribuidas en cuatro grupos: dos escalas de validez, diez clínicas, 21 de contenido y seis suplementarias. Su edad de aplicación es de 14 a 18 años. En su versión original los datos de fiabilidad oscilan entre alpha de Cronbach 0,65 y 0,80 en población general. Los datos de fiabilidad y validez de su versión española no fueron aportados por el grupo de adaptación. Estos se obtuvieron más tarde en una muestra limitada a la provincia de Granada (Zubeidat, Sierra, Salinas y Rojas-García, 2011), arrojando una fiabilidad entre 0,62 y 0,92.

En cuanto al MACI, se trata de una herramienta compuesta por 160 ítems con respuesta dicotómica verdadero o falso para adolescentes de 13 a 19 años. Diseñada para evaluar el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-IV, así como para confirmar las hipótesis diagnósticas de los clínicos. Este inventario contempla 31 escalas: una escala de validez de sólo dos ítems, tres escalas de control y 27 escalas de contenido divididas en tres dominios: patrones de personalidad, síndromes clínicos y preocupaciones expresadas.

Ambas herramientas presentan diferentes dificultades respecto a su utilidad en distintas poblaciones. En primer lugar, fueron creadas con el objetivo de confirmar diagnósticos en entornos clínicos. En segundo lugar, existe una importante carencia de datos de fiabilidad y validez de las adaptaciones españolas del MMPI-A y del MACI por la escasez de literatura científica al respecto en España (Broc-Cavero y Gil-Ciria, 2008; Zubeidat et al., 2011). Esta insuficiencia de datos no deja de ser llamativa debido a la extensión de su uso en España en población general y clínica desde sus publicaciones.

Asimismo, Broc-Cavero y Gil-Ciria (2008) señalan la necesidad de revisar la redacción de determinados ítems de la versión española del MACI que generan dudas en los adolescentes respecto al sentido de los mismos. Por su parte, Vinet y Forns (2006) señalan que debido a su

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

creación y desarrollo en el entorno clínico, el MACI no es aplicable a población general. A pesar de los intentos por emplearlo como herramienta de detección de psicopatología no se ha podido confirmar que todas las escalas del cuestionario cuenten con esa capacidad (Vinet y Forns, 2006). Finalmente, esta herramienta parece mostrar también un sesgo cultural en cuatro de sus escalas que invierten la puntuación al aplicarlo sobre población general latinoamericana (Blumentritt, Angle y Brown, 2004; Casullo y Castro, 2002; Vinet y Forns, 2006). Estas limitaciones llevaron a la creación de una escala específica de baremación diferente, así como a la clasificación de las escalas en tres tipos en función de su capacidad para discriminar población normal y clínica directa o inversamente (Vinet y Forns, 2006).

Por otro lado, en relación a la vulnerabilidad a la manipulación de la respuesta que presentan los autoinformes (Magallón-Neri et al., 2014), el MACI y el MMPI-A otorgan una importancia limitada a las escalas de validez (Santamaría et al., 2013). Por ejemplo, los ítems de las escalas F (incoherencia) del MMPI-A fueron elegidos de acuerdo a los resultados de la muestra normal (Morey, 2007c), lo que hace que estas escalas a menudo muestren altas puntuaciones en muestras clínicas.

Por su parte, el PAI-A (Morey, 2007c) se creó originalmente como complemento del PAI (Inventario de evaluación de la personalidad; Morey, 1991, 2007a), en respuesta al interés manifestado por los profesionales de aplicar el PAI en población adolescente. Por ello, con el objetivo de demostrar su utilidad en este grupo, el esfuerzo se centró en crear una nueva herramienta dirigida exclusivamente a adolescentes, respetando en la medida de lo posible la filosofía, estructura e ítems de la versión adulta.

Los constructos clínicos evaluados por el PAI-A, así como los evaluados por el PAI, fueron seleccionados de acuerdo a dos criterios: su importancia histórica en la nosología de

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

trastornos mentales y su relevancia en la práctica diagnóstica actual. Estos constructos se seleccionaron con el objetivo de evaluar diferentes experiencias como las ideaciones suicidas, la depresión o la ansiedad, presentes de forma continua a lo largo de la vida del evaluado. En determinados casos, los ítems se han adaptado a las experiencias particulares de los adolescentes, pero el mayor logro en la selección de los ítems reside en la habilidad para proporcionar una evaluación directa de los diferentes componentes de los síndromes clínicos (Morey, 2007c).

Desde su creación, ambos instrumentos se han presentado como herramientas de gran utilidad debido a su brevedad, su accesibilidad desde un bajo nivel educativo, su conceptualización actualizada de los diferentes diagnósticos y su atención a los aspectos relacionados con el tratamiento e importancia equilibrada a la validez de la respuesta. Todo esto ha sido considerado como una ventaja respecto a los instrumentos ya existentes, lo que ha estimulado su popularidad clínica en Estados Unidos reflejada en los numerosos estudios en los que son empleados como instrumentos de evaluación en sus versiones originales (Baity, Siefert, Chambers y Blais, 2007; Boone, 1998; Edens, Cruise y Buffington-Vollum, 2001; Hopwood, Morey, Rogers y Sewell, 2007; Karlin et al., 2005; Kurtz y Blais, 2007; Kurtz, Shealy y Putnam, 2007; Meyer, Hong y Morey, 2015; Morey y Hopwood, 2006; Mullen y Edens, 2008; Musso, Hill, Barker, Pella y Gouvier, 2016; Singh y Verma, 2007; Rios y Morey, 2013; Tasca, Wood, Demi-denko y Bissada, 2002; Walters, 2007, entre otros).

Cabe aquí señalar que a las dificultades de evaluación en la adolescencia, señaladas al principio, se suma el riesgo que supone etiquetar de forma precipitada a un adolescente. Esto se debe, por un lado, al estigma que ello puede generar y, por otro, al peligro de llevar a cabo una intervención incorrecta que puede ocasionar un perjuicio al joven y a su entorno (Magallón-Neri et al., 2014; Moreno y Martínez, 2015). Por ello, es importante contar con

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: LOS AUTOINFORMES EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

herramientas que demuestren capacidad para diferenciar los cambios e inestabilidad naturales en la adolescencia de comportamientos desadaptados o potencialmente patológicos que no se resolverán con la madurez. Así, el PAI-A se presenta como una herramienta actualizada, amplia y adaptada a la población adolescente española general y clínica.

La creación de herramientas que permitan la adecuada valoración de la personalidad y variables clínicas en los adolescente supone aún un mayor reto. No obstante, es especialmente importante aceptar este reto, asumiendo que la detección temprana de dificultades y trastornos clínicos y de personalidad favorecerá una mayor eficiencia y mejorará el pronóstico de los tratamientos (Germans et al., 2012; Ravens-Sieberer et al., 2008). Por ello, de forma novedosa se presentan aquí por primera vez los datos sobre la adaptación española del PAI-A obtenidos con una muestra representativa general y clínica. Para la total comprensión de los resultados obtenidos en los presentes estudios, se presentan ampliamente a continuación las características y escalas del PAI-A.



4. EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

El Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A; Morey, 2007c), dirigido a adolescentes desde los 12 a los 18 años, está compuesto por 264 ítems distribuidos en 22 escalas que evalúa rasgos de personalidad, trastornos clínicos y, como gran novedad, aspectos claves para orientar en el tratamiento. Cada escala posee una clara conexión con 11 constructos clínicos importantes y un considerable significado en la práctica clínica actual (Morey, 2007a).

Respecto a la forma de puntuación del PAI-A, las valoraciones directas elegidas en cada uno de los ítems pueden ser: F (falso), LV (ligeramente verdadero), BV (bastante verdadero) y CV (completamente verdadero). Estas respuestas o puntuaciones directas se transforman en unas puntuaciones T lineales, en adelante puntuación T, con una media de 50 y una desviación típica de 10. Esta puntuación se obtiene tras una transformación lineal al comparar las puntuaciones directas del evaluado con las obtenidas por un grupo de referencia. En el presente trabajo el grupo de referencia que se emplea es la muestra estadounidense compuesta por 707 adolescentes estadounidenses de entre 12 y 18 años de 21 estados diferentes (Morey, 2007c).

Las razones para emplear la transformación lineal frente a otras opciones fueron varias: en primer lugar, la puntuaciones T lineales se calculan de forma directa y sencilla, en función de la distancia en puntuaciones típicas de la media. En segundo lugar, las puntuaciones T lineales poseen un nivel correspondencia apropiada con los percentiles esperables en la distribución normal de las escalas. En tercer lugar, numerosos constructos clínicos valorados por esta herramienta no se distribuyen de acuerdo a la curva normal en la población general por lo que el uso de transformaciones normalizadas no resulta adecuado, al igual que ocurre con las transformación uniforme no normal que plantea para todas las escalas una distribución no

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

normal semejante. Finalmente, la transformación lineal se evidencia como el procedimiento que mejor conserva las propiedades y el ajuste a los percentiles también en una muestra clínica, con la utilidad que ello implica para una herramienta como la que ocupa el presente trabajo.

De esta forma, y como se ha indicado, cada una de las escalas y subescalas del PAI-A poseen una puntuación T media de 50, en adelante 50T, y una desviación típica de 10T. Así, una puntuación que se sitúa por encima de 50T en una escala, indica que las respuestas de la persona evaluada reflejan que esta posee el atributo en mayor medida de lo que es típico en la población adolescente general. Cuanto mayor de 50T, en mayor medida se caracterizará por ese atributo en comparación con la población general. Más concretamente, una puntuación de 70T en cualquiera de las escalas del PAI-A representaría una desviación significativa respecto a la puntuación considerada normal para un adolescente, ya que el 98% de los adolescentes, pertenecientes a población general estadounidense, suelen obtener puntuaciones inferiores a este punto de corte (Morey, 2007c).

Una vez obtenidas dichas puntuaciones T en cada una de las escalas y subescalas de la prueba, es posible configurar el perfil de la persona evaluada, el cual representa el nivel más alto de interpretación de esta prueba diagnóstica. En este perfil se ordena gráficamente la información proporcionada por las diferentes escalas en un patrón completo que proporciona mayor cantidad de información que cualquiera de las escalas por separado, posibilitando dar respuesta a preguntas diagnósticas y de tratamiento (Morey, 2007a).

Finalmente, cabe indicar que la corrección de la prueba se realiza mediante *e-perfil* a través de la plataforma digital que la editorial TEA dispone en Internet (<http://web.teaediciones.com/especiales/teacorrige.aspx>). El profesional sólo ha de introducir las respuestas del sujeto en la pantalla que muestra el ordenador al acceder a una dirección

facilitada y la prueba se corrige de forma inmediata. Este sistema permite obtener los resultados y el perfil en la prueba en el mismo momento de la corrección.

En los siguientes apartados se describirán cada una de las escalas que componen la prueba, así como determinados rangos de interpretación basados en los baremos generales de la población estadounidense.

4.1. Escalas de validez

La utilidad de la información derivada de un autoinforme depende de la capacidad y predisposición de la persona evaluada a comunicar de forma precisa sus experiencias (Ortiz-Tallo et al., 2011). Derivada de la importancia de esta cuestión, el PAI-A, como el resto de los inventarios de personalidad presentados por Morey, cuenta con escalas diseñadas para valorar la precisión de la información que la persona facilita, atendiendo a la posibilidad de presentar respuestas aleatorias o inconsistentes o con tendencia a describirse como una persona exageradamente patológica o de forma excesivamente positiva.

Antes bien, el primer aspecto a valorar para determinar la validez de un perfil PAI-A es el número de ítems omitidos o a los que no se ha dado una respuesta válida. Como regla general para poder proceder a la corrección del PAI-A deben estar respondidos al menos el 95% de los ítems. Por lo que 14 o más ítems sin respuesta provocarán que la plataforma digital de corrección no permita la obtención del perfil.

Como se ha indicado, el PAI-A cuenta con cuatro escalas de validez diseñadas para valorar aquellos factores que podrían distorsionar los resultados del cuestionario. Como norma general, puede considerarse que una puntuación de dos desviaciones típicas por encima de la media de la población clínica en cualquiera de estas escalas indicará que el perfil puede estar

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

gravemente distorsionado, esto es, existe tendencia en la repuesta. En la Tabla 7 se describe cada una de las escalas de validez de la prueba:

Tabla 7. Descripción de las escalas de validez del PAI-A

Escalas de validez	
Inconsistencia (INC)	Indica si el evaluado responde de forma consistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
Infrecuencia (INF)	Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y tienen tasas de respuesta muy extremas.
Impresión negativa (IMN)	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir simulación.
Impresión positiva (IMP)	Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y si evita admitir pequeños defectos.

4.1.1. Inconsistencia (INC)

Refleja la coherencia con la que una persona contesta a enunciados con contenidos similares. Esta escala está compuesta por 10 pares de ítems con contenidos relacionados pertenecientes a diferentes escalas. No obstante, aunque cada par de ítems refleja un contenido similar, estos ítems no reflejan ningún constructo concreto. En la versión original del cuestionario, para el diseño esta escala se seleccionaron pares de ítems que obtuvieron una alta correlación en la muestra original tanto clínica como normal. En la adaptación española se construyó de acuerdo a aquellos pares de ítems en los que la respuesta a uno de los enunciados predecía en gran medida la respuesta al otro componente.

La distribución de las puntuaciones en la escala INC no se diferencia significativamente entre adolescentes normales y clínicos. No obstante, los individuos clínicos tienden a obtener

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

puntuaciones ligeramente más altas. En la Tabla 8 se muestra la interpretación de las puntuaciones T en INC.

Tabla 8. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en INC

Puntuación T	Interpretación
<69	Sugieren que el evaluado ha contestado de forma coherente prestando una atención adecuada al contenido de los ítems.
69-77	Indican cierta inconsistencia en las repuestas a enunciados similares. Con puntuaciones en este rango debe adoptarse cierta precaución a la hora de proceder a la interpretación del perfil.
≥78	Puntuaciones T superiores a 78 indica que la persona no ha prestado la atención necesaria al contenido del ítem. Por lo tanto, los resultados del test son inválidos y no se recomienda proceder a la interpretación clínica del PAI-A.

4.1.2. Infrecuencia (INF)

Esta escala fue diseñada con el fin de identificar personas que contestan al cuestionario de forma aleatoria como medio para evaluar la atención al responder al cuestionario.

Se compone de ítems que han de ser contestados de forma similar por todos los evaluados independientemente de su situación clínica. Se espera que la mitad de los ítems sean contestados con *falso* y la otra mitad con *completamente verdadero*. Los ítems de INF se han distribuido a lo largo del cuestionario de forma que se puedan identificar repuestas azarosas en cualquier punto de la ejecución del test. Finalmente, señalar que no existe coincidencia entre el contenido de los diferentes ítems de la escala. Un ejemplo de ítem en esta es: *Mi poeta favorito es Ruperto Miralles*.

Los ítems fueron seleccionados de acuerdo a sus bajas tasas de respuestas tanto en adolescentes normales como clínicos. Han sido creados para reflejar un contenido que fuese

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

poco frecuente en ambas poblaciones. Así, las distribuciones en ambas muestras son muy distintas de las obtenidas en protocolos respondidos aleatoriamente. En la Tabla 9 se muestra la interpretación de las puntuaciones T en INF.

Tabla 9. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en INF

Puntuación T	Interpretación
<66	Indican que la persona ha prestado atención al contestar.
66-78	Indican la posibilidad de distorsión de la repuesta.
≥79	Sugieren que la persona no prestó la atención necesaria al contenido. Por lo tanto, los resultados del test no se consideran válidos.

4.1.3. Impresión negativa (IMN)

Fue diseñada de acuerdo a los análisis de consistencia interna, cuyas correlaciones entre simulación y exageración se consideraron suficientes para justificar su combinación en la presente escala (Ortiz-Tallo et al., 2011). IMN evalúa la tendencia a presentarse con un grado de psicopatología mayor al real. La escala cuenta con ítems que, o bien presentan una visión de uno mismo exageradamente psicopatológica, o bien indican síntomas extremadamente improbables. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Mi destino ha sido ser infeliz desde que nací.*

Los ítems de IMN fueron elegidos por sus bajas frecuencias de respuesta tanto en adolescentes normales como en casos clínicos, aunque en el caso de los pacientes clínicos suelen ser ligeramente más altas. En la Tabla 10 se muestra la interpretación de las puntuaciones T en IMN.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 10. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en IMN

Puntuación T	Interpretación
<77	Sugiere que hay poca distorsión en las escalas clínicas y el adolescente ha tratado de reflejar fielmente sus síntomas y consecuencias.
77-84	Sugieren un elemento de exageración respecto a quejas y problemas. Cualquier hipótesis interpretativa basada en elevaciones en las escalas clínicas debería considerarse con precaución.
≥85	Sugieren que el adolescente intenta mostrarse de una manera altamente negativa. En este rango, los resultados del instrumento están gravemente alterados por lo que los resultados no se consideran válidos.

4.1.4. Impresión positiva (IMP)

La escala IMP fue diseñada con el objetivo de evaluar la tendencia a mostrarse de una forma especialmente positiva. Esta tendencia se ha descrito de muchas formas: respuesta socialmente deseable, simulación positiva, manipulación de la impresión positiva o represión (Morey, 2007c). El contenido de los ítems de la escala refleja una descripción personal muy favorable o la negación de defectos relativamente poco importantes. Estos ítems reflejan características personales deseables que varían en su probabilidad de aparición en la población general. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Me cuesta aceptar las críticas*. En la Tabla 11 se muestra la interpretación de las puntuaciones T en IMP.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 11. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en IMP

Puntuación T	Interpretación
< 65	Indica una elevada sinceridad en la respuesta. De hecho, puntuaciones por debajo de 45T hacen muy poco probable que adolescente pretenda mostrar un perfil excesivamente favorable.
65-71	Sugiere que el adolescente pretende mostrarse relativamente libre de defectos habituales que la mayoría de las personas admiten. Con puntuaciones en este rango, la precisión de las interpretaciones se debe revisar cuidadosamente. Es probable que en este rango el perfil no valore adecuadamente las dificultades que pueda estar experimentando el evaluado.
≥72	Señalan un intento de mostrarse como una persona libre de los defectos comunes. Cuando hay puntuaciones en este rango, la validez del perfil de las escalas clínicas está comprometido.

4.2. Escalas clínicas

En el desarrollo del PAI-A se priorizó la validez de constructo (Morey, 2007c) por lo que la estrategia seguida en su creación se dirigió a ofrecer escalas que facilitaran la interpretación del constructo al que representan. Así, los ítems de una escala del PAI-A representan la sintomatología del trastorno que evalúa en función de las características que la literatura ha identificado como centrales en cada uno. Por lo tanto, como se ha señalado anteriormente, una puntuación alta ($\geq 70T$) indica la presencia de síntomas del trastorno en cuestión con una frecuencia o intensidad mayor a la de la mayoría de los adolescentes. Finalmente, en relación a la población adolescente clínica, tienden a indicar experiencias que son poco habituales en la población general (Morey, 2007).

Antes de pasar a la descripción de las escalas clínicas es necesario señalar que el significado otorgado a las puntuaciones debe considerarse en el marco de los resultados obtenidos en las escalas de validez anteriormente descritas. Si INF y/o INC están elevadas,

debe tenerse en cuenta que puede haber escalas clínicas elevadas debido al descuido en la respuesta.

4.2.1. *Quejas somáticas (SOM)*

Refleja síntomas físicos de problemas orgánicos para los que no se conoce causa médica. Por lo tanto, su puntuación refleja el grado de preocupación, el temor a padecer problemas de salud, así como el deterioro y malestar derivados de la sintomatología orgánica que se presenta. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Ha habido veces en que mis piernas estaban tan débiles que no podía caminar*. En la Tabla 12 se muestra el significado de las puntuaciones T en SOM.

Esta escala se compone de 3 subescalas que evalúan los diferentes aspectos antes señalados. Estas subescalas junto con la interpretación de puntuaciones elevadas en cada una de ellas se muestran en la Tabla 13.

Tabla 12. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en SOM

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a un adolescente con pocas quejas corporales. Tales individuos son percibidos como optimistas, despiertos y eficaces.
60-69	Indican cierto grado de preocupación sobre la salud.
70-84	Sugieren un nivel significativo de preocupaciones en relación a sus síntomas físicos que genera cierta limitación en sus vidas. Los adolescentes con estas puntuaciones consideran que poseen una mala salud en comparación con sus iguales y probablemente tiendan a pensar que sus problemas de salud son complejos y de difícil tratamiento.
≥85	Probablemente se deban a altas puntuaciones en las tres subescalas. Esto refleja un amplio número de quejas somáticas que afectan a la mayoría del organismo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 13. Descripción de las subescalas de SOM e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Conversión (SOM-C)	Se centra en los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.	El adolescente informa de un deterioro funcional debido a los síntomas asociados con disfunciones sensoriales o motoras.
Somatización (SOM-S)	Se centra en la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.	El adolescente señala diferentes síntomas físicos recurrentes y manifiesta quejas imprecisas de enfermedad y fatiga. Estos síntomas suelen estar acompañados por cierto grado de depresión o ansiedad.
Hipocondría (SOM-H)	Se centra en la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.	El adolescente indica preocupación por su estado de salud y sus problemas físicos.

4.2.2. Ansiedad (ANS)

Evalúa características clínicas comunes a la experiencia personal de ansiedad (Morey, 2007c), la cual es un componente importante de la mayoría de los problemas psicológicos. Varios autores sugieren que existen formas relacionadas, aunque independientes, de expresar la ansiedad (Koxsal y Power, 1990; Lang, 1971; Zajoc, 1980). Por ello, el contenido de los ítems de ANS abarca diferentes formas de experimentar ansiedad. No obstante, el componente conductual de la ansiedad se valora en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) debido a que habitualmente las conductas específicas sirven como criterio para decisiones diagnósticas (Morey, 2007c). Un ejemplo de ítem en esta escala es: *En algunas ocasiones me siento asustado e inquieto sin que haya causa para ello*. La interpretación de las puntuaciones en esta escala se presenta en la Tabla 14.

El contenido de los ítems de esta escala abarca diferentes formas de expresar la ansiedad, incluyendo la presencia de preocupación constante, sentimientos subjetivos de miedo

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

y tensión, así como signos físicos de nerviosismo y estrés distribuidas en tres subescalas que reflejan las tres modalidades principales de la expresión de la ansiedad (Morey, 2007c). La descripción de estas tres subescalas junto con el significado interpretativo de la puntuación elevada en cada una de ellas se muestra en la Tabla 15.

Tabla 14. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ANS

Puntuación T	Interpretación
< 60	Señalan a una persona con pocas quejas de ansiedad o tensión.
60-69	Indican que el adolescente está experimentando cierto grado de estrés y preocupación y se encuentra emocionalmente sensible.
70-80	Sugieren un nivel de ansiedad y tensión significativo. Con puntuaciones en este rango probablemente alguna de las subescalas esté elevada.
≥81	Probablemente se deban a puntuaciones elevadas en las tres subescalas, lo que refleja un deterioro general asociado a la ansiedad.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 15. Descripción de las subescalas de ANS e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Cognitiva (ANS-C)	Se centra en la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan a su capacidad de atención y concentración limitándolas.	Los adolescentes con una elevada puntuación indican inquietud y preocupación que pueden comprometer su habilidad para concentrarse y prestar atención.
Emocional (ANS-E)	Se centra en la experiencia de tensión, la dificultad para relajarse y la presencia de cansancio como resultado del alto nivel de estrés percibido.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala experimentan una gran cantidad de tensión y tienen dificultades para relajarse. Tienden a cansarse fácilmente como resultado de la alta percepción de estrés.
Fisiológica (ANS-F)	Se centra en aquellos signos físicos manifiestos de tensión y estrés (p.ej., palmas sudorosas, temblor de manos, palpitaciones, sensación de ahogo o de falta de aire).	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a experimentar y expresar la ansiedad de forma somática, particularmente características del sistema nervioso autónomo.

4.2.3. Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)

Centra la evaluación en las características clínicas y conductuales de tres áreas de sintomatología asociadas a trastornos de ansiedad. El contenido de los ítems incluye miedos relacionados con objetos o situaciones concretas. Contempla fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos y experiencias problemáticas tras experimentar algún evento traumático, distribuidos en tres subescalas. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *El recuerdo de una mala experiencia me ha afectado durante mucho tiempo*. Las interpretaciones de las puntuaciones en esta escala se presentan en la Tabla 16.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 16. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en TRA

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a una persona que señala poco malestar en las situaciones presentadas
60-69	Reflejan a un adolescente que puede tener algunos miedos específicos o preocupaciones y que tiene poca confianza en sí mismo.
70-76	Sugieren la presencia de miedos limitantes en torno a alguna situación. Las elevaciones específicas de alguna de las subescalas muestran con mayor precisión la naturaleza de estos miedos.
≥77	Probablemente coincidan con elevaciones en las tres subescalas, reflejando múltiples diagnósticos de trastornos de ansiedad e incapacidad importante asociada a tal nivel de ansiedad.

Esta escala, debido a que se compone de tres condiciones bastante diferentes es quizás la más compleja de interpretar en el PAI-A. En general, es una medida de la amplitud de la expresión conductual de la ansiedad (Morey, 2007a). La descripción de estas tres subescalas junto con el significado interpretativo de la puntuación elevada en cada una de ellas se muestra en la Tabla 17.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 17. Descripción de las subescalas de TRA e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Obsesivo-compulsivo (TRA-O)	Se centra en la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a ser bastante rígidos y a seguir de forma inflexible sus propias normas.
Fobias (TRA-F)	Se centra en la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros objetos específicos.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala suelen presentar miedos fóbicos que interfieren de forma significativa en su vida.
Estrés postraumático (TRA-E)	Se centra en la experiencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de él mismo.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala señalan la experiencia pasada de un evento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad.

4.2.4. Depresión (DEP)

Evalúa características clínicas comunes al síndrome de la depresión. La escala fue diseñada con el objetivo de proporcionar la misma cantidad de información sobre los tres componentes principales del síndrome depresivo y, al mismo tiempo, que sus ítems fueran útiles en todos los niveles de severidad del trastorno. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Apenas hay cosas que me resulten agradables o me gusten*. Las interpretaciones de las puntuaciones en esta escala se presentan en la Tabla 18.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 18. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DEP

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a una persona que tiene pocas quejas de infelicidad o malestar.
60-69	Reflejan a un adolescente que se siente infeliz al menos una parte del tiempo, sensible, pesimista y con tendencia a dudar de sí mismo.
70-79	Sugieren infelicidad considerable y disforia.
≥80	Existe un incremento en la posibilidad de un diagnóstico de un episodio depresivo mayor, acentuándose en aquellos casos con puntuaciones iguales o superiores a 84T ya que es probable que en estos casos las puntuaciones en las tres subescalas estén elevadas.

Por lo tanto, la escala está compuesta de tres subescalas que reflejan las tres constelaciones principales de sintomatología depresiva. Sus descripciones junto con la interpretación de las puntuaciones elevadas en las mismas se muestran en la Tabla 19.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 19. Descripción de las subescalas de DEP e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Cognitiva (DEP-C)	Se centra en la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala presentan creencias de ineficacia, desesperanza y falta de habilidades. Es probable que expresen también indecisión y dificultades de concentración.
Emocional (DEP-E)	Se centra en la presencia de sentimiento de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala señalan sensaciones de tristeza, pérdida de interés en actividades normales y una pérdida de la sensación de placer en cosas con las que antes disfrutaban.
Fisiológica (DEP-F)	Se centra en los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala presentan síntomas físicos de depresión.

4.2.5. Manía (MAN)

Evalúa la manifestación clínica de la manía y de la hipomanía a través del estado de ánimo elevado, expansividad, grandiosidad, altos niveles de actividad, irritabilidad e impaciencia, dichos aspectos se valoran mediante tres subescalas presentadas más adelante. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Siento la necesidad de estar en constante actividad, sin pararme a descansar.*

Cabe señalar aquí que el aumento del diagnóstico de trastorno bipolar en adolescentes ha supuesto un tema de controversia en los últimos años (Morey, 2007c). Por lo que la escala MAN puede ser útil para diferenciar las fluctuaciones normales del estado de ánimo adolescente de los síntomas típicos de un episodio maniaco.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

En la Tabla 20 se presentan los significados interpretativos de las puntuaciones de la escala MAN y en la Tabla 21 la interpretación de puntuaciones elevadas en cada una de sus subescalas.

Tabla 20. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en MAN

Puntuación T	Interpretación
<55	Reflejan a un adolescente con pocas características de manía o hipomanía
55-64	Sugieren a un adolescente que se muestra activo, sociable, ambicioso y con confianza en sí mismo. Sin embargo, hacia la parte superior de este rango, el individuo también puede ser algo impaciente, hostil y fácilmente irritable.
65-72	Se asocia con inquietud, impulsividad y altos niveles de energía.
≥73	Están asociadas a trastornos como la manía, la hipomanía o la ciclotimia. Estas puntuaciones se caracterizan por involucrarse en más actividades de las que pueden afrontar y reaccionar con frustración e ira ante la idea de reducir los niveles de actividad. Son además personas impulsivas y tienen poca capacidad para demorar el refuerzo, su falta de juicio en esas situaciones probablemente les lleva a demostrar una incapacidad significativa en el centro escolar y en situaciones de conflictos en el hogar. Estos adolescentes pueden experimentar fuga de ideas y delirios de grandeza. Seguramente, las interacciones con otras personas son problemáticas debido a la exagerada importancia que se dan a sí mismos, la hostilidad y el narcisismo que les impide empatizar adecuadamente.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 21. Descripción de las subescalas de MAN e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Nivel de actividad (MAN-A)	Se centra en la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y en la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.	Los adolescentes que puntúan alto en esta subescala probablemente muestren un nivel de actividad y energía que la mayoría de las personas calificaría como elevado. Puede que lleven a cabo numerosas actividades de forma desorganizada y que experimenten aceleración del pensamiento. Aunque esta escala no es un indicador específico del trastorno de déficit de atención (TDAH) puede que la sintomatología reflejada esté manifestando la hiperactividad asociada al mismo.
Grandiosidad (MAN-G)	Se centra en la existencia de una autoestima hipertrofiada, así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.	El contenido de los pensamientos de estos adolescentes probablemente se caracterice por una autoestima exagerada, expansividad o grandiosidad. Estos pensamientos pueden lindar con el delirio si el joven cree poseer talentos especiales y únicos que le llevarán a la fama y la fortuna.
Irritabilidad (MAN-I)	Se centra en la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración de la persona por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.	Estos adolescentes muestran una baja tolerancia a la frustración que puede tensar las relaciones con sus iguales y figuras de autoridad. Son impacientes con quienes no siguen sus planes, peticiones o ideas poco realistas. En casos extremos, esta irritabilidad puede llevarlos a acusar a los demás de pretender boicotear sus planes.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

4.2.6. Paranoia (PAR)

Evalúa los síntomas y características de personalidad relacionadas con la paranoia. La escala PAR representa una medida directa de falta de confianza y hostilidad por lo que su contenido se centra en la hipervigilancia, la búsqueda de potenciales daños en su entorno, la tendencia al resentimiento y al rencor y la predisposición para detectar injusticias por parte de los otros. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Tengo que estar alerta ante la posibilidad de que alguien me traicione*. En la Tabla 22 se muestra el significado interpretativo de las puntuaciones en la escala PAR.

La escala se compone de tres subescalas que recogen los tres rasgos más importantes de la paranoia. Estas subescalas junto con la interpretación de puntuaciones altas en las mismas se muestran en la Tabla 23.

Tabla 22. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en PAR

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan un joven que indica ser comunicativo y que, generalmente, perdona a los demás.
60-69	Reflejan a un individuo que es susceptible, intransigente y escéptico. Hacia la parte superior de este rango, las personas se muestran bastante precavidas y cautelosas en sus relaciones interpersonales.
70-75	Los adolescentes en este rango, probablemente sean manifiestamente suspicaces y hostiles, tienden a desconfiar de las figuras de autoridad y de sus relaciones cercanas, por lo que probablemente tengan pocos amigos íntimos.
≥76	La probabilidad de que se trate de una paranoia de tipo delirante aumenta. El adolescente se muestra amargado, guarda resentimientos por la manera en la que cree haber sido tratado por los demás y se anticipa a los supuestos intentos de aprovecharse de él o ella. Los celos y las acusaciones pueden ser una característica habitual en sus relaciones. Asimismo, con estas puntuaciones son comunes en los adolescentes las ideas de referencia o delirios de persecución o grandeza.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA
PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 23. Descripción de las subescalas de PAR e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Hipervigilancia (PAR-H)	Se centra en la suspicacia y en la tendencia a estar atento y alerta a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros.	Este adolescente probablemente tienda a estar alerta ante las evidencias de que los demás están tratando de perjudicarlo de forma encubierta. Probablemente cuestione y desconfíe de los motivos de quienes le rodean independientemente de la historia o naturaleza de la relación.
Persecución (PAR-P)	Se centra en la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.	Estos jóvenes con rapidez se sienten tratados de forma poco equitativa y creen, con facilidad, que hay un esfuerzo coordinado por parte de los demás para perjudicar sus intereses.
Resentimiento (PAR-R)	Se centra en la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y a echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.	Estos adolescentes se sienten insultados con facilidad y responden con rencor hacia la parte causante de la ofensa. Poseen la tendencia a atribuir cualquier desgracia a la falta de atención de los demás y a desacreditar los éxitos de otros como resultado de la suerte o favoritismo. Una persona de este tipo probablemente envidia los logros y éxitos de los demás y no se ofrece a ayudarlos en la consecución de sus metas y objetivos.



4.2.7. Esquizofrenia (ESQ)

Esta escala ha sido diseñada para evaluar las diferentes facetas de la esquizofrenia. Este enfoque es preciso ya que la esquizofrenia es uno de los trastornos más heterogéneos dentro de los trastornos clínicos (Morey, 2007c). El contenido de los ítems incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y desinterés por las relaciones sociales, además de ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Hay personas que intentan controlar mis pensamientos*. La escala ESQ evalúa los síntomas positivos, negativos y la alteración del pensamiento mediante tres subescalas.

En la Tabla 24 se muestra la interpretación de las puntuaciones la escala ESQ y en la Tabla 25 se indican las descripciones de cada una de sus subescalas junto con la interpretación de puntuaciones elevadas en las mismas:

Tabla 24. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ESQ

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a una persona eficaz en sus relaciones sociales y sin problemas de atención o concentración.
60-69	Dependen de la subescala que se encuentre elevada. Puntuaciones elevadas debido a la subescala ESQ-S probablemente muestren a un adolescente que se presenta retraído, distante y poco convencional; si la elevación se debe a la subescala ESQ-A puede que implique problemas cognitivos o de concentración importantes asociados a un TDAH.
70-80	El adolescente probablemente esté aislado, pueda sentirse incomprendido y rechazado por los demás. También son posibles algunas dificultades en el pensamiento, la concentración y la toma de decisiones.
≥81	Se asocian con un episodio psicótico activo. El adolescente está confuso, retraído y se muestra suspicaz. Tienden a mostrar un juicio limitado y poca claridad en la percepción de la realidad. A medida que aumenta el valor de la puntuación T es más probable que aparezcan delirios de transmisión, inserción, robo o control del pensamiento.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 25. Descripción de las subescalas de ESQ e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Se centra en la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes, así como pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.	Los adolescentes indican la experiencia de percepciones sensoriales infrecuentes, pensamiento mágico e ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.
Indiferencia social (ESQ-S)	Se centra en el aislamiento social, así como en la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.	El adolescente probablemente se encuentre aislado socialmente con pocas relaciones que puedan considerarse cercanas. Pueden tener dificultades para interpretar los signos normales que facilitan la comprensión de las relaciones interpersonales. El aislamiento social y el distanciamiento pueden servir para reducir la sensación de incomodidad que le supone el contacto interpersonal.
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Se centra en la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.	Probablemente presente altos niveles de confusión y problemas de concentración. La ausencia de elevaciones en la escala global ESQ puede reflejar otras causas potenciales para la elevación de esta subescala como depresión severa, TDAH, efectos de la medicación, secuelas de daños cerebrales o enfermedad.

4.2.8. Rasgos límites (LIM)

Evalúa aspectos relacionados con el trastorno de personalidad límite, aspectos frecuentes también en numerosos trastornos de otro tipo. El contenido de los ítems incluye diferentes indicadores: escaso control de las emociones y la ira, confusión en torno a la identidad y valores propios, relaciones intensas con los demás que en ocasiones llegan a ser agresivas e impulsividad que a menudo desemboca en conductas autodestructivas. Un ejemplo

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

de ítem en esta escala es: *A veces me siento terriblemente vacío por dentro*. En la Tabla 26 se muestra el significado de las puntuaciones T en LIM.

Esta escala posee 4 subescalas que abarcan diferentes aspectos de este complejo síndrome, las cuales se muestran junto con la interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas en la Tabla 27.

Tabla 26. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en LIM

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan una persona que es emocionalmente estable y con relaciones sólidas.
60-69	Indican a un adolescente que puede ser percibido como malhumorado, sensible y con ciertas incertidumbres sobre sus metas vitales que superan la ambigüedad natural de la adolescencia.
70-80	Probablemente sean personas impulsivas y emocionalmente lábiles. Tienden a sentirse incomprendidos por los demás, que suelen percibir al adolescente como egocéntrico, y les resulta difícil mantener relaciones cercanas con sus iguales. Respecto a sus cuidadores, el adolescente tiende a mostrarse enfadado y suspicaz y a la vez ansioso y necesitado, haciendo que sus interacciones sean manifiestamente ambivalentes.
≥81	Están asociadas con una personalidad con rasgos límites. Estos adolescentes presentan un estado de crisis, a menudo relacionado con dificultades en sus relaciones. Son hostiles y se sienten enfadados y traicionados por las personas que les rodean. Son impulsivos y actuarán de una forma que los demás perciben como autodestructiva.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 27. Descripción de las subescalas de LIM e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación puntuación alta
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Se centra en la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.	El adolescente tiene respuestas emocionales extremas que cambian rápidamente. Al mismo tiempo, el adolescente tiende a experimentar episodios de ira incontrolable.
Alteración de la identidad (LIM-I)	Se centra en las dudas sobre los principales aspectos de la vida y en la existencia de sentimientos de vacío, falta de realización y ausencia de objetivos.	El adolescente tiende a dudar sobre asuntos vitales importantes y tiene dificultades para darle un sentido a su vida. Refleja una confusión que va más allá de lo cabría esperar. Al mismo tiempo, pueden aparecer sentimientos de vacío, hastío y fracaso.
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Se centra en una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las cuales se ha sentido traicionado y explotado.	El adolescente relata una historia de relaciones ambivalentes, intensas e inestables. Estas personas suelen sentirse resentidas y traicionadas por las personas que antes habían sido más cercanas, incluyendo a familiares e iguales.
Autoagresiones (LIM-A)	Se centra en la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.	El adolescente es impulsivo y se deja llevar en situaciones con alta probabilidad de consecuencias negativas. Estos comportamientos suelen interferir en su funcionamiento social y/o escolar.

4.2.9. Rasgos antisociales (ANT)

Ofrece una evaluación de las características de personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicopatía.

El contenido de los ítems evalúa, por un lado, rasgos de personalidad como egocentrismo, crueldad y explotación de sus relaciones en su propio beneficio y, por otro, indicadores comportamentales caracterizados por conductas antisociales similares a las



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

incluidas en la definición DSM de trastornos de la conducta aplicados a los adolescentes. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Me aprovecho de los demás si me dan facilidades para ello.*

En la Tabla 28 se muestra la interpretación de las puntuaciones en la escala.

Tabla 28. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ANT

Puntuación T	Interpretación
<60	Son indicativas de un adolescente que mantiene relaciones cálidas y cercanas con los demás. También muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.
60-64	Reflejan a un adolescente que puede considerarse impulsivo y con tendencia a correr riesgos más allá de lo que se estima normal. Con puntuaciones hacia el extremo superior de este rango pueden ser más egocéntricos, escépticos ante las intenciones de los demás y poco sentimentales en las relaciones interpersonales.
65-71	El evaluado es probablemente impulsivo y hostil, quizás con un historial de conductas problemáticas. Estos adolescentes pueden ser considerados por los demás como déspotas por lo que puede que no mantengan a largo plazo las relaciones.
≥72	Suelen asociarse con características manifiestas de conducta antisocial. Probablemente sean poco fiables e irresponsables y es bastante posible que hayan tenido poco éxito en ámbitos sociales o escolares. Son adolescentes fríos en sus relaciones y que explotarán sus interacciones sociales en su propio beneficio. Se muestran impulsivos y probablemente tengan un historial de conflictos con las figuras de autoridad.

La escala se compone de tres subescalas, que exploran las diferentes facetas de este síndrome. Puede verse la descripción y el significado interpretativo de la elevación en cada una de estas subescalas en la Tabla 29.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 29. Descripción de las subescalas de ANT e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Conductas antisociales (ANT-A)	Se centra en el historial de actos antisociales e implicación en actividades ilegales.	Estos adolescentes suelen tener una historia de conductas antisociales y es habitual que manifiesten algún trastorno de conducta desde el comienzo de la adolescencia. Pueden haber estado implicados en actividades ilegales y/o criminales como robos, destrucción de la propiedad y agresiones físicas a terceros.
Egocentrismo (ANT-E)	Se centra en la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.	Tienden a ser adolescentes calificados como egocéntricos y con poca consideración hacia los demás. No les afecta la opinión que se tenga sobre ellos. En su deseo de satisfacer sus propios objetivos e impulsos pueden aprovecharse de los demás, incluso de aquellos que les son más cercanos. Estos jóvenes sienten poco respeto por los bienes ajenos y muestran una escasa lealtad a sus conocidos. Aunque pueden mostrarse arrepentidos o culpables por transgresiones pasadas, es poco probable que tales sentimientos sean duraderos.
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Se centra en el ansia de sensaciones y emociones, una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.	Puntuaciones altas en esta subescala reflejan a un adolescente que muestra conductas imprudentes y potencialmente peligrosas para sí mismo y quienes le rodean. Está siempre a la espera de novedades y estímulos y se aburre fácilmente con las rutinas y las costumbres.

4.2.10. Problemas con el alcohol (ALC)

Esta escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia del alcohol. Los ítems reflejan desde situaciones de total abstinencia hasta graves consecuencias como la pérdida de control o una fuerte dependencia, pasando por ítems que reflejan un consumo frecuente. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Mi consumo*



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

de alcohol me ha producido algunos problemas en mis relaciones con los demás. En la Tabla 30 se muestra la interpretación de las puntuaciones en esta escala.

Tabla 30. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en ALC

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a un adolescente que indica poco o ningún consumo de alcohol con pocas o nulas consecuencias adversas asociadas a la bebida.
60-69	Indican que el adolescente consume alcohol regularmente y que puede haber experimentado algunas consecuencias a causa de este consumo. A medida que la puntuación aumenta en este rango, crece la posibilidad de problemas relacionados con el alcohol.
70-78	Probablemente cumplan los criterios para considerar un abuso de alcohol. Es posible que dicho abuso esté causando problemas en sus relaciones interpersonales y en su desempeño escolar.
≥79	Son propias de un consumo de alcohol asociado a consecuencias graves. Estos adolescentes probablemente sean incapaces o reacios a abandonar el consumo.

4.2.11. Problemas con las drogas (DRG)

Esta escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia de las drogas. El contenido de los ítems va desde afirmaciones de total abstinencia hasta la presencia de consecuencias graves debidas al abuso de drogas, pasando por cuestiones relativas a un consumo frecuente. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Comparto el consumo de drogas con mis mejores amigos.* En la Tabla 31 se muestra la interpretación de las puntuaciones en esta escala.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 31. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DGR

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan una persona que informa consumir drogas de forma infrecuente si es que las consume.
60-69	Indican que el joven puede consumir drogas de forma habitual y que puede haber sufrido algunas consecuencias adversas como resultado de ello. Hacia la parte superior de este rango, existe una mayor probabilidad de que el consumo de drogas causara o esté causando problemas a la persona.
70-88	El adolescente probablemente cumple con los criterios diagnósticos de abuso de drogas, lo que puede estar afectando a sus relaciones interpersonales y a su rendimiento laboral.
≥89	Suelen estar asociadas a problemas graves relacionados con las drogas. Es posible que estos adolescentes sean incapaces o se muestren reacios a abandonar el consumo, mostrando poca habilidad para controlar el efecto que su deseo de consumo tiene en sus vidas.

4.3. Escalas relacionadas con el tratamiento

Estas escalas que, ya contempladas en la creación del PAI (Morey, 2007a), valoran las posibles complicaciones que pueden afectar al proceso de tratamiento y que pueden no ser evidentes en la información diagnóstica proporcionada por las escalas clínicas.

4.3.1. Agresión (AGR)

La escala AGR evalúa conductas y actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Como escala relacionada con el tratamiento no tiene correspondencia directa con ninguna categoría diagnóstica en concreto, sino que más bien indaga sobre emociones básicas y conductas relativas a muchas categorías. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Cuando me pongo furioso es muy difícil calmarme*. En la Tabla 32 se muestra el significado interpretativo de las puntuaciones de esta escala.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 32. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en AGR

Puntuación T	Interpretación
≤ 40	Pueden reflejar a un adolescente muy tímido y poco asertivo que tiene dificultades para reafirmarse.
<60	Reflejan un control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.
60-69	Indican que el adolescente se muestra impaciente, irritable y con mucho genio. Hacia el extremo superior de este rango puede ser más iracundo y sentirse provocado fácilmente.
70-77	Probablemente estén furiosos gran parte del tiempo y expresen libremente su ira y hostilidad. Por lo menos una de las subescalas estará elevada y conviene determinar cuál de ellas para valorar de qué forma expresa la ira (actitudinal, verbal o física).
≥78	Se asocian con un nivel considerable de ira y una conducta potencialmente agresiva. Son personas que con facilidad se sienten provocadas y que pueden explotar cuando se sienten frustradas.

Esta escala se compone de 3 subescalas cuyas descripciones e interpretación de altas puntuaciones en cada una de ellas se muestran en la Tabla 33.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 33. Descripción de las subescalas de AGR e interpretación de las puntuaciones elevadas en cada una de ellas

Subescala	Descripción	Interpretación
Actitud agresiva (AGR-A)	Se centra en la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.	El adolescente se enfada fácilmente y siente frustración a menudo. Se muestra hostil y es fácil de provocar.
Agresiones verbales (AGR-V)	Se centra en las expresiones verbales de ira, incluyendo desde las asertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.	Estos adolescentes no se sienten intimidados por la confrontación y tienden a ser verbalmente agresivos ante una pequeña provocación (p. ej., crítica, ofensiva o verbalmente amenazante). Estas personas expresan verbalmente la ira en el momento en el que la sienten.
Agresiones físicas (AGR-F)	Se centra en la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.	El adolescente es propenso a expresar físicamente su ira, quizás rompiendo objetos, con confrontaciones físicas y amenazas. Probablemente su entorno se sienta intimidado por su temperamento y su potencial de violencia física.

4.3.2. Ideación suicida (SUI)

Evalúa tanto pensamientos como ideas relacionadas con la muerte y el suicidio. El contenido de los ítems incluye desde desesperanza y pensamientos generales e ideas sobre la muerte y el suicidio hasta pensamientos que recogen diferentes planes e intentos de autolisis. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *He pensado en algunas formas de quitarme la vida*. En la Tabla 34 se muestran los significados interpretativos de las puntuaciones en SUI.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 34. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en SUI

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a un adolescente que tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
60-69	Son típicas de adolescentes con ideas y pensamientos periódicos y pasajeros sobre el suicidio; así como infelicidad y pesimismo sobre las perspectivas de futuro.
70-75	Revelan ideación suicida significativa; suelen ser ansiosos y depresivos y sienten que las personas que les rodean no les apoyan.
≥86	A menudo se asocian con planes inminentes de autolisis. Los adolescentes con estas puntuaciones tienen pocas esperanzas puestas en su futuro, están desesperados, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismos. Puede que se sientan rechazados por quienes les rodean y, a menudo, están resentidos por la manera en la que han sido tratados por otros.

4.3.3. Estrés (EST)

Ofrece una evaluación sobre los estresores vitales que el adolescente experimenta en la actualidad o que ha experimentado recientemente. El contenido de los ítems incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades escolares o cambios importantes. EST es una escala global que evalúa tanto estresores crónicos de menor intensidad como crisis vitales agudas menos frecuentes. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Mi vida es un caos y lo llevo bastante mal*. En la Tabla 35 se muestra la interpretación de las puntuaciones en esta escala.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 35. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en EST

Puntuación T	Interpretación
<60	Indican que el adolescente tiene una vida estable, predecible y sin incidentes.
60-69	Indican que el adolescente puede estar viviendo un nivel moderado de estrés como resultado de dificultades en algún área vital.
70-76	Las dificultades probablemente estén teniendo un impacto significativo en el adolescente. Son jóvenes con riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos.
≥77	Indican que la persona se encuentra en crisis y muestra problemas en casi todas las áreas principales de su vida. Se siente incapaz de controlar los acontecimientos indeseables que le ocurren. Se percibe a sí misma como ineficaz, dependiente y a merced de otros, una situación que puede conllevar cierta amargura y resentimiento.

4.3.4. Falta de apoyo social (FAS)

Ofrece una evaluación del apoyo social percibido, sondeando tanto la disponibilidad como la calidad de las relaciones sociales del adolescente. El contenido de los ítems explora el nivel y la naturaleza de las interacciones con conocidos, amigos y familiares. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Cuando tengo problemas me ayudan personas con las que puedo hablar.* A continuación, en la Tabla 36, se pueden observar las interpretaciones de las diferentes puntuaciones en esta escala.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Tabla 36. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en FAS

Puntuación T	Interpretación
<60	Reflejan a un adolescente que indica vínculos estrechos, generalmente de apoyo por parte de la familia y los amigos.
60-69	Indican que es posible que el adolescente disponga de pocos amigos íntimos o se sienta insatisfecho con dichas relaciones.
70-76	Reflejan una percepción de poco apoyo social, con relaciones familiares que pueden ser distantes o conflictivas, y amistades que son percibidas generalmente como inaccesibles o que no proporcionan ayuda cuando se las necesita.
≥77	Son adolescentes que perciben poco o ningún sistema de apoyo social que les ayude en acontecimientos significativos de la vida. Tienden a ser personas altamente críticas con ellas mismas y con los demás, por los que se sienten rechazadas. Tienen pocos recursos emocionales para poder manejar situaciones difíciles y son particularmente propensos a reacciones graves de estrés.

4.3.5. Rechazo al tratamiento (RTR)

Evalúa las actitudes y cualidades asociadas al interés del adolescente por realizar cambios personales de naturaleza psicológica o emocional. Los ítems reflejan la falta de voluntad para participar de forma activa en el tratamiento, el rechazo a reconocer problemas y la ausencia de motivación para aceptar la propia responsabilidad respecto a sus problemas. Estos ítems fueron redactados de forma que fueran generalizables a distintos tipos de tratamientos e intervenciones. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Necesito que me ayuden para poder afrontar algunos problemas importantes.*

También debe tenerse en cuenta que las puntuaciones T están elaboradas con una muestra de población general, no una muestra clínica. Por lo tanto, las puntuaciones que son habituales en adolescentes normales representan poca motivación para el tratamiento e incluso

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

aquellas puntuaciones que se sitúan dentro del rango de la normalidad pueden llegar a tener implicaciones negativas para el tratamiento.

En la Tabla 37 se muestran las interpretaciones de las puntuaciones en RTR.

Tabla 37. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en RTR

Puntuación T	Interpretación
≤30	Pueden representar un nivel de malestar desbordante y unas expectativas tan altas respecto al tratamiento que puede llevar a un escaso seguimiento de la terapia a pesar de la aparente motivación.
31-42	Describen a un adolescente que reconoce grandes dificultades en su día a día y que percibe una clara necesidad de ayuda para tratar estos problemas.
43-49	Indican reconocimiento de la necesidad de efectuar algunos cambios, una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal y aceptación de la importancia de la propia responsabilidad.
50-59	Muestran a un adolescente satisfecho consigo mismo y que considera que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento.
≥60	Indican que el adolescente percibe pocas dificultades y admite que no desea cambiar su situación.

4.4. Escalas de relación interpersonal

Estas escalas dan respuesta a la importancia que en los últimos años se ha otorgado a la interacción social en la personalidad y los trastornos psicológicos (Ortiz-Tallo et al., 2011). De esta forma, a través de dos escalas que abarcan los dos ejes del modelo circunplejo del comportamiento interpersonal (Leary, 1957) se satisface una necesidad escasamente cubierta por muchas herramientas de evaluación clínica y de personalidad, centradas únicamente en las tendencias de la persona evaluada sin valorar la relación con su entorno.



4.4.1. Dominancia (DOM)

Ofrece una evaluación del grado en el que un adolescente es controlador, sumiso o autónomo en sus relaciones interpersonales. El contenido de los ítems se relaciona con la independencia, la sinceridad, la asertividad, el liderazgo y la capacidad de gestionar las relaciones. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Me encuentro más a gusto en las situaciones en las que tengo que dirigir a otros*. La escala es bipolar, por lo que es posible interpretar tanto puntuaciones altas como bajas. En la Tabla 38 se indican las interpretaciones para las puntuaciones en esta escala.

Tabla 38. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en DOM

Puntuación T	Interpretación
<35	Reflejan a un adolescente con poca confianza en sus interacciones sociales. Estas personas probablemente tengan dificultades para cubrir sus necesidades en las relaciones con los demás, subordinando sus propias necesidades a las de otros.
35-44	Tienden a ser personas bastante modestas y tímidas, a cohibirse en las relaciones sociales y a carecer de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sientan incómodas cuando son el centro de atención.
45-64	Reflejan a un adolescente autosuficiente, seguro y con un carácter firme.
≥65	Manifiestan su necesidad de control de una forma muy notable. Generalmente son dominantes y poseen poca tolerancia con quien no comparte sus planes y deseos.

4.4.2. Afabilidad (AFA)

Es una medida del grado en el que un adolescente es cordial, empático y se interesa por sus relaciones. El contenido de los ítems tiene que ver con la sociabilidad, la solidaridad, el afecto y la paciencia en las relaciones. Un ejemplo de ítem en esta escala es: *Intento acoger a las personas que parecen estar solas*. La escala tiene dos polos, por lo que pueden interpretarse

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

tanto las puntuaciones bajas como las altas. En la Tabla 39 se indican las interpretaciones para las puntuaciones en esta escala.

Tabla 39. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en AFA

Puntuación T	Interpretación
< 35	Reflejan a una persona con poco interés por las interacciones sociales.
35-44	Muestran a un adolescente con tendencia a mantener las distancias en las relaciones personales. Es probable que no consideren valiosas las relaciones estrechas y de larga duración. Estas personas perciben la mayoría de sus relaciones sociales sin mucho entusiasmo.
45-64	Reflejan a una persona cálida, empática y que apoya a quienes le rodean. Normalmente buscan la aprobación de los demás y les es difícil aceptar las críticas incluso cuando son justificadas.
≥65	Manifiestan su necesidad de aprobación de forma notable lo que puede derivar en una acusada dependencia.

De esta forma, queda extensamente detallada la herramienta que ocupa el presente trabajo. Así, cabe ahora destacar y describir su uso y utilidad en el entorno del trastorno de la conducta con el objetivo de conocer los perfiles más habituales que esta categoría diagnóstica suele arrojar, así como la información más destacable a tener en cuenta en el mismo.

4.5. El perfil PAI-A: trastorno de la conducta y jóvenes infractores

La interpretación de las puntuaciones de cada una de las escalas y subescalas por separado es simplemente el primer paso en la interpretación de toda la información proporcionada por el PAI-A. El siguiente paso necesario se dirige a examinar la distribución o perfil que siguen las puntuaciones a lo largo de todas las escalas. Una puntuación elevada puede

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

tener significados completamente diferentes en dos escalas en función del patrón perfilado por las escalas relacionadas en el ámbito clínico.

La interpretación de la distribución del perfil se ha basado clásicamente en los códigos o perfil tipo, esto es, aquellas dos o tres variables que representan las puntuaciones más elevadas en un perfil. No obstante, en el desarrollo de la interpretación de la distribución del perfil de puntuaciones en el PAI-A se decidió emplear una estrategia de perfiles tipo que utilizara para su interpretación un amplio rango de toda la información disponible (Morey, 2007c). Esta decisión se debió a la opinión de que centrar la atención sólo en las dos o tres puntuaciones más elevadas en un cuestionario compuesto por 22 escalas implicaba ignorar una cantidad importante de información proporcionada por el resto de escalas.

Este enfoque ha sido posible gracias al gran avance metodológico de las últimas décadas. Utilizar los perfiles tipo supone una aproximación real a la interpretación de la distribución del perfil ya que, en lugar de basarse en una o dos puntuaciones para establecer los grupos de perfiles, se contempla la mayor parte de la información que la herramienta proporciona.

En relación al trastorno de la conducta y jóvenes infractores, de los 10 perfiles tipo obtenidos en el análisis de las puntuaciones más altas para las escalas y subescalas del PAI-A obtenidas por diferentes muestras, cabe señalar el perfil tipo 8. En dicho perfil, mostrado en la Figura 1, destaca el que la mayoría de la muestra clínica asignada formaba parte del entorno forense (51,7%). Un importante porcentaje de estos jóvenes fueron diagnosticados de abuso o dependencia de sustancias (49,2%) o de trastorno de conducta (37,5%), siendo escasa la presencia de otros diagnósticos en este grupo. El perfil tipo 8 se caracteriza por una elevada puntuación en DRG y ALC, con una considerable elevación de ANT y AGR. Las únicas

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

subescalas con puntuaciones T por encima de 60 fueron ANT-A y AGR-F. Este patrón señala a un adolescente con un consumo perjudicial de sustancias y, probablemente, de alcohol que está generando graves efectos adversos, incluyendo problemas legales, familiares y académicos. Pueden mostrarse físicamente agresivos cuando se encuentran desinhibidos por estas sustancias. No obstante, a pesar de su disposición a admitir las consecuencias que dicho consumo está causando en sus vidas, se muestran reticentes a admitir sus problemas psicológicos, reflejado en el escaso nivel de ansiedad o culpa que reflejan en torno a su consumo.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

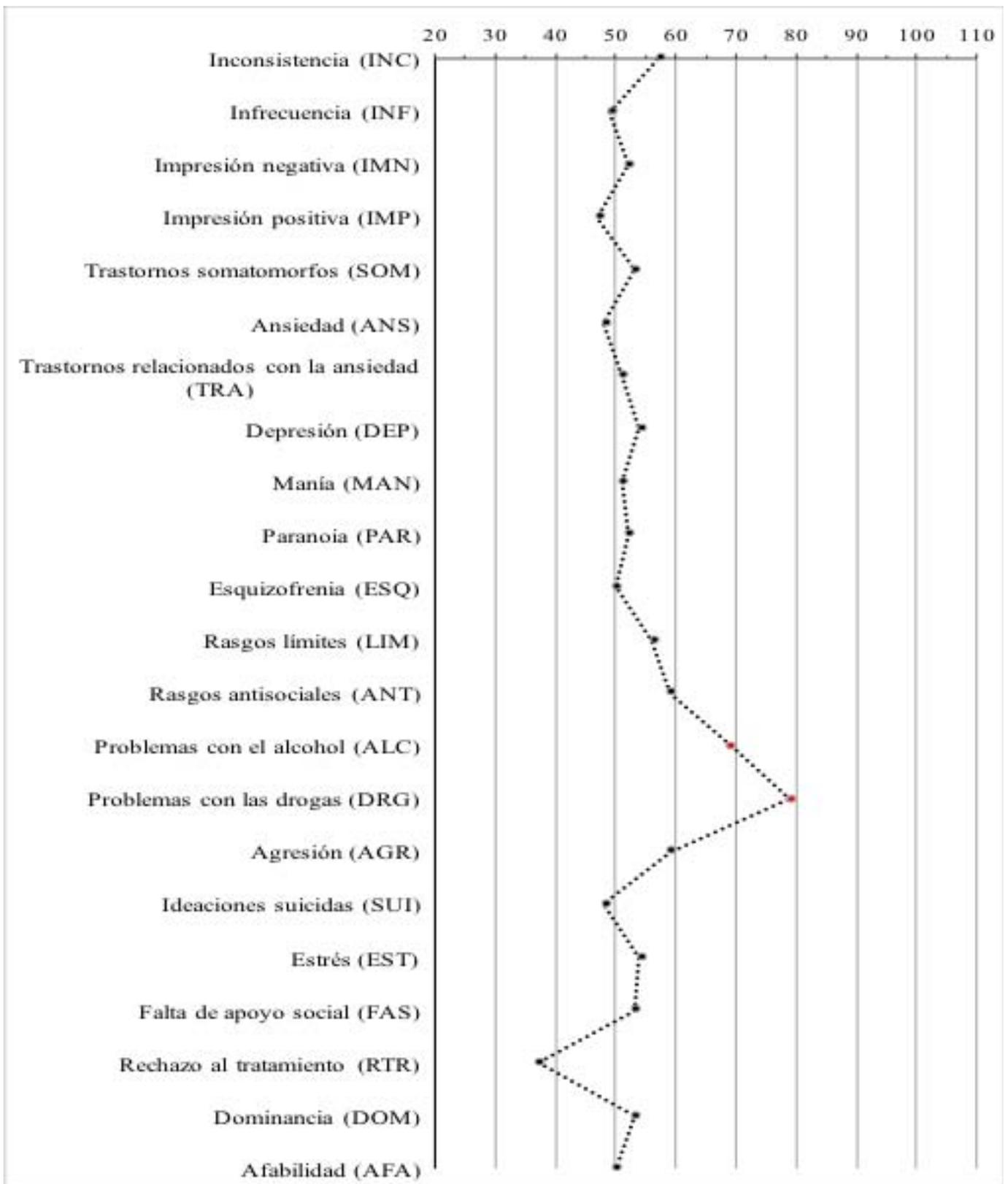


Figura 1. Perfil tipo 8

FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

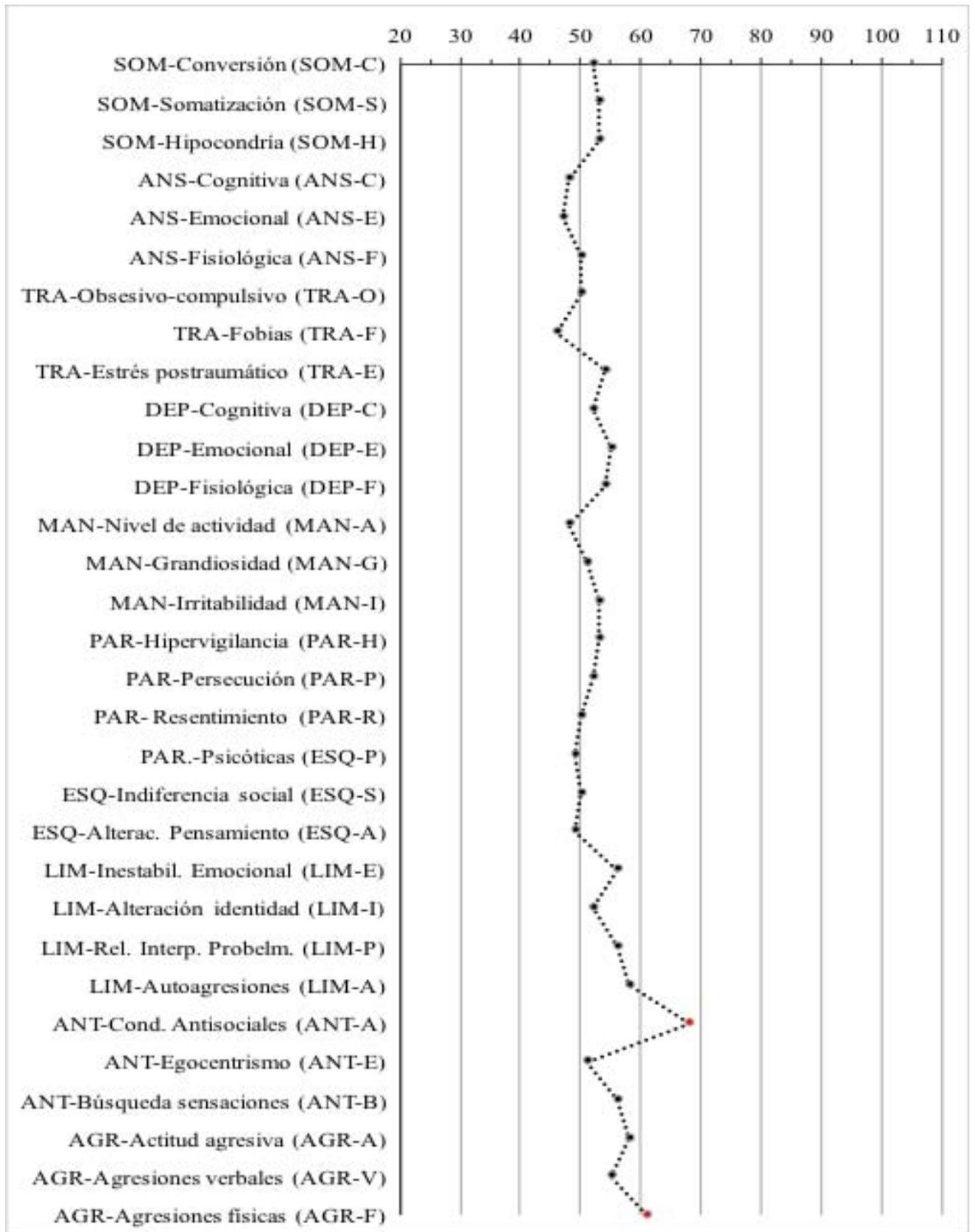


Figura 1. Perfil tipo 8 (continuación)



FUNDAMENTOS TEÓRICOS: EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (PAI-A)

Hasta el momento se ha presentado el marco teórico que encuadra los estudios que componen la presente tesis doctoral, así como la descripción completa de la herramienta eje del presente trabajo, el PAI-A. A continuación, se describirán los objetivos e hipótesis que se derivan de la revisión de la literatura científica disponible, así como el desarrollo y conclusiones derivadas de los estudios llevados a cabo para alcanzar dichos objetivos.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La presente tesis doctoral pretende, en su perspectiva más amplia, incrementar el conocimiento teórico y práctico sobre las variables de personalidad y clínicas de los adolescentes españoles, así como sobre la influencia del sexo y la edad en su variación. Seguidamente, se centra la atención en mejorar el conocimiento sobre las características clínicas de una muestra valorada en centros de menores. Todo ello empleando por primera vez en España un cuestionario recientemente adaptado a población adolescente española, el PAI-A.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos:

OBJETIVO 1: comparar las puntuaciones directas promedio y puntuaciones T en las escalas y subescalas del PAI-A de una muestra general de adolescentes en contexto escolar en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

OBJETIVO 2: comparar las diferencias en las puntuaciones directas promedio en las escalas y subescalas del PAI-A de una muestra general de adolescentes en contexto escolar en función del sexo y grupo de edad.

OBJETIVO 3: comparar las puntuaciones directas promedio y puntuaciones T en las escalas y subescalas del PAI-A de una muestra clínica de adolescentes en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

OBJETIVO 4: comparar las diferencias en las puntuaciones directas promedio en las escalas y subescalas del PAI-A de una muestra clínica de adolescentes en función del sexo y grupo de edad.

OBJETIVO 5: comparar las diferencias en las puntuaciones directas promedio de las escalas y subescalas del PAI-A de dos muestras de adolescentes, escolar y clínica.

OBJETIVO 6: comparar las puntuaciones directas promedio y puntuaciones T en las escalas y subescalas del PAI-A de una muestra de adolescentes valorados en centros de menores con la muestra de tipificación estadounidense.

Partiendo de los objetivos anteriores y derivadas del análisis de la literatura científica señalada en los fundamentos teóricos, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: no existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra escolar de adolescentes en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

Hipótesis 2: existen diferencias significativas en función del sexo en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra general adolescente.

Hipótesis 3: existen diferencias significativas en función del grupo de edad en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra general adolescente.

Hipótesis 4: existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra clínica de adolescentes en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

Hipótesis 5: existen diferencias significativas en función del sexo en la puntuación directa promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra clínica adolescente.

Hipótesis 6: existen diferencias significativas en función del grupo de edad en la puntuación directa promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra clínica adolescente.

Hipótesis 7: existen diferencias significativas en función del tipo de muestra (escolar o clínica) en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A.

Hipótesis 8: existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra evaluada en centros de menores en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense

Los objetivos e hipótesis anteriores se abordarán mediante dos estudios que se describen en el siguiente Capítulo.



MÉTODO Y RESULTADO

6. PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se trata de evaluar y conocer las variables de personalidad y clínicas que presentan los adolescentes españoles en el entorno escolar y clínico, así como las diferencias en dichas puntuaciones en función de diferentes variables a través del PAI-A.

Por tanto, y debido a que no se ha concluido todavía la adaptación final de este instrumento, se mostrarán en este Capítulo 6 los resultados preliminares de los indicadores psicométricos fundamentales de fiabilidad y validez que se han realizado para la presente tesis doctoral. A continuación, se centra la atención en la exposición de los dos estudios que componen esta investigación:

ESTUDIO 1: se analizan las puntuaciones en el PAI-A de una muestra de adolescentes evaluada en centros escolares. En primer lugar, se comparan las puntuaciones directas medias y puntuaciones T obtenidas en las escalas y subescalas del PAI-A con el baremo estadounidense y, en segundo lugar, las puntuaciones directas medias en cada una de las escalas y subescalas son comparadas en función de las variables sexo y grupo de edad.

ESTUDIO 2: se analizan las puntuaciones en el PAI-A de una muestra clínica de adolescentes evaluada en centros de Psicología, centros y unidades de salud mental infanto-juvenil de los servicios de salud autonómicos y centros de menores. En primer lugar, se comparan las puntuaciones directas medias y puntuaciones T obtenidas en las escalas y subescalas del PAI-A con el baremo estadounidense; en segundo lugar, las puntuaciones directas medias en cada una de las escalas y subescalas son comparadas en función de las variables sexo y grupo de edad. En tercer lugar, se comparan las puntuaciones directas medias obtenidas por esta muestra con las puntuaciones directas medias obtenidas por la muestra

escolar. Finalmente, se comparan las puntuaciones directas medias y puntuaciones T obtenidas por los adolescentes evaluados en centros de menores con el baremo de tipificación estadounidense.

6.1. Participantes

Se han obtenido datos válidos de 1.629 adolescentes de 17 de las 19 comunidades autónomas de España, a excepción de Islas Canarias y Murcia, con edades comprendidas entre 12 y 18 años ($M=15,36$, $DT=1,83$). El 47,5% son chicas y el 52,5% chicos. Para el Estudio 1 se han analizado los datos de 905 adolescentes valorados en centros escolares, pertenecientes a población general, con una edad media de $M=15,68$ años ($DT=1,76$). El 48,8% eran varones frente al 51,2% de chicas. Para el Estudio 2 se han analizado los datos de un total de 724 casos clínicos valorados en diferentes contextos con una edad media de $M=14,97$ años ($DT=1,83$). Siendo el 57,2% chicos y el 42,8% chicas.

6.1. Material y proceso de adaptación del PAI-A

Se ha empleado la adaptación española (Cardenal, Ortiz-Tallo, Santamaría, y Campos, en prensa) del Inventario de evaluación de la personalidad para adolescentes (PAI-A; Personality Assessment Inventory-Adolescent; Morey, 2007c). Esta herramienta, ampliamente descrita en el Capítulo 4, fue sometida al proceso de adaptación que se expone a en el siguiente apartado.

Con el fin de obtener datos de validez, también se ha utilizado el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A; Butcher et al., 1992, adaptación

española de Jiménez-Gómez y Ávila-Espada, 2009). Este cuestionario y sus características ya ha sido presentadas en el Capítulo 3.

6.1.1. Procedimiento en la adaptación del PAI-A

La adaptación española del PAI-A se vertebró en torno al concepto de equivalencia entre la versión original y la adaptada (Hamblenton, Merenda y Spielberger, 2005). Este concepto se basa principalmente en que el propósito final de la adaptación de una prueba de evaluación ha de ser que las puntuaciones obtenidas con la adaptación puedan ser interpretadas en la misma línea que la versión original. En este sentido, como señalan Vijver y Poortinga (2005), se hace imprescindible llevar a cabo una adecuada planificación del proceso de adaptación que incluya una programación sistemática de los pasos, estudios y análisis necesarios para alcanzar el propósito mencionado.

De este modo, la adaptación del presente inventario se abordó con dos finalidades principales: que la nueva versión evaluara los mismos constructos que la original y que sus valores psicométricos fueran comparables. Con estas dos metas la adaptación del test se inició con el diseño de un programa de trabajo que incluyó seis pasos, todos ellos de acuerdo a las directrices internacionales para la adaptación de herramientas de evaluación (International Test Commission, 2010). Cada uno de estos pasos junto con una breve descripción de sus objetivos y desarrollo se muestran en la Tabla 40. Posteriormente se desarrollará el proceso de los estudios de tipificación, fiabilidad y validez.

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 40. Pasos seguidos, objetivos y descripción en la adaptación española del PAI-A

Pasos	Objetivo	Desarrollo
Traducción y adaptación	Obtener una primera versión con enunciados claros, comprensibles y adaptados al contexto concreto.	Traducción al español de todos los ítems originales por un profesional experto en el área de evaluación psicológica con experiencia en la adaptación de pruebas extranjeras.
Revisión por jueces	Obtener una versión de tipificación.	Traducción inversa de la primera versión, análisis crítico y consenso por parte de cuatro expertos psicólogos de diferentes campos profesionales y experimentados en evaluación a través sugerencias sobre la redacción, contenido o modificaciones de los ítems de la primera versión.
Estudio de tipificación	Obtener datos de dos muestras representativas: normal y clínica.	Contacto con una gran variedad de centros y profesionales ofreciendo participación mediante el envío de información general sobre el proyecto. Posteriormente, envío de materiales e instrucciones de aplicación e interpretación a aquellos que aceptaron la colaboración.
Estudio de fiabilidad	Obtener datos de consistencia interna.	Análisis de consistencia interna mediante alfa de Cronbach.
Estudio de consistencia temporal	Obtener datos de consistencia temporal.	Análisis de consistencia temporal mediante correlación test-retest.
Estudio de validez	Obtener datos de validez convergente y discriminante.	Estudios de correlación con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

Cabe aquí detenerse en la descripción del estudio de tipificación. Para el cual se realizaron dos búsquedas exhaustivas de colaboradores: por un lado, con el objeto de obtener una muestra general representativa se procedió en enero de 2012 a un sondeo de centros públicos, privados y concertados de toda la geografía española que contaran con educación

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

secundaria a través del Registro Estatal de Centros Docentes no Universitarios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Tras dicha búsqueda se contactó con los centros mediante correo electrónico o, en ausencia de correo electrónico, formularios de contacto en sus plataformas digitales junto con una carta con información completa sobre el proyecto y el grupo de adaptación. Por otro lado, con el objetivo de obtener una muestra clínica representativa se realizó una búsqueda de centros y profesionales de la Psicología infantil y juvenil a través de los directorios de profesionales de los Colegios Oficiales de Psicólogos de todo el territorio.

También se llevó a cabo un sondeo de centros y unidades de salud mental infanto-juvenil de los servicios de salud autonómicos a través de sus plataformas digitales. Una vez realizada la búsqueda, se contactó con los centros también a través de correo electrónico o formularios de contacto cuando lo anterior no estaba disponible. Al mismo tiempo, para ambos tipos de centro, escolares y clínicos, se ofertó la colaboración en la plataforma digital de Técnicos Especialistas Asociados (TEA) en el apartado destinado a tal fin y se envió un correo de invitación a participar a los centros y profesionales incluidos en su lista de distribución de colaboradores junto con la carta explicativa antes mencionada. El texto empleado en dichos formularios de contacto, así como la carta explicativa se muestran en el ANEXO I y II, respectivamente.

Como resultado del esfuerzo de búsqueda y contacto anterior se logró la participación de 107 colaboradores, 32 en centros escolares y 75 en centros de atención clínica. Todos ellos en 17 de las 19 comunidades autónomas españolas. A aquellas personas que mostraban su interés se les pedía que indicaran el número de cuadernillos y hojas de respuestas que precisaban, siendo tantos cuadernillos como evaluaciones simultáneas fuesen a realizar y el número de hojas de respuestas tantas como evaluaciones totales estimaban podrían llevar a cabo. Una vez indicado esto, a todos los colaboradores se les hacía llegar por mensajería los

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

materiales necesarios para llevar a cabo la colaboración, estos materiales se describen brevemente en la Tabla 41.

Tabla 41. Materiales enviados a los colaboradores

Materiales	Descripción
Carta de envío	Breve misiva de agradecimiento e instrucciones sobre los materiales del envío.
Manual de aplicación experimental del PAI-A	Contemplaba todos los pasos que se habían de seguir para la aplicación y corrección del test.
Cuadernillos	Incluía las instrucciones de aplicación para el sujeto evaluado y los 264 ítems de la prueba.
Hojas de respuestas	Cada persona evaluada debía anotar sus respuestas a las preguntas del cuadernillo en esta hoja de respuestas.
PIN de corrección del PAI-A	Hoja que contiene el código de tarjeta que permite realizar la corrección del PAI en la plataforma digital de TEA.

Alternativamente, para aquellos colaboradores que contemplaban realizar más de 40 aplicaciones en contextos escolares, se ofreció la posibilidad de enviar las hojas de respuesta a TEA Ediciones donde la corrección se ejecutaría mediante un servicio de corrección mecanizada. Explicándose que una vez recibidos las hojas en TEA Ediciones, los perfiles resultantes serían devueltos en un plazo de dos semanas por correo electrónico al profesional responsable del proceso de evaluación.

Finalmente, se obtuvieron los datos de 1.770 adolescentes de 12 a 18 años de edad. De ellos 953 correspondían a muestra normal sin trastorno psicológico diagnosticado o sospechado y 817 pertenecientes a muestra clínica en tratamiento o con historial psicopatológico. Estas



MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

muestras se describirán con mayor detalle más adelante, en el apartado destinado a tal fin. Los datos fueron recogidos entre febrero de 2012 y noviembre de 2013.

Paralelamente a este proceso de adaptación, se realizaron desde enero de 2013 estudios de consistencia temporal y validez. Esto se llevó a cabo ofreciendo a la ya establecida red de colaboradores la posibilidad de participación en estos estudios. En el primer caso se invitaba, a través de correo electrónico, a los colaboradores que participaban aportando datos de muestra normal aplicar el PAI-A a los adolescentes en dos momentos temporales distintos, con un intervalo de separación de 15 o 20 días aproximadamente. En el segundo caso, para el estudio de validez se propuso a todos mediante correo electrónico la aplicación conjunta del PAI-A y del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) con un intervalo máximo de 2-3 días. Aceptaron estas propuestas 19 colaboradores, 14 para obtener datos de validez en muestra clínica y 6 para obtener datos de validez y/o fiabilidad en muestra normal. Así, a aquellos colaboradores que participaban en el estudio de consistencia temporal, se realizaba un nuevo envío que constaba de hojas de respuestas del PAI-A junto con una carta de instrucciones para la corrección y envío de datos (ANEXO III). En el caso de participar en el estudio de validez, se realizaba un envío con el material necesario para aplicar y corregir el MMPI-A, esto era, cuadernillo, hoja de respuesta y un CD para soporte PC Windows con los usos de corrección necesarios. Posteriormente, estos colaboradores debían enviar por correo electrónico los resultados obtenidos de la aplicación del MMPI-A.

En esta etapa se obtuvieron finalmente los datos de fiabilidad, consistencia temporal y validez convergente de 3.684, 200 y 128 adolescentes, respectivamente. Pertenecientes todos ellos a población normal. En el caso de población clínica, se han obtenido datos de fiabilidad de 1.421 adolescentes.

6.2.1. Datos preliminares de fiabilidad y validez del PAI-A

Del análisis de los datos recogidos se han obtenido datos preliminares de fiabilidad, consistencia temporal y validez. En el caso de la fiabilidad se han encontrado datos preliminares de consistencia interna con coeficientes alpha medios de 0,66 para la muestra normal y 0,71 para la muestra clínica. En relación a los datos de consistencia temporal, el PAI-A ha mostrado una correlación media test-retest de 0,75. Todos estos datos se muestran para cada una de las escalas y subescalas del PAI-A en ambas muestras en la Tabla 42. En la muestra original estadounidense los valores señalan una consistencia temporal media de 0,78.



MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 42. Consistencia interna y correlación test-retest de las escalas y subescalas del PAI-A

ESCALA	Muestra escolar		Muestra clínica (n=1.421)
	Consistencia interna (n=3.684)	Correlación test-retest (n=200)	
Impresión negativa (IMN)	0,64	0,72	0,72
Impresión positiva (IMP)	0,70	0,76	0,70
ESCALAS CLÍNICAS			
Quejas somáticas (SOM)	0,78	0,84	0,84
Ansiedad (ANS)	0,82	0,85	0,88
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	0,65	0,79	0,73
Depresión (DEP)	0,79	0,80	0,87
Manía (MAN)	0,74	0,77	0,75
Paranoia (PAR)	0,79	0,82	0,84
Esquizofrenia (ESQ)	0,78	0,78	0,82
Rasgos límites (LIM)	0,82	0,81	0,86
Rasgos antisociales (ANT)	0,80	0,86	0,82
Problemas con el alcohol (ALC)	0,70	0,82	0,72
Problemas con las drogas (DRG)	0,72	0,72	0,79

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 42. Consistencia interna y correlación test-retest de las escalas y subescalas del PAI-A (continuación)

ESCALA	Muestra escolar		Muestra clínica (n=1.421)
	Consistencia interna (n=3.684)	Correlación test-retest (n=200)	
ESCALAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO			
Agresión (AGR)	0,81	0,85	0,85
Ideaciones suicidas (SUI)	0,85	0,72	0,92
Estrés (EST)	0,73	0,82	0,73
Falta de apoyo social (FAS)	0,70	0,78	0,69
Rechazo al tratamiento (RTR)	0,67	0,78	0,74
ESCALAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL			
Dominancia (DOM)	0,58	0,74	0,61
Afabilidad (AFA)	0,69	0,77	0,72
SUBESCALAS			
Conversión (SOM-C)	0,65	0,72	0,75
Somatización (SOM-S)	0,54	0,78	0,64
Hipocondría (SOM-H)	0,62	0,66	0,68
Cognitiva (ANS-C)	0,71	0,78	0,79

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 42. Consistencia interna y correlación test-retest de las escalas y subescalas del PAI-A (continuación)

ESCALA	Muestra escolar		Muestra clínica (n=1.421)
	Consistencia interna (n=3.684)	Correlación test-retest (n=200)	
SUBESCALAS			
Emocional (ANS-E)	0,61	0,78	0,66
Fisiológica (ANS-F)	0,54	0,69	0,69
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	0,52	0,78	0,53
Fobias (TRA-F)	0,40	0,67	0,46
Estrés postraumático (TRA-E)	0,84	0,83	0,87
Cognitiva (DEP-C)	0,63	0,75	0,73
Emocional (DEP-E)	0,67	0,71	0,79
Fisiológica (DEP-F)	0,51	0,67	0,61
Nivel de actividad (MAN-A)	0,49	0,62	0,52
Grandiosidad (MAN-G)	0,64	0,74	0,68
Irritabilidad (MAN-I)	0,69	0,74	0,73
Hipervigilancia (PAR-H)	0,63	0,77	0,67
Persecución (PAR-P)	0,78	0,77	0,82

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 42. Consistencia interna y correlación test-retest de las escalas y subescalas del PAI-A (continuación)

ESCALA	Muestra escolar		Muestra clínica (n=1.421)
	Consistencia interna (n=3.684)	Correlación test-retest (n=200)	
Resentimiento (PAR-R)	0,59	0,76	0,62
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	0,63	0,76	0,68
Indiferencia social (ESQ-S)	0,62	0,70	0,68
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	0,75	0,74	0,79
Inestabilidad emocional (LIM-E)	0,58	0,70	0,66
Alteración de la identidad (LIM-I)	0,47	0,58	0,58
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	0,67	0,74	0,71
Autoagresiones (LIM-A)	0,63	0,77	0,70
Conductas antisociales (ANT-A)	0,67	0,78	0,71
Egocentrismo (ANT-E)	0,54	0,65	0,60
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	0,61	0,81	0,65
Actitud agresiva (AGR-A)	0,66	0,75	0,70
Agresiones verbales (AGR-V)	0,53	0,71	0,59
Agresiones físicas (AGR-F)	0,70	0,75	0,76

MÉTODO Y RESULTADOS: PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Finalmente, la validez convergente con el MMPI-A muestra correlaciones r de Pearson entre 0,54 y 0,70 para población normal. Estos datos pueden verse para cada una de las escalas equivalentes entre las ambas herramientas en la Tabla 43. En los estudios de validez convergente con el MMPI-A llevados a cabo en población adolescente estadounidense las correlaciones r oscilan desde 0,45 a 0,79.

Tabla 43. Correlaciones entre las escalas del PAI-A y las medidas equivalentes en el MMPI-A

PAI-A	MMPI-A	r
Quejas somáticas (SOM)	Escala clínica Hipocondría (1. Hs)	0,61
	Escala de contenido Preocupaciones por la salud (HEA)	0,68
Ansiedad (ANS)	Escala clínica Psicastenia (7. Pt)	0,65
	Escala de contenido Ansiedad (ANX)	0,63
Depresión (DEP)	Escala clínica Depresión (2. D)	0,56
	Escala de contenido Depresión (DEP)	0,63
Paranoia (PAR)	Escala clínica Paranoia (6. Pa)	0,61
	Escala de contenido Alienación (ALN)	0,56
Manía (MAN)	Escala clínica Hipomanía (9. Ma)	0,60
Esquizofrenia (ESQ)	Escala clínica Esquizofrenia (7. Pt)	0,64
	Escala de contenido Pensamiento extravagante (BIZ)	0,51
Rasgos antisociales (ANT)	Escala clínica Desviación psicopática (4. Pd)	0,58
	Escala de contenido Problemas de conducta (CON)	0,70
Problemas con alcohol (ALC)	Escala de contenido Reconocimiento de problemas con alcohol/drogas (ACK)	0,54
Problemas con drogas (DRG)	Escala de contenido Reconocimiento de problemas con alcohol/drogas (ACK)	0,54
Agresión (AGR)	Escala de contenido Hostilidad (ANG)	0,61

7. ESTUDIO 1- PERFIL PAI-A EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARES

7.1. Participantes

7.1.1. Criterios de inclusión/exclusión

Los criterios de inclusión en el presente Estudio fueron tener entre 12 y 18 años y estar escolarizado en un centro educativo. Los criterios de exclusión fueron: contar con antecedentes penales, encontrarse en un proceso de evaluación o tratamiento psicológico o psiquiátrico o tener historial psicopatológico.

7.1.2. Características de la muestra

La muestra del presente Estudio se compone de 905 adolescentes de ambos sexos de centros escolares de 17 comunidades autónomas de todas las regiones de España, exceptuando Islas Canarias y Murcia. El 51,2% (463) son chicas y el 48,8% (442) son varones. Con una edad media de $M = 15,68$ años ($DT = 1,76$).

En relación a los casos eliminados, del total de 1.022 casos evaluados se descartaron aquellos con un más del 5% del cuestionario omitido o que, de acuerdo a los índices de Inconsistencia (INC) y Infrecuencia (INF), hubieran respondido al cuestionario de manera azarosa (puntuación T superior o igual a 78 y 79, respectivamente en comparación con el baremo estadounidense). Dicha estrategia resultó en la desestimación del 11,45% de los casos recogidos, contando finalmente con 905 casos pertenecientes a población normal, sin trastorno psicológico diagnosticado o sospechado.

Durante la aplicación de la prueba se solicitó a cada participante que reflejara en la hoja de respuesta del cuestionario sus datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia,

nivel de estudios y curso), así como sus circunstancias familiares (número de hermanos, situación familiar y lugar de origen) y escolares (tipo de centro, titularidad y confesión del centro). En la Tabla 44 se muestran las características de la muestra escolar.

Tabla 44. Descripción de la muestra escolar (porcentajes entre paréntesis)

Sexo	Mujer	463 (51,20)
	Varón	442 (48,80)
Edad	M	15,68
	DT	1,76
	Preadolescentes	233 (25,70)
	Adolescentes	672 (74,30)
Lugar de residencia	Norte	157 (17,3)
	Centro	288 (31,80)
	Este	68 (7,50)
	Sur	387 (42,80)
	Desconocido	5 (0,60)
Nivel de estudios	Formación profesional (FP)	50 (5,50)
	Secundaria	480 (53)
	Bachillerato	304 (33,60)
	Otros	71 (7,80)
Curso	1º ESO	71 (7,80)
	2º ESO	117 (12,90)
	3º ESO	117 (12,90)
	4º ESO	170 (18,80)
	1º BACH	144 (15,90)
	2º BACH	197 (21,80)
	FP	50 (5,50)
	Otros	38 (4,20)
	Desconocido	1 (0,10)

Tabla 44. Descripción de la muestra (porcentajes entre paréntesis) (continuación)

Número de hermanos	Hijo único	92 (10,20)
	1-2 hermanos	699 (77,20)
	Más de 3 hermanos	81 (9,00)
	Otros	8 (0,90)
	Desconocido	25 (2,80)
Situación familiar	Convive con ambos padres	661 (73,00)
	Fallecimiento padre/madre	29 (3,20)
	Padres separados	162 (17,90)
	Otras	26 (2,90)
	Desconocido	27 (3,00)
Lugar de origen	España	865 (95,58)
	Centro Europa	2 (0,22)
	Europa del este	2 (0,22)
	Norte de África	4 (0,44)
	Sudamérica	26 (2,87)
	Centroamérica	1 (0,11)
	Otros/desconocido	5 (0,55)
Tipo de centro	Rural	128 (14,10)
	Urbano	775 (85,60)
	Desconocido	2 (0,20)
Titularidad del centro	Público	473 (52,30)
	Concertado	299 (33)
	Privado	133 (14,70)
Confesión del centro	Laico	604 (66,70)
	Religioso	297 (32,80)
	Desconocido	4 (0,40)



7.2. Procedimiento

Como se ha indicado anteriormente, se contó con la participación de 32 profesionales de la Psicología escolar llevando a cabo la evaluación de los adolescentes en grupo en sus centros educativos. Todos los colaboradores fueron asesorados y entrenados para la recogida de datos y su posterior corrección. Dicha colaboración se realizó a cambio de la obtención de los informes de resultados, siendo el baremo de comparación el estadounidense, que se generaban de cada uno de los casos valorados. Este informe se obtenía de forma inmediata en el caso de la corrección telemática y alrededor de 15 días después del envío a TEA en caso de la corrección mecanizada. Así mismo, al finalizar la colaboración se enviaba a cada profesional un certificado de participación en el proyecto, este certificado se muestra en el ANEXO III.

Los datos para el presente Estudio se obtuvieron en el periodo comprendido entre febrero de 2012 y noviembre de 2013, siendo cedidos por TEA.

7.3. Análisis estadísticos

En ausencia aún de un baremo de referencia válido para población española se decidió analizar y presentar las puntuaciones directas obtenidas en el PAI-A por la muestra del presente Estudio. No obstante, se refieren en algunos puntos las puntuaciones T obtenidas en comparación con el baremo estadounidense cuando se han considerado de relevancia para los objetivos descritos.

Una vez finalizada la fase de recogida de datos, se procedió a la grabación de los datos contenidos en cada uno de los cuestionarios considerados válidos. Todo ello se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows (Statistical Package for Social Sciences) en su versión 15.

Con el objeto de depurar la base de datos y detectar potenciales errores en su transcripción se aplicaron técnicas descriptivas univariantes, específicamente se calculó la distribución de frecuencias de cada variable con el fin de comprobar que todos sus códigos se situaban entre los valores posibles. En el caso de identificar anomalías se procedía a determinar el cuestionario al que pertenecían y, una vez verificada la respuesta, se realizaba la corrección pertinente.

A continuación, se ejecutaron los estadísticos descriptivos para las variables de personalidad y síndromes clínicos, media y desviación típica, para conocer la distribución de las puntuaciones directas en cada escala y subescala en ambas muestras. Así como el cálculo de la diferencia entre las puntuaciones directas obtenidas por la muestra del presente Estudio y la muestra de tipificación estadounidense a través del estadístico *d* de Cohen.

Seguidamente, se llevó a cabo un análisis bivariado a través de la *t* de Student para cada una de las variables independientes, considerándose como factores el sexo (varón y mujer) y la edad (preadolescentes y adolescentes). Las variables dependientes fueron las puntuaciones obtenidas en las escalas y subescalas valoradas por el PAI-A. Se ha exigido un nivel de confianza del 95%.

Finalmente se aplicó en ambos estudios la prueba *t* de Student para muestras independientes en las variables de personalidad y síndromes clínicos para comparar las medias obtenidas por ambos sexos y grupos de edad y sus correspondientes tamaños del efecto con el estadístico *d* de Cohen.



7.4. Resultados

En el presente apartado se muestran las puntuaciones directas promedio del PAI-A obtenidas por la muestra del presente Estudio, así como los resultados de las comparaciones de las puntuaciones obtenidas en función de las variables sexo y edad.

7.4.1. Puntuaciones promedio

En la Tabla 45 se pueden observar las puntuaciones directas medias obtenidas en el PAI-A por la muestra del presente Estudio, las puntuaciones T obtenidas en comparación con el baremo de tipificación estadounidense (Morey, 2007c) y el tamaño de las diferencias (d de Cohen) entre puntuaciones promedio.

Un primer análisis de las puntuaciones T promedio de los participantes del presente Estudio en comparación con la muestra de tipificación estadounidense, evidencia que los adolescentes no alcanzaron una puntuación de 60T en ninguna de las escalas o subescalas de la muestra, manteniéndose todas sus puntuaciones en torno a la media (50T).

Las mayores diferencias entre la muestra del presente Estudio y la muestra de tipificación estadounidense aparecen en Ansiedad (ANS) [$d= 0,49$] (especialmente en su subescala Emocional (ANS-E) [$d= 0,80$]) donde la muestra del presente Estudio obtiene mayores puntuaciones. También en Ideaciones suicidas (SUI) [$d= 0,42$], Estrés (EST) [$d= 0,40$] y Dominancia (DOM) [$d= 0,48$] en las que es la muestra de tipificación estadounidense obtiene mayores puntuaciones.

También se han encontrado magnitudes de la diferencia moderadas en diferentes subescalas sin que se expresen en sus respectivas escalas generales, estas son, Irritabilidad (MAN-I) [$d= 0,52$] y Resentimiento (PAR-R) [$d= 0,50$] con mayores puntuaciones para la muestra del presente Estudio, así como Conductas antisociales (ANT-A) [$d= 0,69$] y

Egocentrismo (ANT-E) [$d= 0,50$] con puntuaciones más elevadas para la muestra de tipificación estadounidense.

Tabla 45. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra escolar comparadas con el baremo estadounidense

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	3,93	50,60	0,15	0,07	Insignificante
Infrecuencia (INF)	2,87	48,44	-0,36	0,22	Pequeña
Impresión negativa (IMN)	2,35	49,01	-0,29	0,10	Insignificante
Impresión positiva (IMP)	11,46	46,93	-1,28	0,32	Pequeña
Quejas somáticas (SOM)	7,60	51,78	1,13	0,18	Insignificante
Ansiedad (ANS)	17,93	54,72	4,06	0,49	Pequeña
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	17,84	50,49	0,37	0,05	Insignificante
Depresión (DEP)	13,24	51,31	1,06	0,14	Insignificante
Manía (MAN)	20,29	50,28	0,26	0,03	Insignificante
Paranoia (PAR)	18,43	51,31	1,04	0,14	Insignificante
Esquizofrenia (ESQ)	10,87	48,55	-1,04	0,15	Insignificante
Rasgos límites (LIM)	20,93	50,92	1,04	0,11	Insignificante
Rasgos antisociales (ANT)	14,21	47,19	-2,71	0,29	Pequeña
Problemas con el alcohol (ALC)	2,77	50,92	0,37	0,12	Insignificante
Problemas con las drogas (DRG)	2,70	51,38	0,51	0,14	Insignificante

Tabla 45. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra escolar comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Agresión (AGR)	17,97	48,31	-1,89	0,19	Insignificante
Ideaciones suicidas (SUD)	1,69	46,31	-1,44	0,42	Pequeña
Estrés (EST)	2,79	46,60	-1,22	0,40	Pequeña
Falta de apoyo social (FAS)	3,92	48,66	-0,46	0,15	Insignificante
Rechazo al tratamiento (RTR)	10,49	46,85	-1,22	0,36	Pequeña
Dominancia (DOM)	12,71	45,96	-1,83	0,48	Pequeña
Afabilidad (AFA)	15,73	51,46	0,66	0,16	Insignificante
Conversión (SOM-C)	2,92	52,68	0,77	0,29	Pequeña
Somatización (SOM-S)	2,58	50,25	0,1	0,05	Insignificante
Hipocondría (SOM-H)	2,11	50,95	0,27	0,15	Insignificante
Cognitiva (ANS-C)	5,25	53,29	1,22	0,37	Pequeña
Emocional (ANS-E)	7,70	57,43	2,3	0,80	Grande
Fisiológica (ANS-F)	5,00	51,88	0,56	0,21	Pequeña
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	6,41	48,52	-0,53	0,17	Insignificante
Fobias (TRA-F)	7,07	51,96	0,63	0,23	Pequeña
Estrés postraumático (TRA-E)	4,38	50,64	0,29	0,07	Insignificante

Tabla 45. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra escolar comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Cognitiva (DEP-C)	4,95	52,23	0,70	0,26	Pequeña
Emocional (DEP-E)	3,24	50,69	0,19	0,07	Insignificante
Fisiológica (DEP-F)	5,06	50,15	0,57	0,20	Pequeña
Nivel de actividad (MAN-A)	4,23	48,67	-0,39	0,14	Insignificante
Grandiosidad (MAN-G)	7,30	46,76	-1,18	0,35	Pequeña
Irritabilidad (MAN-I)	8,78	54,77	1,86	0,52	Moderada
Hipervigilancia (PAR-H)	7,87	51,1	0,36	0,12	Insignificante
Persecución (PAR-P)	2,60	47,76	-0,80	0,28	Pequeña
Resentimiento (PAR-R)	7,98	54,94	1,49	0,50	Moderada
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	3,10	47,53	-0,72	0,29	Pequeña
Indiferencia social (ESQ-S)	3,48	48,00	-0,70	0,26	Pequeña
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	4,30	51,14	0,39	0,12	Insignificante
Inestabilidad emocional (LIM-E)	5,64	52,04	0,66	0,24	Pequeña
Alteración de la identidad (LIM-I)	6,55	51,79	0,60	0,23	Pequeña
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	5,15	49,42	-0,29	0,09	Insignificante
Autoagresiones (LIM-A)	3,61	50,35	0,09	0,04	Insignificante

Tabla 45. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra escolar comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Conductas antisociales (ANT-A)	4,96	48,32	-2,76	0,69	Moderada
Egocentrismo (ANT-E)	3,07	46,06	-1,37	0,50	Moderada
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	6,20	48,7	-0,57	0,17	Insignificante
Actitud agresiva (AGR-A)	6,33	48,38	-0,71	0,19	Insignificante
Agresiones verbales (AGR-V)	7,97	48,56	-0,64	0,18	Insignificante
Agresiones físicas (AGR-F)	3,69	48,42	-0,53	0,15	Insignificante

7.4.2. *Diferencias en función del sexo*

En la Tabla 46 se muestran las puntuaciones directas medias obtenidas en las diferentes escalas y subescalas del PAI-A en función del sexo, los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes y la magnitud de la diferencia a través de la *d* de Cohen junto con su interpretación. Se comentarán los resultados con diferencias significativas al nivel de confianza del 95%.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las escalas Quejas somáticas (SOM) [$t(905)= 3,08$; $p\leq 0,05$] y en sus subescalas Somatización (SOM-S) e Hipocondría (SOM-H); en la escala Ansiedad (ANS) [$t(905)= 6,26$; $p\leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) [$t(905)= 6,63$; $p\leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en la escala Rasgos límites [$t(905)= 6,631,98$; $p= 0,05$] y en sus subescalas Alteración de la identidad (LIM-I) y Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P); y, finalmente, en Afabilidad (AFA) [$t(905)= 3,29$; $p\leq 0,05$]. La magnitud de la diferencia oscila de insignificante a moderada (*d* entre 0,13 y 0,53). En estas escalas las chicas obtienen puntuaciones superiores a los chicos, refiriendo mayores quejas somáticas y ansiedad, así como trastornos relacionados con ella, mayor presencia de sentimientos de vacío, ausencia de objetivos, así como relaciones intensas y ambivalentes y mayor afabilidad.

También se han encontrado diferencias significativas, obteniendo los varones una puntuación superior en la escala Manía (MAN) [$t(905)= -3,08$; $p\leq 0,05$] y en sus subescalas Grandiosidad (MAN-G) e Irritabilidad (MAN-I); en Rasgos antisociales (ANT) [$t(905)= -5,56$; $p\leq 0,05$], Problemas con el Alcohol (ALC) [$t(905)= -2,14$; $p\leq 0,05$], Problemas con las drogas (DRG) [$t(905)= -2,54$; $p\leq 0,05$] y Falta de apoyo social (FAS) [$t(905)= -4,68$; $p\leq 0,05$]. La magnitud de estas diferencias oscila entre insignificante y pequeña (*d* entre 0,16 y 0,37).

Se han encontrado diferencias significativas en algunas subescalas, aunque no se hayan reflejado en sus respectivas escalas generales al nivel de confianza del 95%. Estas subescalas son: Nivel de actividad (MAN-A) [$t(905) = -2,87$; $p \leq 0,05$], Grandiosidad (MAN-G) [$t(905) = -6,67$; $p \leq 0,05$], Indiferencia social (ESQ-P), [$t(905) = -3,65$; $p \leq 0,05$] y Agresiones físicas (AGR-F) [$t(905) = -6,43$; $p \leq 0,05$] en las que los chicos han puntuado más alto que las chicas. Por otro lado, en la subescala Hipervigilancia (PAR-H) [$t(905) = 2,07$; $p \leq 0,05$], las chicas han obtenido mayores puntuaciones que los chicos.

Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas t de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra escolar

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	t de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	Mujer	3,80	-1,67	0,10	0,14	Insignificante
	Varón	4,07				
Infrecuencia (INF)	Mujer	2,79	-1,24	0,22	0,11	Insignificante
	Varón	2,96				
Impresión negativa (IMN)	Mujer	2,33	-0,18	0,86	0,02	Insignificante
	Varón	2,37				
Impresión positiva (IMP)	Mujer	11,24	-1,65	0,10	0,12	Insignificante
	Varón	11,70				
Quejas somáticas (SOM)	Mujer	8,23	3,08	0,00	0,21	Pequeña
	Varón	6,95				
Ansiedad (ANS)	Mujer	19,56	6,26	0,00	0,42	Pequeña
	Varón	16,23				

Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Mujer	19,28	6,63	0,00	0,45	Pequeña
	Varón	16,33				
Depresión (DEP)	Mujer	13,43	0,83	0,41	0,06	Insignificante
	Varón	13,04				
Manía (MAN)	Mujer	19,5	-3,08	0,00	0,21	Pequeña
	Varón	21,12				
Paranoia (PAR)	Mujer	18,63	0,80	0,43	0,05	Insignificante
	Varón	18,22				
Esquizofrenia (ESQ)	Mujer	10,91	0,16	0,88	0,01	Insignificante
	Varón	10,84				
Rasgos límites (LIM)	Mujer	21,53	1,98	0,05	0,13	Insignificante
	Varón	20,29				
Rasgos antisociales (ANT)	Mujer	12,69	-5,56	0,00	0,37	Pequeña
	Varón	15,80				
Problemas con el alcohol (ALC)	Mujer	2,54	-2,14	0,03	0,16	Insignificante
	Varón	3				
Problemas con las drogas (DRG)	Mujer	2,35	-2,54	0,01	0,18	Insignificante
	Varón	3,06				
Agresión (AGR)	Mujer	17,42	-1,87	0,06	0,13	Insignificante
	Varón	18,55				



Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Ideaciones suicidas (SUI)	Mujer	1,56	-1,15	0,25	0,08	Insignificante
	Varón	1,82				
Estrés (EST)	Mujer	2,84	0,56	0,58	0,04	Insignificante
	Varón	2,73				
Falta de apoyo social (FAS)	Mujer	3,44	-4,68	0,00	0,35	Pequeña
	Varón	4,43				
Rechazo al tratamiento (RTR)	Mujer	10,56	0,57	0,57	0,04	Insignificante
	Varón	10,42				
Dominancia (DOM)	Mujer	12,63	-0,62	0,54	0,05	Insignificante
	Varón	12,79				
Afabilidad (AFA)	Mujer	16,13	3,29	0,00	0,24	Pequeña
	Varón	15,32				
Conversión (SOM-C)	Mujer	3,17	2,44	0,02	0,18	Insignificante
	Varón	2,67				
Somatización (SOM-S)	Mujer	2,92	3,94	0,00	0,31	Pequeña
	Varón	2,22				
Hipocondría (SOM-H)	Mujer	2,15	0,52	0,60	0,04	Insignificante
	Varón	2,07				
Cognitiva (ANS-C)	Mujer	5,74	4,33	0,00	0,32	Pequeña
	Varón	4,73				

Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Emocional (ANS-E)	Mujer	8,42	7,08	0,00	0,53	Moderada
	Varón	6,93				
Fisiológica (ANS-F)	Mujer	5,40	4,17	0,00	0,32	Pequeña
	Varón	4,57				
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	Mujer	6,72	2,89	0,00	0,21	Pequeña
	Varón	6,08				
Fobias (TRA-F)	Mujer	7,71	6,57	0,00	0,50	Moderada
	Varón	6,40				
Estrés postraumático (TRA-E)	Mujer	4,86	3,55	0,00	0,25	Pequeña
	Varón	3,88				
Cognitiva (DEP-C)	Mujer	5,05	1,14	0,26	0,09	Insignificante
	Varón	4,83				
Emocional (DEP-E)	Mujer	3,17	-0,82	0,41	0,06	Insignificante
	Varón	3,32				
Fisiológica (DEP-F)	Mujer	5,21	1,60	0,11	0,12	Insignificante
	Varón	4,89				
Nivel de actividad (MAN-A)	Mujer	3,95	-2,87	0,00	0,22	Pequeña
	Varón	4,52				
Grandiosidad (MAN-G)	Mujer	6,53	-6,67	0,00	0,48	Pequeña
	Varón	8,10				

Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Irritabilidad (MAN-I)	Mujer	9,02	1,91	0,06	0,14	Insignificante
	Varón	8,53				
Hipervigilancia (PAR-H)	Mujer	8,10	2,07	0,04	0,15	Insignificante
	Varón	7,63				
Persecución (PAR-P)	Mujer	2,52	-0,81	0,42	0,06	Insignificante
	Varón	2,68				
Resentimiento (PAR-R)	Mujer	8,01	0,30	0,76	0,02	Insignificante
	Varón	7,94				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Mujer	3,25	1,64	0,10	0,13	Insignificante
	Varón	2,94				
Indiferencia social (ESQ-S)	Mujer	3,16	-3,65	0,00	0,28	Pequeña
	Varón	3,82				
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Mujer	4,50	1,72	0,09	0,12	Insignificante
	Varón	4,09				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Mujer	5,66	0,22	0,83	0,02	Insignificante
	Varón	5,62				
Alteración de la identidad (LIM-I)	Mujer	6,90	3,86	0,00	0,30	Pequeña
	Varón	6,19				
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Mujer	5,49	2,97	0,00	0,22	Pequeña
	Varón	4,79				

Tabla 46. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Autoagresiones (LIM-A)	Mujer	3,49	-1,18	0,24	0,09	Insignificante
	Varón	3,73				
Conductas antisociales (ANT-A)	Mujer	4,08	-6,91	0,00	0,49	Pequeña
	Varón	5,88				
Egocentrismo (ANT-E)	Mujer	2,76	-3,34	0,00	0,26	Pequeña
	Varón	3,38				
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Mujer	5,84	-3,16	0,00	0,23	Pequeña
	Varón	6,57				
Actitud agresiva (AGR-A)	Mujer	6,35	0,11	0,92	0,01	Insignificante
	Varón	6,32				
Agresiones verbales (AGR-V)	Mujer	8,13	1,47	0,14	0,11	Insignificante
	Varón	7,81				
Agresiones físicas (AGR-F)	Mujer	2,94	-6,43	0,00	0,47	Pequeña
	Varón	4,47				

7.4.3. Diferencias en función de la edad

En la Tabla 47 se muestran las puntuaciones directas medias obtenidas en las escalas y subescalas del PAI-A en función del grupo de edad, los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes, así como la magnitud de dicha diferencia a través de la *d* de Cohen y la interpretación de dicha magnitud. Se comentarán los resultados con diferencias significativas al nivel de confianza del 95%.

En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas, se observan puntuaciones directas significativamente más altas en el grupo de preadolescentes, entre los 12 y los 14 años de edad, sólo en algunas subescalas sin que se hallen tales diferencias en las respectivas escalas generales, estas son: la subescalas Ansiedad Emocional (ANS-E), Grandiosidad (MAN-G), Persecución (PAR-P) y Actitud Agresiva (AGR-A). Así, los preadolescentes informan de mayores niveles de tensión emocional y dificultad para relajarse, mayores niveles de autoestima y creencias sobre la posesión de talentos especiales, mayor percepción de ser tratado de forma injusta, así como mayores niveles de hostilidad con menor control de la expresión de la ira.

Por otro lado, en el grupo de adolescentes, de 15 a 18 años, se muestran significativamente elevadas la escala Quejas somáticas (SOM) [$t(905) = -2,84$; $p \leq 0,05$], específicamente las subescalas Somatización (SOM-S) e Hipocondría (SOM-H); también aparecen elevadas en este grupo las escalas Rasgos antisociales (ANT) [$t(905) = -3,21$; $p \leq 0,05$], en concreto las subescalas Conductas Antisociales (ANT-A) y Búsqueda de Sensaciones (ANT-B); también en Problemas con el alcohol (ALC) [$t(905) = -9,02$; $p \leq 0,05$] y Problemas con las drogas (DGR) [$t(905) = -6,76$; $p \leq 0,05$], Estrés (EST) [$t(905) = -3,64$; $p \leq 0,05$], Falta de apoyo social (FAS) [$t(905) = -3,87$; $p \leq 0,05$] y Dominancia (DOM) [$t(905) = -3,58$; $p \leq 0,05$]. Finalmente, la subescala Resentimiento (PAR-R) también se encuentra más elevada en este grupo de edad sin que se refleje esa diferencia en su escala general. Así, este grupo de edad manifiesta mayores quejas somáticas, mayor historial de conductas y rasgos antisociales, consumo de sustancias, mayor número de situaciones estresantes recientes, menor percepción de apoyo social disponible, un estilo social más controlador e independiente y finalmente una mayor presencia de resentimiento y rencor.

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra escolar

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	Preadolescentes	3,65	-2,07	0,04	0,19	Insignificante
	Adolescentes	4,03				
Infrecuencia (INF)	Preadolescentes	3,16	2,48	0,01	0,26	Pequeña
	Adolescentes	2,77				
Impresión negativa (IMN)	Preadolescentes	2,48	0,76	0,45	0,07	Insignificante
	Adolescentes	2,31				
Impresión positiva (IMP)	Preadolescentes	11,82	1,49	0,14	0,12	Insignificante
	Adolescentes	11,34				
Quejas somáticas (SOM)	Preadolescentes	6,60	-2,84	0,01	0,22	Insignificante
	Adolescentes	7,95				
Ansiedad (ANS)	Preadolescentes	18,27	0,74	0,46	0,06	Insignificante
	Adolescentes	17,81				
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Preadolescentes	17,87	0,07	0,94	0,01	Insignificante
	Adolescentes	17,83				
Depresión (DEP)	Preadolescentes	13,53	0,72	0,47	0,06	Insignificante
	Adolescentes	13,14				
Manía (MAN)	Preadolescentes	20,88	1,33	0,18	0,10	Insignificante
	Adolescentes	20,08				
Paranoia (PAR)	Preadolescentes	18,33	-0,23	0,82	0,02	Insignificante
	Adolescentes	18,46				
Esquizofrenia (ESQ)	Preadolescentes	10,82	-0,15	0,88	0,01	Insignificante
	Adolescentes	10,89				
Rasgos límites (LIM)	Preadolescentes	20,27	-1,23	0,22	0,09	Insignificante
	Adolescentes	21,15				

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Rasgos antisociales (ANT)	Preadolescentes	12,67	-3,21	0,00	0,25	Pequeña
	Adolescentes	14,74				
Problemas con el alcohol (ALC)	Preadolescentes	1,17	-9,04	0,00	0,77	Moderada
	Adolescentes	3,32				
Problemas con las drogas (DRG)	Preadolescentes	1,12	-6,76	0,00	0,55	Moderada
	Adolescentes	3,25				
Agresión (AGR)	Preadolescentes	18,47	0,97	0,33	0,07	Insignificante
	Adolescentes	17,8				
Ideaciones suicidas (SUI)	Preadolescentes	1,48	-1,07	0,29	0,09	Insignificante
	Adolescentes	1,76				
Estrés (EST)	Preadolescentes	2,15	-3,64	0,00	0,31	Pequeña
	Adolescentes	3,01				
Falta de apoyo social (FAS)	Preadolescentes	3,23	-3,87	0,00	0,33	Pequeña
	Adolescentes	4,17				
Rechazo al tratamiento (RTR)	Preadolescentes	10,97	2,38	0,02	0,19	Insignificante
	Adolescentes	10,33				
Dominancia (DOM)	Preadolescentes	11,95	-3,58	0,00	0,29	Pequeña
	Adolescentes	12,97				
Afabilidad (AFA)	Preadolescentes	15,68	-0,26	0,79	0,02	Insignificante
	Adolescentes	15,75				
Conversión (SOM-C)	Preadolescentes	2,79	-0,78	0,44	0,07	Insignificante
	Adolescentes	2,97				
Somatización (SOM-S)	Preadolescentes	2,12	-3,05	0,00	0,28	Pequeña
	Adolescentes	2,74				

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Hipocondría (SOM-H)	Preadolescentes	1,70	-3,24	0,00	0,31	Pequeña
	Adolescentes	2,25				
Cognitiva (ANS-C)	Preadolescentes	5,2	-0,24	0,81	0,02	Insignificante
	Adolescentes	5,26				
Emocional (ANS-E)	Preadolescentes	8,15	2,48	0,01	0,21	Pequeña
	Adolescentes	7,54				
Fisiológica (ANS-F)	Preadolescentes	4,93	-0,42	0,68	0,03	Insignificante
	Adolescentes	5,02				
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	Preadolescentes	6,35	-0,33	0,74	0,03	Insignificante
	Adolescentes	6,43				
Fobias (TRA-F)	Preadolescentes	7,36	1,69	0,09	0,14	Insignificante
	Adolescentes	6,97				
Estrés postraumático (TRA-E)	Preadolescentes	4,16	-0,95	0,35	0,08	Insignificante
	Adolescentes	4,46				
Cognitiva (DEP-C)	Preadolescentes	5,05	0,61	0,54	0,05	Insignificante
	Adolescentes	4,91				
Emocional (DEP-E)	Preadolescentes	3,3	0,35	0,73	0,03	Insignificante
	Adolescentes	3,22				
Fisiológica (DEP-F)	Preadolescentes	5,18	0,75	0,46	0,07	Insignificante
	Adolescentes	5,01				
Nivel de actividad (MAN-A)	Preadolescentes	4,15	-0,44	0,66	0,04	Insignificante
	Adolescentes	4,25				
Grandiosidad (MAN-G)	Preadolescentes	7,7	2,00	0,05	0,17	Insignificante
	Adolescentes	7,15				

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Irritabilidad (MAN-I)	Preadolescentes	9,03	1,13	0,26	0,09	Insignificante
	Adolescentes	8,7				
Hipervigilancia (PAR-H)	Preadolescentes	7,7	-0,88	0,38	0,07	Insignificante
	Adolescentes	7,93				
Persecución (PAR-P)	Preadolescentes	3,18	3,44	0,00	0,30	Pequeña
	Adolescentes	2,39				
Resentimiento (PAR-R)	Preadolescentes	7,44	-2,92	0,00	0,25	Pequeña
	Adolescentes	8,16				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Preadolescentes	3,22	0,78	0,43	0,07	Insignificante
	Adolescentes	3,05				
Indiferencia social (ESQ-S)	Preadolescentes	3,34	-0,93	0,35	0,08	Insignificante
	Adolescentes	3,53				
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Preadolescentes	4,25	-0,22	0,83	0,02	Insignificante
	Adolescentes	4,31				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Preadolescentes	5,44	-1,16	0,25	0,10	Insignificante
	Adolescentes	5,71				
Alteración de la identidad (LIM-I)	Preadolescentes	6,63	0,49	0,63	0,05	Insignificante
	Adolescentes	6,52				
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Preadolescentes	4,89	-1,30	0,20	0,11	Insignificante
	Adolescentes	5,24				
Autoagresiones (LIM-A)	Preadolescentes	3,31	-1,72	0,09	0,15	Insignificante
	Adolescentes	3,71				
Conductas antisociales (ANT-A)	Preadolescentes	3,96	-4,46	0,00	0,36	Insignificante
	Adolescentes	5,3				

Tabla 47. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Egocentrismo (ANT-E)	Preadolescentes	2,94	-0,83	0,41	0,07	Insignificante
	Adolescentes	3,11				
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Preadolescentes	5,77	-2,18	0,03	0,18	Insignificante
	Adolescentes	6,35				
Actitud agresiva (AGR-A)	Preadolescentes	6,81	2,26	0,02	0,19	Insignificante
	Adolescentes	6,17				
Agresiones verbales (AGR-V)	Preadolescentes	8,01	0,19	0,85	0,02	Insignificante
	Adolescentes	7,96				
Agresiones físicas (AGR-F)	Preadolescentes	3,66	-0,14	0,89	0,01	Insignificante
	Adolescentes	3,69				

7.5. Discusión

Los objetivos de este primer Estudio se han centrado en analizar las puntuaciones directas medias en el PAI-A de una muestra general adolescente en el contexto escolar, sus puntuaciones T en comparación con el baremo estadounidense y las diferencias de las puntuaciones directas medias en sus escalas y subescalas en función de las variables sexo y edad.

7.5.1. Puntuaciones promedio

En relación al primer objetivo, se han obtenido unas puntuaciones directas promedio en la muestra escolar dentro de lo esperado para una muestra de población general. Al realizar la comparación con el baremo estadounidense, se confirmó la ausencia de diferencias superiores a 10T en relación a la puntuación T media de 50 esperada para este grupo, con puntuaciones

que no superaron los 60T en ninguna de las variables valoradas. Esto coincide con lo obtenido en el estudio con la muestra original estadounidense (Morey, 2007c) y con lo esperado dadas las características de normalidad de la muestra. En relación al análisis comparativo de las puntuaciones directas, se han observado algunas magnitudes de las diferencias moderadas y una magnitud de la diferencia interpretada como grande en la subescala Ansiedad emocional (ANS-E), en línea con lo sugerido por estudios anteriores al comparar los indicadores de ansiedad de muestras españolas con muestras de otros países (Acosta et al., 2013; Huget y Miró, 2008), aunque ninguna de estas diferencias han llegado a traducirse en puntuaciones T alejadas de la media al compararlas con el baremo estadounidense. Lo anterior conduce a la confirmación de la Hipótesis 1: no existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra escolar de adolescentes en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

7.5.2. Diferencias en función del sexo

En cuanto al segundo y tercer objetivo, como se ha indicado en su presentación, el PAI-A fue diseñado con especial interés en reducir la posibilidad de sesgos en la evaluación debido a diferencias sociodemográficas (Morey, 2007c). Sin embargo, el objetivo no fue eliminar las diferencias naturalmente existentes en estos grupos señaladas repetidamente en la bibliografía (Branje et al., 2007; De Bolle et al., 2015; Klimstra et al, 2009; McCrae et al., 2002; Soto et al., 2011). Los resultados replican la influencia de la variable sexo halladas en los numerosos estudios señalados.

Se discuten los resultados comenzando por aquellas variables en las que las chicas han obtenido puntuaciones significativamente superiores para continuar con aquellas en las que los varones han destacado de forma significativa.

En el análisis del grupo femenino destaca la mayor presencia de sintomatología relacionada con Quejas somáticas (especialmente Somatización e Hipocondría), Ansiedad y Trastornos relacionados con la ansiedad (en todas las subescalas de ambas variables), estos resultados ya han sido reportados por estudios anteriores centrados en quejas somáticas en adolescentes españoles (Romero-Acosta et al., 2013; Vila et al., 2009) o contemplando también indicadores de ansiedad y depresión (Beck, 2008; Perquin et al., 2000). En relación a los indicadores de depresión, el presente Estudio corrobora una mayor puntuación en el grupo femenino, aunque no ha arrojado diferencias significativas en función del sexo, lo que podría explicarse por las características de normalidad de la muestra. También se han mostrado puntuaciones superiores en Rasgos límites y en sus subescalas Alteración de la identidad y Relaciones interpersonales problemáticas; así como una mayor puntuación en Afabilidad. Finalmente, se han observado diferencias significativas en la subescala Hipervigilancia de la escala Paranoia. Dichos resultados coinciden con los hallados por numerosas investigaciones anteriores empleando el modelo de los Cinco Grandes, donde las chicas han puntuado más alto en Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Neuroticismo (Costa, McCrae y Martin, 2005; Costa, McCrae y Martin, 2008; Klimstra et al., 2009; McCrae et al., 2002; De Fruyt et al., 2015). Asimismo, estos datos coinciden también con un estudio con adolescentes españoles (Generós et al., 2012) donde de nuevo las chicas obtuvieron mayores puntuaciones que los chicos en los factores Neuroticismo, Apertura a la experiencia, Afabilidad y Extraversión.

En relación al grupo de varones, se han observado puntuaciones más elevadas en la escala Manía (en sus subescalas Nivel de actividad y Grandiosidad), así como una mayor presencia de Rasgos antisociales en sus tres subescalas (Conductas antisociales, Egocentrismo y Búsqueda de sensaciones). Esto último es consistente con los resultados que se obtuvieron

en la muestra de tipificación estadounidense (Morey, 2007c) y en diversos estudios llevados a cabo con población adolescente (De Bolle et al., 2015). Finalmente, estos resultados son al mismo tiempo consistentes con los obtenidos en el estudio con adolescentes españoles antes mencionado (Generós et al., 2012) en el que los chicos han puntuado más alto en la Faceta Búsqueda de sensaciones del Factor Extraversión. También coinciden con lo hallado previamente en muestra adulta (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Santamaría, 2015) y con los resultados sobre consumo de sustancias ilegales de la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES, MSSSI, 2016), ya que se han obtenido puntuaciones más elevadas en relación a Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas junto con una mayor percepción de Falta de apoyo social, coincidente con estudios anteriores con población adolescente española en la que los chicos percibían menos apoyo social que las chicas (Martínez y fuentes, 1999; Musitu y Cava, 2003). Finalmente, el grupo de varones ha obtenido puntuaciones más altas en las subescalas Indiferencia social de la escala Esquizofrenia y Agresiones físicas de la escala Agresión. Esto último es también coherente con la información disponible y los resultados de los estudios llevados a cabo sobre diferencia de sexos tanto en el consumo de sustancias como en el comportamiento social y agresivo (Defensor del pueblo, 2007; Joliffe y Farrington, 2004; Maccoby y Jackling, 1980; Meneses et al., 2009; Weden y Zabin, 2005) en los que los chicos han obtenido menores puntuaciones en indicadores de empatía y mayor prevalencia de comportamiento violento desde una edad temprana. Estos resultados llevan a la confirmación de la Hipótesis 2 planteada para la presente investigación: existen diferencias significativas en función del sexo en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra general adolescente.

Sin embargo, el tamaño del efecto del sexo sobre las variables medidas plantea que dicha influencia es limitada, siendo de nuevo consistente con un estudio llevado a cabo con una amplia muestra de adolescentes de todo el mundo (De Bolle et al., 2015).

7.5.3. Diferencias en función de la edad

En relación a la variable edad, los resultados obtenidos sugieren que esta variable parece tener influencia en la puntuación de las escalas del perfil PAI-A. Asimismo, los datos obtenidos en esta muestra no coinciden con los arrojados por la muestra de tipificación estadounidense (Morey, 2007c), donde la edad no arrojó ninguna influencia en los análisis realizados. Cabe señalar que la muestra del presente Estudio se ha dividido en dos grupos, preadolescentes (de 12 a 14 años) y adolescentes (de 15 a 18 años), mientras que en la muestra original no se llevó a cabo esta división.

A continuación, se analizarán los resultados comenzando por aquellas variables en las que los preadolescentes han obtenido puntuaciones significativamente superiores para continuar con aquellas en las que los adolescentes han destacado de forma significativa.

El grupo de preadolescentes ha obtenido puntuaciones más elevadas en las subescalas Ansiedad emocional, Grandiosidad de la escala Manía, Persecución de la escala Paranoia y Actitud agresiva de la escala Agresión. Estos resultados son coherentes con lo hallado en la mayoría de investigaciones anteriores donde, de acuerdo a los Cinco Grandes, los preadolescentes han puntuado más en Neuroticismo y Afabilidad y han obtenido menores puntuaciones en Apertura (Allik, Laidra, Realo y Pullman, 2004; Branje et al., 2007; McCrae et al., 2002; Pullman et al., 2006). Estos resultados también son coherentes con las características de la personalidad en esta etapa (Gaete, 20015; Roberts et al., 2006),

caracterizada por un elevado egocentrismo, inestabilidad emocional, escaso control de impulsos y tendencia al aislamiento.

Por su parte, el grupo de adolescentes ha obtenido puntuaciones significativamente superiores en Quejas somáticas y Estrés, este resultado es coherente con la mayoría de los estudios revisados en el que las quejas somáticas, en numerosas ocasiones asociadas indicadores de estrés percibido, correlacionaron positivamente con la edad durante la adolescencia (Hetland, Torsheim y Aato, 2002; Huguet y Miró, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2008; Romero-Acosta et al., 2013; Vulic-Prtoric; 2016; Wiklund, Malmgren-Olsson et al., 2012). Este grupo de edad también ha obtenido mayores puntuaciones en Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas, Falta de apoyo social, Dominancia y la subescala Resentimiento de la escala Paranoia. Estos resultados también son coherentes con los obtenidos por estudios anteriores (Pullman et al., 2006; Roberts et al., 2006) a través de la evaluación de los Cinco Grandes, donde los adolescentes han alcanzado puntuaciones más elevadas en indicadores de tendencia a la soledad, conductas de riesgo, impulsividad y desafío a las normas. Asimismo, estos datos son coherentes con los recogidos en la reciente y anteriormente mencionada encuesta ESTUDES (MSSSI, 2016), en la que se refleja que a partir de los 14 años el consumo problemático de sustancias aumenta con la edad durante la adolescencia. Estos resultados llevan a la confirmación de la Hipótesis 3 planteada para la presente investigación: existen diferencias significativas en función del grupo de edad en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra general adolescente.

Finalmente, como ha ocurrido al comparar las puntuaciones en función del sexo, los tamaños del efecto obtenidos para la variable edad han oscilado entre insignificantes y pequeños. Por lo que, de nuevo, la influencia de la etapa de la adolescencia en las puntuaciones

obtenidas parece ser limitada (Cohen, 1988). Tal y como se ha señalado en estudios anteriores con amplias muestras (Arrindel, Van Faassen y Pereira, 1986; McCrae et al., 2002) o longitudinales (Kulas, 1996; Pullman et al., 2006).

7.6. Conclusiones finales y líneas futuras

Los resultados obtenidos han permitido la presentación, por primera vez en España, de unas puntuaciones medias de variables de personalidad y clínicas completas en una muestra amplia de adolescentes de todo el territorio español. De esta forma, el presente Estudio, ha contribuido a la mejora del conocimiento de la salud psicológica de los jóvenes escolares con datos fiables a través de una herramienta de evaluación que en su versión original ha mostrado su capacidad de diferenciar entre alteraciones naturales de la etapa adolescente y potenciales alteraciones patológicas, así como la gravedad de las mismas (Morey, 2007c).

La muestra empleada cumple los criterios de normalidad de acuerdo a las puntuaciones directas obtenidas y su comparación con el baremo estadounidense en ausencia aún de un baremo español. Por otro lado, como se ha comprobado en numerosas investigaciones anteriores y en línea con lo esperable, parece que las variables sexo y edad tienen cierta influencia en las puntuaciones obtenidas en diferentes escalas y subescalas. Sin embargo, de la discusión anterior se puede extraer que el PAI-A es una herramienta diseñada para medir variables de personalidad y clínicas en población adolescente general independientemente de las características de sexo y edad de la persona evaluada, ratificándose esto en las magnitudes del efecto obtenidas.

En relación a la variable sexo, se han alcanzado diferencias de magnitud moderada en la subescala Ansiedad emocional y Fobias (de Trastornos relacionados con la ansiedad). La magnitud encontrada ha sido pequeña en la escala Quejas somáticas (y en su subescala

Somatización), Ansiedad (y en sus subescalas Cognitiva y Fisiológica), Trastornos relacionados con la ansiedad (y en su subescala Estrés postraumático), Manía (y en sus subescalas Nivel de actividad y Grandiosidad), Rasgos límites (y en sus subescalas Alteración de la identidad y Relaciones interpersonales problemáticas), Rasgos antisociales (y en sus tres subescalas), Falta de apoyo social, Afabilidad. También en las subescalas Indiferencia social (de Esquizofrenia) y Agresiones físicas (de Agresión).

En relación a la variable edad, se han obtenidos magnitudes del efecto moderadas en Problemas con alcohol y Problemas con drogas. Magnitudes del efecto pequeñas en Rasgos antisociales, Estrés, Falta de apoyo social y Dominancia. También en las subescalas Somatización e Hipocondría (de Quejas somáticas), Emocional (de Ansiedad) y Resentimiento (de Paranoia).

De esta forma, se ha presentado una herramienta que ha demostrado su capacidad de valorar variables de personalidad y clínicas en población general adolescente, sin necesidad de sospecha de trastorno o confirmación de diagnóstico como sucede con otras herramientas similares, MMPI-A y MACI, creadas para valorar población clínica o con sospecha de trastorno con el fin de confirmar la patología y que encuentran importantes dificultades en su utilidad como herramientas de valoración en población general.

Como líneas futuras, sería de especial interés seguir aplicando el PAI-A como herramienta de valoración psicológica en los centros escolares, de forma que permita, como se ha indicado, detectar tempranamente alteraciones en diferentes variables de personalidad o clínicas que escapen a las oscilaciones naturales de este periodo vital. Permitiendo así una temprana intervención en los casos necesarios que garantice una atención adecuada.

8. ESTUDIO 2- PERFIL PAI-A EN UNA MUESTRA ADOLESCENTE CLÍNICA

8.1. Participantes

8.1.1. Criterios de inclusión/exclusión

Los criterios de inclusión en el presente Estudio fueron tener entre 12 y 18 años, acudir a consulta psicológica o psiquiátrica, encontrarse en tratamiento o contar con historial psicopatológico, así como haber sido remitido a evaluación por sospecha de sintomatología clínica.

8.1.2. Características de la muestra

La muestra del presente Estudio se compone de un total de 724 adolescentes valorados en 75 centros públicos y privados de atención y tratamiento clínico infanto-juvenil en 16 de las 19 comunidades autónomas de España a excepción de Cantabria, Murcia e Islas Canarias. El 42,8% de los casos eran chicas y el 57,2% chicos.

En relación a los casos eliminados, del total de 817 casos evaluados se descartaron el 11,38% de los casos recogidos por presentar más del 5% del cuestionario omitido o que, de acuerdo a los índices de inconsistencia (INC) y frecuencia (INF), hubieran respondido al cuestionario de manera azarosa (puntuación T superior o igual a 78 y 79, respectivamente en comparación con el baremo estadounidense). La muestra del presente Estudio se compuso finalmente de 724 casos pertenecientes a población clínica.

Durante la aplicación de la prueba el profesional debía reflejar en la hoja de respuesta del cuestionario los datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios y curso), circunstancias familiares (número de hermanos, situación familiar y lugar de origen) y escolares (tipo de centro, titularidad y confesión del centro) del adolescente. Finalmente, en

el momento de la corrección en la plataforma online debía indicar el lugar en el que se desarrolló la evaluación (Consulta del Psicología o Psiquiatría, Asociación, Unidad de salud mental infanto-juvenil o Centro de menores). En la Tabla 48 se exponen las características de la muestra del presente Estudio.

Tabla 48. Descripción de la muestra clínica (porcentajes entre paréntesis)

Sexo	Mujer	310 (42,80)
	Varón	404 (57,20)
Edad	M	14,97
	DT	1,83
	Preadolescentes	301 (41,60)
	Adolescentes	423 (58,40)
Lugar de residencia	Norte	158 (21,80)
	Centro	152 (21)
	Este	242 (33,40)
	Sur	171 (23,60)
	Desconocido	1 (0,10)
Nivel de estudios	Sin estudios	8 (1,10)
	Primaria	91 (12,60)
	Secundaria	453 (62,6)
	Bachillerato	122 (16,90)
	Módulo Formación Profesional Grado Medio	14 (1,90)
	Módulo Formación Profesional Grado Superior	2 (0,30)
	Otros	22 (3)
	Desconocido	12 (1,70)

Tabla 48. Descripción de la muestra (porcentajes entre paréntesis (continuación))

Lugar donde se responde a la prueba	Desconocido	1 (0,10)
	Asociación	16 (2,20)
	Consulta Psicológica o Psiquiátrica	450 (62,20)
	Unidad de salud mental infanto-juvenil	136 (18,80)
	Centro de menores	89 (12,30)
	Desconocido	33 (4,60)
Número de hermanos	Hijo único	130 (18)
	1-2 hermanos	510 (70,40)
	Más de 3 hermanos	78 (10,80)
	Otros	4 (0,60)
	Desconocido	2 (0,30)
Situación familiar	Convive con ambos padres	408 (56,40)
	Fallecimiento padre/madre	26 (3,60)
	Padres separados	228 (31,50)
	Otras	47 (6,50)
	Desconocido	15 (2,10)
Lugar de origen	España	642 (88,70)
	Centro Europa	7 (1,00)
	Europa del este	11 (1,50)
	Norte de África	8 (1,10)
	Sudamérica	39 (5,40)
	Centroamérica	3 (0,40)
	Otros/desconocido	8 (1,10)

8.2. Procedimiento

Se contó con la participación de 75 profesionales de la Psicología clínica, llevando a cabo la evaluación de los adolescentes de forma individual en cada centro. Todos los colaboradores fueron asesorados y entrenados para la recogida de datos y su posterior corrección. Dicha labor se realizó a cambio de la obtención de los informes de resultados,

siendo el baremo de comparación el estadounidense, que se generaban de cada uno de los casos valorados. Este informe se obtenía de forma inmediata a través de corrección telemática en la plataforma digital de TEA. Así mismo, al finalizar la colaboración se enviaba a cada profesional un certificado de participación en el proyecto, este certificado se muestra en el ANEXO IV.

Los datos empleados en el presente Estudio fueron recogidos en el periodo comprendido entre febrero de 2012 y noviembre de 2013, siendo posteriormente cedidos por TEA.

8.3. Análisis estadístico

En ausencia aún de un baremo de referencia válido para población española se decidió analizar y presentar las puntuaciones directas obtenidas en el PAI-A por la muestra participante en este Estudio. No obstante, en algunos puntos se refieren las puntuaciones T obtenidas en comparación con el baremo de tipificación estadounidense cuando se han considerado de relevancia para los objetivos anteriormente descritos.

Una vez finalizada la fase de recogida de datos, se procedió a la codificación de los ítems y a su tabulación mediante la grabación de los datos contenidos en cada uno de los cuestionarios considerados válidos. Todo ello se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows (Statistical Package for Social Sciences) en su versión 15.

Con el objeto de depurar la base de datos y detectar potenciales errores en su transcripción, se aplicaron técnicas descriptivas univariantes. Asimismo, se calculó la distribución de frecuencias de cada variable con el fin de comprobar que todos sus códigos se situaban entre los valores posibles. En el caso de identificar anomalías se procedía a determinar

el cuestionario al que pertenecían y, una vez verificada la respuesta, se realizaba la corrección pertinente.

A continuación, se ejecutaron los estadísticos descriptivos para las variables de personalidad y síndromes clínicos, esto es, media y desviación típica, para conocer la distribución de las puntuaciones directas en cada escala y subescala en ambas muestras. Así como el cálculo de la magnitud de la diferencia entre las puntuaciones directas obtenidas por la muestra del presente Estudio y la muestra de tipificación estadounidense a través del estadístico *d* de Cohen.

Seguidamente, se llevó a cabo un análisis bivariado para cada una de las variables independientes, considerándose como factores el sexo (varón y mujer), la edad (preadolescentes y adolescentes) y la muestra de pertenencia (escolar y clínica). Las variables dependientes fueron las escalas y subescalas valoradas por el PAI-A. Se ha exigido un nivel de confianza del 95%.

Finalmente se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes en las variables de personalidad y síndromes clínicos para comparar las medias obtenidas por ambos sexos y grupos de edad y sus correspondientes tamaños del efecto con el estadístico *d* de Cohen.

8.4. Resultados

En el presente apartado se muestran las puntuaciones directas promedio del PAI-A obtenidas por la muestra clínica, así como los resultados de las comparaciones de las puntuaciones alcanzadas en función de las variables sexo, edad y tipo de muestra.

8.4.1. Puntuaciones promedio

En la Tabla 49 se pueden observar las puntuaciones directas medias obtenidas en el PAI-A por la muestra del presente Estudio, las puntuaciones T obtenidas en comparación con el baremo de tipificación estadounidense normal (Morey, 2007c) y el tamaño de las diferencias (d de Cohen) entre puntuaciones promedio.

Un primer análisis de las puntuaciones T promedio de los participantes del presente Estudio en comparación con la muestra de tipificación estadounidense revela que los adolescentes no alcanzaron una puntuación de 60T en ninguna de las escalas o subescalas de la muestra, manteniéndose todas sus puntuaciones en torno a la media (50T).

Las mayores diferencias entre la muestra del presente Estudio y la muestra de tipificación estadounidense aparecen en Ansiedad (ANS) [$d= 0,75$] (en sus tres subescalas Cognitiva (ANS-C) [$d= 0,58$], Emocional (ANS-E) [$d= 0,98$] y Fisiológica (ANS-F) [$d= 0,58$]), Depresión (DEP) [$d= 0,51$] (en sus tres subescalas Cognitiva (DEP-C) [$d= 0,55$], Emocional (DEP-E) [$d= 0,45$] y Fisiológica (DEP-F) [$d= 0,53$]) donde la muestra del presente Estudio ha obtenido puntuaciones más elevadas. Por su parte, la escala Dominancia (DOM) [$d= 0,62$] se muestra más elevada en la muestra de tipificación estadounidense.

También se han encontrado diferencias con una magnitud del efecto moderada en las subescalas Conversión (SOM-C) [$d= 0,62$] y Resentimiento (PAR-R) [$d= 0,51$] sin que se hallan mostrado esas diferencias en sus respectivas escalas generales. En ambas subescalas la muestra del presente Estudio ha obtenido puntuaciones más elevadas.

Tabla 49. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra clínica comparadas con el baremo estadounidense

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	4,6	53,08	0,82	0,36	Pequeña
Infrecuencia (INF)	3,39	50,68	0,16	0,09	Insignificante
Impresión negativa (IMN)	3,69	52,97	1,05	0,33	Pequeña
Impresión positiva (IMP)	11,23	46,32	-1,51	0,37	Pequeña
Quejas somáticas (SOM)	9,24	54,36	2,77	0,41	Pequeña
Ansiedad (ANS)	20,82	58,06	6,95	0,75	Moderada
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	19,29	52,47	1,82	0,24	Pequeña
Depresión (DEP)	16,48	55,23	4,30	0,51	Moderada
Manía (MAN)	20,02	49,99	-0,01	0,00	Insignificante
Paranoia (PAR)	19,16	52,25	1,77	0,22	Pequeña
Esquizofrenia (ESQ)	12,91	51,40	1,00	0,14	Insignificante
Rasgos límites (LIM)	23,57	53,57	3,68	0,36	Pequeña
Rasgos antisociales (ANT)	14,13	47,12	-2,79	0,29	Pequeña
Problemas con el alcohol (ALC)	2,09	49	-0,31	0,10	Insignificante



Tabla 49. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra clínica comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Problemas con las drogas (DRG)	2,77	51,60	0,58	0,15	Insignificante
Agresión (AGR)	19,59	49,77	-0,27	0,03	Insignificante
Ideaciones suicidas (SUI)	2,98	49,54	-0,15	0,04	Insignificante
Estrés (EST)	3,56	48,73	-0,45	0,14	Insignificante
Falta de apoyo social (FAS)	4,83	51,19	0,45	0,13	Insignificante
Rechazo al tratamiento (RTR)	9,38	43,91	-2,33	0,63	Moderada
Dominancia (DOM)	12,04	44,44	-2,5	0,62	Moderada
Afabilidad (AFA)	15,42	50,84	0,35	0,08	Insignificante
Conversión (SOM-C)	3,53	54,78	1,38	0,47	Moderada
Somatización (SOM-S)	3,11	52,33	0,63	0,26	Pequeña
Hipocondría (SOM-H)	2,6	53,02	0,76	0,35	Pequeña
Cognitiva (ANS-C)	6,16	55,74	2,13	0,58	Moderada
Emocional (ANS-E)	8,41	59,7	3,01	0,98	Grande
Fisiológica (ANS-F)	6,25	55,98	1,81	0,58	Moderada
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	6,26	48,10	-0,68	0,21	Pequeña
Fobias (TRA-F)	7,36	52,89	0,92	0,31	Pequeña
Estrés postraumático (TRA-E)	5,67	53,69	1,58	0,36	Pequeña

Tabla 49. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra clínica comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Cognitiva (DEP-C)	5,95	55,43	1,70	0,55	Moderada
Emocional (DEP-E)	4,41	54,47	1,36	0,45	Moderada
Fisiológica (DEP-F)	6,13	53,39	1,64	0,53	Moderada
Nivel de actividad (MAN-A)	4,48	49,51	-0,14	0,05	Insignificante
Grandiosidad (MAN-G)	7,13	46,32	-1,35	0,39	Pequeña
Irritabilidad (MAN-I)	8,41	53,82	1,49	0,40	Pequeña
Hipervigilancia (PAR-H)	8,05	51,63	0,54	0,16	Insignificante
Persecución (PAR-P)	2,99	48,96	-0,41	0,13	Insignificante
Resentimiento (PAR-R)	8,13	55,39	1,64	0,51	Moderada
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	3,36	48,48	-0,46	0,17	Insignificante
Indiferencia social (ESQ-S)	4,45	50,79	0,27	0,09	Insignificante
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	5,10	53,5	1,19	0,34	Pequeña
Inestabilidad emocional (LIM-E)	6,41	54,41	1,43	0,48	Pequeña
Alteración de la identidad (LIM-I)	7,15	53,69	1,20	0,41	Pequeña
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	5,90	51,71	0,46	0,14	Insignificante



Tabla 49. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra clínica comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Autoagresiones (LIM-A)	4,11	52,31	0,59	0,22	Pequeña
Conductas antisociales (ANT-A)	5,06	48,55	-2,66	0,64	Moderada
Egocentrismo (ANT-E)	3,07	46,09	-1,37	0,48	Moderada
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	6	48,18	-0,77	0,21	Pequeña
Actitud agresiva (AGR-A)	7,15	50,29	0,11	0,03	Insignificante
Agresiones verbales (AGR-V)	7,62	47,78	-0,99	0,26	Pequeña
Agresiones físicas (AGR-F)	4,82	51,25	0,6	0,16	Insignificante

8.4.2. Diferencias en función del sexo

En la Tabla 50 se muestran las puntuaciones directas medias obtenidas en las diferentes escalas y subescalas del PAI-A en función del sexo, los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes y la magnitud de la diferencia a través de la *d* de Cohen junto con su interpretación. Se comentarán los resultados con diferencias significativas al nivel de confianza del 95%.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las escalas Quejas somáticas (SOM) [$t(724)= 4,07$; $p \leq 0,05$] y en sus subescalas Somatización (SOM-S) e Hipocondría (SOM-H); en la escala Ansiedad (ANS) [$t(724)= 6,40$; $p \leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en

Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) [$t(724)= 6,22$; $p \leq 0,05$] y en sus subescalas Fobias (TRA-F) y Estrés postraumático (TRA-E); en Depresión (DEP) [$t(724)= 4,80$; $p \leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en Paranoia (PAR) [$t(724)= 2,99$; $p \leq 0,05$] y en su subescala Hipervigilancia (PAR-H); en Rasgos límites (LIM) [$t(724)= 5,07$; $p \leq 0,05$] y en sus subescalas Inestabilidad emocional (LIM-E), Alteración de la identidad (LIM-I) y Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P); en Ideaciones suicidas (SUI) [$t(724)= 4,77$; $p \leq 0,05$]; en Estrés (EST) [$t(724)= 4,77$; $p \leq 0,05$] y en Afabilidad (AFA) [$t(724)= 2,21$; $p \leq 0,05$]. La magnitud de la diferencia ha oscilado entre pequeña y moderada (d de 0,23 a 0,49). En estas escalas las chicas han obtenido puntuaciones superiores a los varones, señalando mayor presencia de quejas somáticas, ansiedad, y trastornos relacionados con la misma, especialmente miedos fóbicos y recuerdos traumáticos, también más manifestaciones y síntomas de trastorno depresivo mayor, una presencia superior de características de trastornos y personalidad paranoide, así como de personalidad límite; además de más ideación suicida, mayor impacto de situaciones estresantes recientes y mayor tendencia a un estilo interpersonal afable y sociable.

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, con una mayor puntuación en el grupo masculino, en las escalas Rasgos antisociales (ANT) [$t(724)= -3,42$; $p \leq 0,05$] y en su subescala Conductas antisociales (ANT-A) y en Problemas con las drogas (DRG) [$t(724)= -2,14$; $p \leq 0,05$]. La magnitud de la diferencia oscila entre insignificante y pequeña (de 0,17 a 0,45). En estas escalas los varones obtienen puntuaciones superiores a las chicas, lo que indica mayor presencia en este grupo de historial de infracciones y problemas con la autoridad, así como más consumo de drogas y consecuencias negativas debido al mismo.

Finalmente, se han encontrado diferencias significativas en algunas subescalas, aunque no se hayan reflejado en sus respectivas escalas generales al nivel de confianza del 95%. Estas

subescalas son: Experiencias psicóticas (ESQ-P), [$t(724)= 2,64$; $p \leq 0,05$], siendo las chicas las que han obtenido mayores puntuaciones. Por otro lado, en las subescalas Grandiosidad (MAN-G) [$t(724)= -5,32$; $p \leq 0,05$] y Agresiones físicas (AGR-F) [$t(724)= -3,13$; $p \leq 0,05$] los chicos han puntuado más alto que las chicas.

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra clínica

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	Mujer	4,67	0,63	0,12	0,05	Insignificante
	Varón	4,55				
Infrecuencia (INF)	Mujer	3,16	-2,41	0,02	0,23	Pequeña
	Varón	3,56				
Impresión negativa (IMN)	Mujer	4,32	4,12	0,00	0,34	Pequeña
	Varón	3,22				
Impresión positiva (IMP)	Mujer	10,80	-2,24	0,03	0,18	Insignificante
	Varón	11,55				
Quejas somáticas (SOM)	Mujer	10,54	4,07	0,00	0,31	Pequeña
	Varón	8,26				
Ansiedad (ANS)	Mujer	23,52	6,40	0,00	0,49	Pequeña
	Varón	18,8				

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Mujer	21,37	6,22	0,00	0,48	Pequeña
	Varón	17,72				
Depresión (DEP)	Mujer	18,30	4,80	0,00	0,37	Pequeña
	Varón	15,13				
Manía (MAN)	Mujer	19,40	-1,78	0,07	0,14	Insignificante
	Varón	20,48				
Paranoia (PAR)	Mujer	20,25	2,99	0,00	0,23	Pequeña
	Varón	18,35				
Esquizofrenia (ESQ)	Mujer	13,88	2,93	0,00	0,22	Pequeña
	Varón	12,17				
Rasgos límites (LIM)	Mujer	25,91	5,07	0,00	0,38	Pequeña
	Varón	21,82				
Rasgos antisociales (ANT)	Mujer	12,80	-3,42	0,00	0,26	Pequeña
	Varón	15,12				
Problemas con el alcohol (ALC)	Mujer	2,06	-0,18	0,86	0,01	Insignificante
	Varón	2,10				
Problemas con las drogas (DRG)	Mujer	2,36	-2,14	0,03	0,17	Insignificante
	Varón	3,07				
Agresión (AGR)	Mujer	19,37	-0,50	0,62	0,04	Insignificante
	Varón	19,75				
Ideaciones suicidas (SUI)	Mujer	3,94	4,77	0,00	0,38	Insignificante
	Varón	2,26				

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Estrés (EST)	Mujer	4,27	4,77	0,00	0,39	Pequeña
	Varón	3,03				
Falta de apoyo social (FAS)	Mujer	5,09	1,64	0,10	0,13	Insignificante
	Varón	4,64				
Rechazo al tratamiento (RTR)	Mujer	9	-2,19	0,03	0,18	Insignificante
	Varón	9,67				
Dominancia (DOM)	Mujer	11,84	-1,12	0,27	0,09	Insignificante
	Varón	12,18				
Afabilidad (AFA)	Mujer	15,84	2,21	0,03	0,18	Insignificante
	Varón	15,11				
Conversión (SOM-C)	Mujer	3,65	0,80	0,43	0,06	Insignificante
	Varón	3,44				
Somatización (SOM-S)	Mujer	3,98	6,90	0,00	0,59	Pequeña
	Varón	2,45				
Hipocondría (SOM-H)	Mujer	2,9	2,55	0,01	0,22	Pequeña
	Varón	2,36				
Cognitiva (ANS-C)	Mujer	6,98	4,66	0,00	0,38	Pequeña
	Varón	5,55				
Emocional (ANS-E)	Mujer	9,46	6,97	0,00	0,57	Moderada
	Varón	7,62				
Fisiológica (ANS-F)	Mujer	7,08	5,22	0,00	0,42	Pequeña
	Varón	5,63				

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	Mujer	6,40	0,95	0,34	0,08	Insignificante
	Varón	6,15				
Fobias (TRA-F)	Mujer	7,99	4,34	0,00	0,36	Pequeña
	Varón	6,89				
Estrés postraumático (TRA-E)	Mujer	6,98	6,40	0,00	0,50	Moderada
	Varón	4,68				
Cognitiva (DEP-C)	Mujer	6,6	4,28	0,00	0,35	Pequeña
	Varón	5,46				
Emocional (DEP-E)	Mujer	4,95	3,57	0,00	0,29	Pequeña
	Varón	4				
Fisiológica (DEP-F)	Mujer	6,75	4,18	0,00	0,35	Pequeña
	Varón	5,67				
Nivel de actividad (MAN-A)	Mujer	4,44	-0,32	0,75	0,02	Insignificante
	Varón	4,51				
Grandiosidad (MAN-G)	Mujer	6,27	-5,32	0,00	0,43	Pequeña
	Varón	7,77				
Irritabilidad (MAN-I)	Mujer	8,69	1,63	0,10	0,13	Insignificante
	Varón	8,2				
Hipervigilancia (PAR-H)	Mujer	8,6	3,49	0,00	0,29	Pequeña
	Varón	7,63				
Persecución (PAR-P)	Mujer	3,08	0,65	0,52	0,05	Insignificante
	Varón	2,92				

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Resentimiento (PAR-R)	Mujer	8,57	2,78	0,00	0,22	Pequeña
	Varón	7,80				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Mujer	3,71	2,64	0,01	0,22	Pequeña
	Varón	3,09				
Indiferencia social (ESQ-S)	Mujer	4,20	-1,77	0,08	0,15	Insignificante
	Varón	4,63				
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Mujer	5,97	5,07	0,00	0,41	Pequeña
	Varón	4,45				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Mujer	7,03	4,34	0,00	0,36	Pequeña
	Varón	5,94				
Alteración de la identidad (LIM-I)	Mujer	8	6,17	0,00	0,52	Moderada
	Varón	6,51				
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Mujer	6,82	5,67	0,00	0,46	Pequeña
	Varón	5,22				
Autoagresiones (LIM-A)	Mujer	4,06	-0,31	0,76	0,03	Insignificante
	Varón	4,14				
Conductas antisociales (ANT-A)	Mujer	4,04	-5,65	0,00	0,45	Pequeña
	Varón	5,83				
Egocentrismo (ANT-E)	Mujer	2,82	-2,01	0,05	0,17	Insignificante
	Varón	3,25				

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del sexo del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Sexo	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Mujer	5,95	-0,31	0,76	0,02	Insignificante
	Varón	6,03				
Actitud agresiva (AGR-A)	Mujer	7,28	0,75	0,45	0,06	Insignificante
	Varón	7,05				
Agresiones verbales (AGR-V)	Mujer	7,83	1,37	0,17	0,11	Insignificante
	Varón	7,46				
Agresiones físicas (AGR-F)	Mujer	4,26	-3,13	0,00	0,25	Pequeña
	Varón	5,23				

8.4.3. Diferencias en función de la edad

En la Tabla 51 se muestran las puntuaciones directas medias obtenidas por la muestra del presente Estudio en las escalas y subescalas del PAI-A en función del grupo de edad, los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes, así como la magnitud de dicha diferencia a través de la *d* de Cohen y su interpretación. Se comentarán los resultados con diferencias significativas al nivel de confianza del 95%.

El grupo de adolescentes, de 15 a 18 años, muestra puntuaciones más elevadas en todas las escalas y subescalas que han arrojado diferencias estadísticamente significativas. Estas son: la escala Quejas somáticas (SOM) [$t(724) = -2,13$; $p \leq 0,05$] y sus tres subescalas; Trastornos relacionados con la ansiedad [$t(724) = -2,58$; $p \leq 0,05$] y sus subescalas Obsesivo-compulsivo (TRA-O) y Estrés postraumático (TRA-E); Paranoia (PAR) [$t(724) = -3,61$; $p \leq 0,05$] y sus subescalas Hipervigilancia (PAR-H) y Resentimiento (PAR-R); Esquizofrenia (ESQ) [$t(724) =$

-2,55; $p \leq 0,05$] y su subescala Alteración del pensamiento (ESQ-A); Rasgos límites (LIM) [$t(724) = -4,62$; $p \leq 0,05$] y sus cuatro subescalas; Rasgos antisociales (ANT) [$t(724) = -5,00$; $p \leq 0,05$] y sus subescalas Conductas antisociales (ANT-A) y Búsqueda de sensaciones (ANT-B); Problemas con el alcohol [$t(724) = -7,22$; $p \leq 0,05$]; Problemas con las drogas (DRG) [$t(724) = -7,45$; $p \leq 0,05$]; Agresión (AGR) [$t(724) = -2,20$; $p \leq 0,05$] y su subescala Agresiones físicas (AGR-F); Ideaciones suicidas (SUI) [$t(724) = -2,36$; $p \leq 0,05$]; Estrés (EST) [$t(724) = -6,05$; $p \leq 0,05$]; Falta de apoyo social (FAS) [$t(724) = -4,52$; $p \leq 0,05$] y Dominancia (DOM) [$t(724) = -3,82$; $p \leq 0,05$]. Las magnitudes del efecto han variado entre insignificantes y moderadas (d entre 0,16 y 0,62). Así, este grupo de edad manifiesta mayores quejas somáticas, presencia de trastornos relacionados con la ansiedad, más sintomatología paranoide y relacionada con trastornos esquizofrénicos, mayor presencia de características de personalidad límite, mayor historial conductas y rasgos antisociales, consumo de alcohol y drogas con mayor indicación de dependencia, mayor tendencia a la manifestación física de la ira, un número superior de situaciones estresantes recientes, menor percepción de apoyo social disponible, un estilo social más controlador e independiente.

También se han encontrado diferencias significativas en algunas subescalas sin que se hayan mostrado en sus respectivas escalas generales: Ansiedad cognitiva (ANS-C) y fisiológica (ANS-F), Depresión emocional (DEP-E) e Irritabilidad (MAN-I). En estas subescalas los adolescentes vuelven a puntuar más alto que los preadolescentes.

Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia en la muestra clínica

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	Preadolescentes	4,23	-3,29	0,00	0,30	Pequeña
	Adolescentes	4,87				
Infrecuencia (INF)	Preadolescentes	3,58	1,97	0,05	0,19	Insignificante
	Adolescentes	3,25				
Impresión negativa (IMN)	Preadolescentes	3,45	-1,57	0,12	0,13	Insignificante
	Adolescentes	3,87				
Impresión positiva (IMP)	Preadolescentes	11,46	1,17	0,24	0,09	Insignificante
	Adolescentes	11,06				
Quejas somáticas (SOM)	Preadolescentes	8,53	-2,13	0,03	0,16	Insignificante
	Adolescentes	9,74				
Ansiedad (ANS)	Preadolescentes	19,99	-1,87	0,06	0,14	Insignificante
	Adolescentes	21,41				
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Preadolescentes	18,38	-2,58	0,01	0,20	Pequeña
	Adolescentes	19,93				
Depresión (DEP)	Preadolescentes	15,84	-1,65	0,10	0,13	Insignificante
	Adolescentes	16,95				
Manía (MAN)	Preadolescentes	19,38	-1,82	0,07	0,14	Insignificante
	Adolescentes	20,48				
Paranoia (PAR)	Preadolescentes	17,82	-3,61	0,00	0,28	Pequeña
	Adolescentes	20,12				
Esquizofrenia (ESQ)	Preadolescentes	12,03	-2,55	0,01	0,20	Insignificante
	Adolescentes	13,53				



Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Rasgos límites (LIM)	Preadolescentes	21,37	-4,62	0,00	0,35	Pequeña
	Adolescentes	25,13				
Rasgos antisociales (ANT)	Preadolescentes	12,16	-5,00	0,00	0,38	Pequeña
	Adolescentes	15,53				
Problemas con el alcohol (ALC)	Preadolescentes	1,13	-7,22	0,00	0,62	Moderada
	Adolescentes	2,76				
Problemas con las drogas (DRG)	Preadolescentes	1,37	-7,45	0,00	0,60	Moderada
	Adolescentes	3,76				
Agresión (AGR)	Preadolescentes	18,63	-2,20	0,03	0,17	Insignificante
	Adolescentes	20,27				
Ideaciones suicidas (SUI)	Preadolescentes	2,49	-2,36	0,02	0,19	Insignificante
	Adolescentes	3,33				
Estrés (EST)	Preadolescentes	2,64	-6,05	0,00	0,50	Moderada
	Adolescentes	4,21				
Falta de apoyo social (FAS)	Preadolescentes	4,11	-4,52	0,00	0,37	Pequeña
	Adolescentes	5,35				
Rechazo al tratamiento (RTR)	Preadolescentes	9,96	3,23	0,00	0,26	Pequeña
	Adolescentes	8,97				
Dominancia (DOM)	Preadolescentes	11,35	-3,82	0,00	0,31	Pequeña
	Adolescentes	12,52				
Afabilidad (AFA)	Preadolescentes	15,30	-0,64	0,52	0,05	Insignificante
	Adolescentes	15,51				
Conversión (SOM-C)	Preadolescentes	3,60	0,42	0,68	0,03	Insignificante
	Adolescentes	3,49				

Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Somatización (SOM-S)	Preadolescentes	2,64	-3,54	0,00	0,30	Pequeña
	Adolescentes	3,44				
Hipocondría (SOM-H)	Preadolescentes	2,30	-2,42	0,02	0,21	Pequeña
	Adolescentes	2,81				
Cognitiva (ANS-C)	Preadolescentes	5,64	-2,89	0,00	0,23	Pequeña
	Adolescentes	6,53				
Emocional (ANS-E)	Preadolescentes	8,52	0,72	0,47	0,06	Insignificante
	Adolescentes	8,32				
Fisiológica (ANS-F)	Preadolescentes	5,83	-2,53	0,01	0,21	Pequeña
	Adolescentes	6,55				
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	Preadolescentes	5,96	-2,53	0,01	0,16	Insignificante
	Adolescentes	6,47				
Fobias (TRA-F)	Preadolescentes	7,58	1,45	0,15	0,12	Insignificante
	Adolescentes	7,21				
Estrés postraumático (TRA-E)	Preadolescentes	4,84	-3,86	0,00	0,31	Pequeña
	Adolescentes	6,26				
Cognitiva (DEP-C)	Preadolescentes	5,94	-0,03	0,98	0,00	Insignificante
	Adolescentes	5,95				
Emocional (DEP-E)	Preadolescentes	3,87	-3,46	0,00	0,28	Pequeña
	Adolescentes	4,79				
Fisiológica (DEP-F)	Preadolescentes	6,03	-0,69	0,49	0,06	Insignificante
	Adolescentes	6,21				
Nivel de actividad (MAN-A)	Preadolescentes	4,3	-1,31	0,19	0,11	Insignificante
	Adolescentes	4,61				

Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Grandiosidad (MAN-G)	Preadolescentes	7,27	0,87	0,39	0,07	Insignificante
	Adolescentes	7,02				
Irritabilidad (MAN-I)	Preadolescentes	7,8	-3,46	0,00	0,28	Pequeña
	Adolescentes	8,84				
Hipervigilancia (PAR-H)	Preadolescentes	7,36	-4,25	0,00	0,35	Pequeña
	Adolescentes	8,54				
Persecución (PAR-P)	Preadolescentes	3,01	0,14	0,89	0,01	Insignificante
	Adolescentes	2,97				
Resentimiento (PAR-R)	Preadolescentes	7,45	-4,16	0,00	0,34	Pequeña
	Adolescentes	8,61				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Preadolescentes	3,19	-1,20	0,23	0,10	Insignificante
	Adolescentes	3,48				
Indiferencia social (ESQ-S)	Preadolescentes	4,19	-1,75	0,08	0,15	Insignificante
	Adolescentes	4,63				
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Preadolescentes	4,65	-2,55	0,01	0,21	Pequeña
	Adolescentes	5,43				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Preadolescentes	5,88	-3,59	0,00	0,30	Pequeña
	Adolescentes	6,78				
Alteración de la identidad (LIM-I)	Preadolescentes	6,72	-2,93	0,00	0,25	Pequeña
	Adolescentes	7,45				
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Preadolescentes	5,11	-4,80	0,00	0,39	Pequeña
	Adolescentes	6,47				
Autoagresiones (LIM-A)	Preadolescentes	3,66	-3,03	0,00	0,25	Pequeña
	Adolescentes	4,43				

Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones directas promedio en función del grupo de edad del sujeto, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Grupo de edad	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					d de Cohen	Interpretación
Conductas antisociales (ANT-A)	Preadolescentes	3,96	-5,93	0,00	0,48	Pequeña
	Adolescentes	5,85				
Egocentrismo (ANT-E)	Preadolescentes	2,87	-1,58	0,12	0,14	Insignificante
	Adolescentes	3,21				
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Preadolescentes	5,33	-4,03	0,00	0,33	Pequeña
	Adolescentes	6,47				
Actitud agresiva (AGR-A)	Preadolescentes	6,91	-1,34	0,18	0,11	Insignificante
	Adolescentes	7,32				
Agresiones verbales (AGR-V)	Preadolescentes	7,32	-1,90	0,06	0,15	Insignificante
	Adolescentes	7,83				
Agresiones físicas (AGR-F)	Preadolescentes	4,40	-2,31	0,02	0,19	Insignificante
	Adolescentes	5,12				

8.4.4. Comparación entre muestras

En la Tabla 52 se muestran las puntuaciones directas medias obtenidas en las diferentes escalas y subescalas del PAI-A en función de la muestra, escolar o clínica, los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes y la magnitud de la diferencia a través de la *d* de Cohen junto con su interpretación. Se comentarán los resultados con diferencias significativas al nivel de confianza del 95%.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las escalas Quejas somáticas (SOM) [$t(1629) = -4,77$; $p \leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en Ansiedad (ANS) [$t(1629) = -6,38$; $p \leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) [$t(1629) = -3,93$; $p \leq 0,05$] y en su subescala Estrés postraumático (TRA-E); en Depresión (DEP) [$t(1629) =$

-8,17; $p \leq 0,05$] y en sus tres subescalas; en Esquizofrenia (ESQ) [$t(1629) = -5,55$; $p \leq 0,05$] y en sus subescalas Indiferencia social (ESQ-S) y Alteración del pensamiento (ESQ-P); Rasgos límites (LIM) [$t(1629) = -5,22$; $p \leq 0,05$] y en sus cuatro subescalas; Agresión (AGR) [$t(1629) = -3,42$; $p \leq 0,05$] y en sus subescalas Actitud agresiva (AGR-A) y Agresiones físicas (AGR-F); Ideaciones suicidas (SUI) [$t(1629) = -6,37$; $p \leq 0,05$]; Estrés (EST) [$t(1629) = -4,68$; $p \leq 0,05$]; y Falta de apoyo social (FAS) [$t(1629) = -5,32$; $p \leq 0,05$]. La magnitud de la diferencia oscila de insignificante a pequeña (d entre 0,14 y 0,41). En estas escalas la muestra clínica obtiene puntuaciones superiores a la muestra escolar, refiriendo mayores quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con ella, manifestaciones y síntomas de trastornos depresivos, síntomas relacionados con la esquizofrenia, atributos de personalidad límite, hostilidad y manifestaciones física de ira, ideaciones suicidas, mayor impacto de situaciones estresantes recientes y percepción de falta de apoyo social.

Se muestran también diferencias significativas en las escalas Problemas con el alcohol (ALC) [$t(1629) = 4,29$; $p \leq 0,05$] y en Dominancia (DOM) [$t(1629) = 3,43$; $p \leq 0,05$]. En estas escalas la muestra escolar ha alcanzado puntuaciones más altas que la muestra clínica, indicando mayores problemas relacionados con el consumo de alcohol y un estilo de relación más dominante. La magnitud del efecto oscila de insignificante a pequeña (d 0,18 y 0,24, respectivamente).

Finalmente, también se han hallado diferencias significativas en algunas subescalas sin que estas diferencias se hallan manifestado en sus respectivas escalas generales, es el caso de la subescala Persecución (PAR-P) en la que la muestra clínica obtiene la mayor puntuación. Por su parte, la muestra escolar alcanza una mayor puntuación en la subescala Agresiones verbales (AGR-V).

MÉTODO Y RESULTADOS: ESTUDIO 2

Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia

ESCALA	Muestra	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	Escolar	3,93	-5,33	0,00	0,32	Pequeña
	Clínica	4,6				
Infrecuencia (INF)	Escolar	2,87	-4,84	0,00	0,33	Pequeña
	Clínica	3,39				
Impresión negativa (IMN)	Escolar	2,35	-8,34	0,00	0,46	Moderada
	Clínica	3,69				
Impresión positiva (IMP)	Escolar	11,46	1,10	0,27	0,06	Insignificante
	Clínica	11,23				
Quejas somáticas (SOM)	Escolar	7,6	-4,77	0,00	0,24	Pequeña
	Clínica	9,24				
Ansiedad (ANS)	Escolar	17,93	-6,38	0,00	0,32	Pequeña
	Clínica	20,82				
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Escolar	17,84	-3,93	0,00	0,20	Pequeña
	Clínica	19,29				
Depresión (DEP)	Escolar	13,24	-8,17	0,00	0,41	Moderada
	Clínica	16,48				
Manía (MAN)	Escolar	20,29	0,67	0,50	0,03	Insignificante
	Clínica	20,02				
Paranoia (PAR)	Escolar	18,43	-1,83	0,07	0,09	Insignificante
	Clínica	19,16				
Esquizofrenia (ESQ)	Escolar	10,87	-5,55	0,00	0,28	Pequeña
	Clínica	12,91				
Rasgos límites (LIM)	Escolar	20,93	-5,22	0,00	0,26	Pequeña
	Clínica	23,57				

Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Muestra	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Rasgos antisociales (ANT)	Escolar	14,21	0,18	0,86	0,01	Insignificante
	Clínica	14,13				
Problemas con el alcohol (ALC)	Escolar	2,77	4,29	0,00	0,24	Pequeña
	Clínica	2,09				
Problemas con las drogas (DRG)	Escolar	2,70	-0,34	0,74	0,02	Insignificante
	Clínica	2,77				
Agresión (AGR)	Escolar	17,97	-3,42	0,00	0,17	Insignificante
	Clínica	19,59				
Ideaciones suicidas (SUI)	Escolar	1,69	-6,37	0,00	0,34	Pequeña
	Clínica	2,98				
Estrés (EST)	Escolar	2,79	-4,68	0,00	0,26	Pequeña
	Clínica	3,56				
Falta de apoyo social (FAS)	Escolar	3,92	-5,32	0,00	0,29	Pequeña
	Clínica	4,83				
Rechazo al tratamiento (RTR)	Escolar	10,49	5,85	0,00	0,31	Pequeña
	Clínica	9,38				
Dominancia (DOM)	Escolar	12,71	3,43	0,00	0,18	Insignificante
	Clínica	12,04				
Afabilidad (AFA)	Escolar	15,73	1,54	0,12	0,08	Insignificante
	Clínica	15,42				
Conversión (SOM-C)	Escolar	2,92	-3,71	0,00	0,20	Pequeña
	Clínica	3,53				
Somatización (SOM-S)	Escolar	2,58	-3,76	0,00	0,22	Pequeña
	Clínica	3,11				

MÉTODO Y RESULTADOS: ESTUDIO 2

Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Muestra	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Hipocondría (SOM-H)	Escolar	2,11	-3,83	0,00	0,23	Pequeña
	Clínica	2,6				
Cognitiva (ANS-C)	Escolar	5,25	-4,83	0,00	0,26	Pequeña
	Clínica	6,16				
Emocional (ANS-E)	Escolar	7,7	-4,16	0,00	0,23	Pequeña
	Clínica	8,41				
Fisiológica (ANS-F)	Escolar	5	-7,45	0,00	0,41	Moderada
	Clínica	6,25				
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	Escolar	6,41	0,90	0,37	0,05	Insignificante
	Clínica	6,26				
Fobias (TRA-F)	Escolar	7,07	-1,82	0,07	0,10	Insignificante
	Clínica	7,36				
Estrés postraumático (TRA-E)	Escolar	4,38	-5,74	0,00	0,30	Pequeña
	Clínica	5,67				
Cognitiva (DEP-C)	Escolar	4,95	-6,18	0,00	0,34	Pequeña
	Clínica	5,95				
Emocional (DEP-E)	Escolar	3,24	-7,27	0,00	0,41	Moderada
	Clínica	4,41				
Fisiológica (DEP-F)	Escolar	5,06	-6,75	0,00	0,37	Pequeña
	Clínica	6,13				
Nivel de actividad (MAN-A)	Escolar	4,23	-1,67	0,10	0,09	Insignificante
	Clínica	4,48				
Grandiosidad (MAN-G)	Escolar	7,3	0,92	0,36	0,05	Insignificante
	Clínica	7,13				



Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Muestra	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Irritabilidad (MAN-I)	Escolar	8,78	1,91	0,06	0,10	Insignificante
	Clínica	8,41				
Hipervigilancia (PAR-H)	Escolar	7,87	-0,98	0,33	0,06	Insignificante
	Clínica	8,05				
Persecución (PAR-P)	Escolar	2,6	-2,44	0,02	0,14	Insignificante
	Clínica	2,99				
Resentimiento (PAR-R)	Escolar	7,98	-0,88	0,38	0,05	Insignificante
	Clínica	8,13				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Escolar	3,1	-1,74	0,08	0,10	Insignificante
	Clínica	3,36				
Indiferencia social (ESQ-S)	Escolar	3,48	-6,45	0,00	0,37	Pequeña
	Clínica	4,45				
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Escolar	4,3	-4,21	0,00	0,22	Pequeña
	Clínica	5,1				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Escolar	5,64	-4,85	0,00	0,27	Pequeña
	Clínica	6,41				
Alteración de la identidad (LIM-I)	Escolar	6,55	-3,97	0,00	0,22	Pequeña
	Clínica	7,15				
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	Escolar	5,15	-4,14	0,00	0,22	Pequeña
	Clínica	5,9				
Autoagresiones (LIM-A)	Escolar	3,61	-3,18	0,00	0,18	Insignificante
	Clínica	4,11				
Conductas antisociales (ANT-A)	Escolar	4,96	-0,52	0,61	0,03	Insignificante
	Clínica	5,06				

Tabla 52. Puntuaciones directas promedio de las muestras escolar y clínica, pruebas *t* de Student para muestras independientes y magnitud de la diferencia (continuación)

ESCALA	Muestra	Puntuación directa promedio	<i>t</i> de Student	Significación	Magnitud de la diferencia	
					<i>d</i> de Cohen	Interpretación
Egocentrismo (ANT-E)	Escolar	3,07	-0,02	0,98	0,00	Insignificante
	Clínica	3,07				
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Escolar	6,2	1,13	0,26	0,06	Insignificante
	Clínica	6				
Actitud agresiva (AGR-A)	Escolar	6,33	-4,25	0,00	0,23	Pequeña
	Clínica	7,15				
Agresiones verbales (AGR-V)	Escolar	7,97	2,04	0,04	0,11	Insignificante
	Clínica	7,62				
Agresiones físicas (AGR-F)	Escolar	3,69	-5,84	0,00	0,31	Pequeña
	Clínica	4,82				

8.4.5. Análisis muestra centro de menores

A continuación, se analizan los datos de los adolescentes evaluados en centros de menores. En la Tabla 53 se muestran las puntuaciones directas obtenidas por estos adolescentes, así como la puntuación T correspondiente en comparación con la muestra de tipificación estadounidense, la diferencia en puntuaciones directas entre ambas muestras, la magnitud de dicha diferencia y su interpretación.

Un análisis superficial de las puntuaciones T promedio de los componentes de esta muestra en comparación con la muestra de tipificación estadounidense revela que los adolescentes superan la media en numerosas escalas, llegando a superar la puntuación de 60T en una de las escalas. No obstante, las puntuaciones se sitúan en torno a la media (50T).

Las mayores diferencias entre la presente muestra y la muestra de tipificación estadounidense aparecen en Quejas somáticas (SOM) [$d= 0,58$] (especialmente en su subescala Conversión [$d= 0,84$]), Ansiedad (ANS) [$d= 0,94$] (en sus tres subescalas Cognitiva (ANS-C) [$d= 0,78$], Emocional (ANS-E) [$d= 1,03$] y Fisiológica (ANS-F) [$d= 0,90$]), Trastornos relacionados con la ansiedad [$d= 0,64$] (en su subescala Estrés postraumático (TRA-E) [$d= 0,91$]), Depresión (DEP) [$d= 0,66$] (en sus subescalas Emocional (DEP-E) [$d= 0,72$] y Fisiológica (DEP-F) [$d= 0,81$]), Paranoia (PAR) [$d= 0,63$] (en sus subescalas Hipervigilancia (PAR-H) [$d= 0,58$] y Resentimiento (PAR-R) [$d= 0,91$]), Rasgos límites (LIM) [$d= 0,93$] (en sus cuatro subescalas Inestabilidad emocional (LIM-E) [$d= 0,87$], Alteración de la identidad (LIM-I) [$d= 0,61$], Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) [$d= 0,69$] y Autoagresiones (LIM-A) [$d= 1,24$]), Problemas con las drogas (DRG) [$d= 1,58$], Agresión (AGR) [$d= 0,61$] (especialmente en sus subescalas Actitud agresiva (AGR-A) [$d= 0,55$] y Agresiones físicas (AGR-F) [$d= 0,93$]). En estas escalas la muestra evaluada en centros de menores ha obtenido puntuaciones más elevadas, señalando mayores quejas somáticas, ansiedad y trastornos relacionados con ella, sintomatología depresiva, rasgos paranoides y de personalidad límite, así como una mayor manifestación de la ira.

También se han encontrado diferencias con una magnitud del efecto moderada en las subescalas Irritabilidad (MAN-I) [$d= 0,71$] y Alteración del pensamiento (ESQ-A) [$d= 0,50$] sin que se hallan mostrado esas diferencias en sus respectivas escalas generales. En ambas subescalas la muestra evaluada en centros de menores ha vuelto a obtener puntuaciones más elevadas.

Tabla 53. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra evaluada en centros de menores comparadas con el baremo estadounidense

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Inconsistencia (INC)	5,8	57,51	2,02	0,87	Grande
Infrecuencia (INF)	4,37	54,96	1,14	0,63	Moderada
Impresión negativa (IMN)	4,72	56,01	2,08	0,66	Moderada
Impresión positiva (IMP)	10,51	44,58	-2,23	0,57	Moderada
Quejas somáticas (SOM)	10,15	55,73	3,68	0,58	Moderada
Ansiedad (ANS)	21,98	59,40	8,11	0,94	Grande
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	22,12	56,34	4,65	0,64	Moderada
Depresión (DEP)	17,51	56,46	5,33	0,66	Moderada
Manía (MAN)	22,82	53,38	2,79	0,35	Pequeña
Paranoia (PAR)	22,19	56,15	4,8	0,63	Moderada
Esquizofrenia (ESQ)	14,74	53,90	2,83	0,39	Pequeña
Rasgos límites (LIM)	29,13	59,13	9,24	0,93	Grande
Rasgos antisociales (ANT)	20,82	53,79	3,90	0,38	Pequeña
Problemas con el alcohol (ALC)	4,09	54,61	1,69	0,49	Pequeña
Problemas con las drogas (DRG)	8,18	66,39	5,99	1,58	Grande
Agresión (AGR)	26,46	55,89	6,60	0,61	Moderada
Ideaciones suicidas (SUI)	3,33	50,42	0,20	0,05	Insignificante

Tabla 53. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra evaluada en centros de menores comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Estrés (EST)	4,45	51,17	0,44	0,13	Insignificante
Falta de apoyo social (FAS)	5,07	51,83	0,69	0,21	Pequeña
Rechazo al tratamiento (RTR)	8,27	41,01	-3,44	0,97	Grande
Dominancia (DOM)	13,73	48,24	-0,81	0,20	Pequeña
Afabilidad (AFA)	15,08	50,16	0,01	0,00	Insignificante
Conversión (SOM-C)	4,36	57,54	2,21	0,84	Grande
Somatización (SOM-S)	2,93	51,64	0,45	0,21	Pequeña
Hipocondría (SOM-H)	2,85	53,93	1,01	0,49	Pequeña
Cognitiva (ANS-C)	6,76	57,37	2,73	0,78	Grande
Emocional (ANS-E)	8,25	59,18	2,85	1,03	Grande
Fisiológica (ANS-F)	6,97	58,31	2,53	0,90	Grande
Obsesivo-Compulsivo (TRA-O)	7,57	51,76	0,63	0,19	Insignificante
Fobias (TRA-F)	6,73	50,8	0,29	0,10	Insignificante
Estrés postraumático (TRA-E)	7,82	58,81	3,73	0,91	Grande
Cognitiva (DEP-C)	5,54	54,09	1,29	0,47	Pequeña
Emocional (DEP-E)	5,04	56,55	1,99	0,72	Grande
Fisiológica (DEP-F)	6,92	55,76	2,43	0,81	Grande
Nivel de actividad (MAN-A)	5,37	52,31	0,75	0,27	Pequeña

Tabla 53. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra evaluada en centros de menores comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Grandiosidad (MAN-G)	7,93	48,4	-0,55	0,16	Insignificante
Irritabilidad (MAN-I)	9,52	56,65	2,6	0,71	Moderada
Hipervigilancia (PAR-H)	9,34	55,34	1,83	0,58	Moderada
Persecución (PAR-P)	3,62	50,85	0,22	0,07	Insignificante
Resentimiento (PAR-R)	9,24	58,71	2,75	0,91	Grande
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	4,10	51,06	0,28	0,11	Insignificante
Indiferencia social (ESQ-S)	5,15	52,80	0,97	0,31	Pequeña
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	5,49	54,63	1,58	0,50	Moderada
Inestabilidad emocional (LIM-E)	7,49	57,79	2,51	0,87	Grande
Alteración de la identidad (LIM-I)	7,72	55,47	1,77	0,61	Moderada
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	7,54	56,62	2,10	0,69	Moderada
Autoagresiones (LIM-A)	6,38	61,24	2,86	1,24	Grande
Conductas antisociales (ANT-A)	9,57	58,53	1,85	0,43	Pequeña
Egocentrismo (ANT-E)	4,03	48,89	-0,41	0,13	Insignificante
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	7,21	51,24	0,44	0,12	Insignificante

Tabla 53. Puntuaciones directas y puntuaciones T promedio de la muestra evaluada en centros de menores comparadas con el baremo estadounidense (continuación)

VARIABLE	Puntuación directa promedio de la muestra	Puntuación T en comparación con el baremo estadounidense	Diferencia (en puntuaciones directas) con la muestra de tipificación estadounidense	Magnitud de la diferencia	
				d de Cohen	Interpretación
Actitud agresiva (AGR-A)	9,27	55,12	2,23	0,55	Moderada
Agresiones verbales (AGR-V)	9,44	51,9	0,83	0,20	Pequeña
Agresiones físicas (AGR-F)	7,75	58,61	3,53	0,93	Grande

8.5. Discusión

Los objetivos del presente Estudio se han centrado en analizar las puntuaciones directas medias en el PAI-A de una muestra clínica de adolescentes en España, su puntuaciones T media en comparación con el baremo estadounidense, las diferencias de las puntuaciones en sus escalas y subescalas en función de las variables sexo y edad, la diferencia con las puntuaciones directas promedio obtenidas por la muestra del Estudio 1 y, finalmente, las características de las puntuaciones obtenidas por la muestra evaluada en centros de menores.

8.5.1. Puntuaciones promedio

En relación al primer objetivo, la muestra clínica ha obtenido unas puntuaciones directas promedio dentro de lo esperado para una muestra de estas características. Al realizar la comparación con el baremo estadounidense se ha confirmado la ausencia de diferencias superiores a 10T en relación a la puntuación T media de 50 esperada para este grupo. Las puntuaciones tampoco superaron los 60T en ninguna de las variables valoradas. Esto coincide con lo obtenido por la muestra clínica original estadounidense (Morey, 2007c) que obtuvo puntuaciones directas medias más altas que la muestra de tipificación en todas las escalas

clínicas, sin que ello se tradujera en puntuaciones T iguales o superiores a 60. Dichos resultados confirman la Hipótesis 4 de la presente investigación: no existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra clínica de adolescentes en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense.

En relación al análisis comparativo de las puntuaciones directas, se han observado algunas magnitudes de las diferencias moderadas y una magnitud de la diferencia interpretada como grande en la subescala Ansiedad emocional (ANS-E) con mayores puntuaciones para la muestra española. Esto vuelve a estar en línea con lo sugerido en el Estudio 1 y por estudios anteriores (Huguet y Miró, 2008; Romero-Acosta et al., 2013) al comparar los indicadores de ansiedad y depresión de muestras españolas con muestras de otros países. De forma también coherente, se han obtenido diferencias moderadas en las escalas Depresión (DEP), Ansiedad (ANS) y la subescala Conversión (SOM-C) de la escala Quejas somáticas.

8.5.2. Influencia del sexo

Se analizarán los resultados comenzando por aquellas variables en las que las chicas han obtenido puntuaciones significativamente superiores para continuar con aquellas en las que los varones han destacado de forma significativa.

En el análisis del grupo femenino destaca la mayor puntuación en las escalas Quejas somáticas y en dos de sus subescalas (Somatización e Hipocondría), en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad y en dos de sus subescalas (Fobias y Estrés postraumático). También en las escalas Ansiedad, Depresión, Estrés, Ideaciones suicidas y Afabilidad, así como en todas sus subescalas. Todos estos datos apoyan los obtenidos por la mayoría de estudios anteriores en los que las chicas han presentado con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad, depresión y quejas somáticas (Alloy, Hamiltonm Hamlat y

Abramson, 2016; Benítez, Sánchez y Serrano, 2015; Collishaw, 2015; Costello et al., 2006; Essay et al., 1999; Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996; Hanking, Mermelstein y Roesch, 2007; Hendren, 2004; Letcher et al., 2012; Merikangas et al., 2009; Roberts et al., 1998; Romero-Acosta et al., 2013; Silverio y García, 2007). Todo ello también está en línea con las prevalencias de trastornos en adultos (APA, 2003; Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011) y en coherencia con asumir la adolescencia como el periodo en el que comienzan a evidenciarse tanto los problemas psicológicos como las diferencias de sexo (Hayward y Sandborn, 2002; Mendle, 2014; Merikangas et al., 2009; Pedreira-Massa et al., 2014; Rojo, 2009).

También han obtenido mayores puntuaciones las chicas en Paranoia y en su subescala Hipervigilancia, en la subescala Experiencias psicóticas de la escala Esquizofrenia, en Rasgos límites y en tres de sus subescalas (Inestabilidad emocional, Alteración de la identidad y Relaciones interpersonales problemáticas). Esto es también congruente con los planteamientos y resultados que consideran la existencia de una diferencia en la forma de relacionarse entre las chicas y los chicos (Hanking et al., 2007), estimando que durante la niñez y especialmente en la adolescencia, el grupo femenino otorga una elevada importancia a las relaciones sociales en relación a su autoconcepto e identidad, poseen una elevada empatía, conformidad e inhibición de emociones negativas (Aseltine, Gore y Colten, 1994; Keenan y Hipwell, 2005; Laursen, 1996). Todo eso puede llegar a suponer un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de depresión y ansiedad (Cyranski, Frank, Young y Shear, 2000; Keenan y Hipwell, 2005). Finalmente, de acuerdo al conocimiento disponible, al igual que en los adultos, la puntuación obtenida en Rasgos límites está respaldada por la consideración de una mayor presencia de sintomatología y diagnósticos de personalidad límite en chicas (Bradley, Conklin y Westen, 2005).

En el grupo masculino se han hallado puntuaciones significativamente superiores en las escalas Rasgos antisociales y en su subescala Conductas antisociales y Problemas con las drogas, en las subescalas Grandiosidad y Agresiones físicas. Estos resultados apoyan lo obtenido en la mayoría de los estudios anteriores que sugieren que los chicos sufren con más frecuencia trastornos por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del comportamiento perturbador (Berkout, Young y Gross, 2011; Collishaw, 2015; Merikangas et al., 2009; Roberts et al., 1998) y con los datos de la última encuesta ESTUDES en relación al consumo problemático de sustancias (MSSSI, 2016).

Como se ha indicado en su presentación y en el Estudio anterior, el PAI-A fue diseñado con especial interés en reducir la posibilidad de sesgos en la evaluación debido a diferencias sociodemográficas (Morey, 2007c) sin eliminar las diferencias naturalmente existentes entre estos grupos, señaladas repetidamente en la bibliografía sobre población clínica adolescente (Collishaw, 2015; Costello et al., 2006; Essay et al., 1999; Fredrikson et al., 1996; Hendren, 2004; Letcher et al., 2012; Merikangas et al., 2009; Roberts et al., 1998; Siverio y García-Hernández, 2007). Los resultados replican la influencia de la variable sexo hallada en los numerosos estudios señalados, confirmando la Hipótesis 5 de la presente investigación: existen diferencias significativas en función del sexo en la puntuación directa promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra clínica adolescente.

8.5.3. *Influencia de la edad*

Dirigiendo ahora la atención hacia las diferencias obtenidas en función del grupo de edad, el grupo de adolescentes (15-18 años) ha obtenido mayores puntuaciones en todas las escalas que han arrojado diferencias significativas, Quejas somáticas y en sus tres subescalas; Trastornos relacionados con la ansiedad y en dos de sus subescalas (Obsesivo-compulsivo y Estrés postraumático), Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social. También en las

subescalas Ansiedad cognitiva, Ansiedad fisiológica, Depresión emocional e Irritabilidad de la escala Manía. Estos resultados están en línea con lo hallado en numerosos estudios anteriores en los que los adolescentes a partir de 14 años concentran los diagnósticos relacionados con ansiedad y depresión (Aláez, Martínez-Arias, Rodríguez-Sutil, 2000).

También obtienen puntuaciones más elevadas en Paranoia y en dos de sus subescalas (Hipervigilancia y Resentimiento), Esquizofrenia y en su subescala Alteración del pensamiento, Rasgos límites y en sus cuatro subescalas. Dichos resultados son coherentes con la información precedente aportada por la OMS (2004) donde se establece que las psicosis adultas comienzan desde los 15 años de edad, también con los estudios anteriores en los que se sugiere que los trastornos mentales crónicos tienen su inicio alrededor de los 14 años de edad (Kessler et al., 2005) y con aquellos en los que los adolescentes obtienen mayores tasas de prevalencia en trastornos mentales (Costello et al., 2011; Roberts et al., 1998). Así también, estos resultados están en línea con lo hallado en la última Encuesta de comorbilidad hospitalaria en España (INE, 2016b) donde en comparación con edades inferiores, el grupo de edad de 15 a 24 años genera la mayor cantidad de ingresos causados por trastornos mentales, siendo las patologías más comunes trastornos neuróticos, de la personalidad, otros trastornos no psicóticos (excepto drogas o alcohol), los trastornos esquizofrénicos y otras psicosis.

Finalmente, este grupo de edad ha obtenido puntuaciones más elevadas en Rasgos antisociales y en dos de sus subescalas (Conductas antisociales y Búsqueda de sensaciones), en Problemas con el alcohol, Problemas con las drogas, Agresión y en su subescala Agresiones físicas y en Dominancia. Esto también se encuentra en consonancia con los datos de prevalencia de estudios anteriores donde los adolescentes a partir de 14 años han obtenido la mayor prevalencia de diagnósticos de trastornos de conducta y con un uso de riesgo de

diferentes sustancias, así como una repetida comorbilidad entre trastornos de conducta y abuso de alcohol y drogas (Aláez et al., 2000; Loeber y Keenan, 1994; MSSSI, 2016).

Finalmente, teniendo en cuenta la controversia existente en cuanto al diagnóstico de trastornos de la personalidad en adolescentes (Feenstra, Busschbach, Verheul y Hutsbaut, 2011) y que la muestra del presente Estudio no ha alcanzado puntuaciones que indiquen la presencia de estos trastornos, cabe recordar que es en la adolescencia donde estos trastornos tienen sus primeras manifestaciones e incluso muestran prevalencias similares a la de los adultos (15%) (Bradley et al., 2005; Shiner, 2009). Por lo que lo obtenido en relación a las escalas que valoran rasgos de personalidad y en concreto la obtenida por este grupo de edad y por los varones en Rasgos antisociales, resulta también coherente con la elevada relación entre trastornos de la conducta, consumo de sustancias e implicación en conductas violentas y delictivas señalada en la mayor parte de la literatura (Dishion, 2000; Disney, Elkins, McGue y Iacono, 1999; Loeber y Keenan, 1994; Fernández et al., 2010). Los resultados anteriores confirman la Hipótesis 6 de la presente investigación: existen diferencias significativas en función del grupo de edad en la puntuación directa promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A en la muestra clínica adolescente.

8.5.4. Comparación entre muestras

En relación a la comparación de las puntuaciones entre las muestras de ambos estudios, como cabía esperar, la muestra clínica ha obtenido puntuaciones superiores en casi todas las escalas que han arrojado diferencias significativas. La muestra clínica ha obtenido mayores puntuaciones en Quejas somáticas, Ansiedad, Depresión, Rasgos límites, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y en todas sus subescalas, también en Trastornos relacionados con la ansiedad y en su subescala Estrés postraumático. Finalmente, la muestra clínica ha obtenido mayores puntuaciones en Esquizofrenia y en dos de sus subescalas (Indiferencia social y

Alteración del pensamiento), Agresión y en dos de sus subescalas (Actitud agresiva y Agresiones físicas) y en la subescala Persecución. Estos resultados son coherentes con los arrojados en la comparación de las muestras originales empleadas en la creación del PAI-A (Morey, 2007c) a excepción de la mayor puntuación obtenida por la muestra escolar en Problemas con el alcohol. Por otro lado, estos resultados coinciden con la literatura consultada al señalar los trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador entre los problemas de salud mental más comunes en la adolescencia (Merikangas et al., 2009; OMS, 2014; Pérez, 2015; Polanczyk et al., 2015). Por su parte, la muestra clínica del presente Estudio ha obtenido una mayor puntuación en la escala Problemas con las drogas, sin embargo no se alcanzó una diferencia significativa. Esto puede ser atribuible a dos causas, por un lado que en el momento de la evaluación los adolescentes de la muestra clínica se encontraban en tratamiento o bajo supervisión o tutela estatal, lo cual puede ser un incentivo a una menor consecuencia actual de un posible abuso de sustancias y, por otro lado, al enfoque directo de la escala, la cual en el supuesto de adoptar una actitud de negación ante un problema de abuso de drogas no evidencia elevaciones suficientes (Cardenal, et al., en prensa).

Finalmente, la muestra escolar ha obtenido puntuaciones significativamente mayores en las escalas Problemas con el alcohol, Dominancia y en la subescala Agresiones verbales. La mayor puntuación en Dominancia se encuentra de acuerdo a lo obtenido en el estudio original (Morey, 2007c) y a las características de normalidad de la muestra al indicar un estilo interpersonal más independiente, sincero y con mayor capacidad de liderazgo y de gestión de las relaciones (Cardenal et al., en prensa). Por otro lado, llama la atención la mayor puntuación obtenida en relación a Problemas con el alcohol, aunque cabe considerar la posibilidad de que los adolescentes pertenecientes a muestra escolar posean una mayor predisposición a admitir

de forma explícita consecuencias negativas del consumo de alcohol, tal y como se refleja en la encuesta ESTUDES (MSSSI, 2016) en la que los adolescentes matriculados en centros de educación secundaria reconocen abiertamente desde los 14 años consumir alcohol a diario, haber bebido en botellones, el consumo habitual de cinco o más medidas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, así como haber experimentado estados de ebriedad en el último mes.

Los resultados anteriores confirman la Hipótesis 7 de la presente investigación: existen diferencias significativas en función del tipo de muestra (escolar o clínica) en las puntuaciones directas promedio de una o más escalas o subescalas del PAI-A.

8.5.5. Análisis muestra en centros de menores

Finalmente, del análisis de la muestra de adolescentes evaluados en centros de menores cabe destacar las puntuaciones iguales o mayores a 55T obtenidas por esta muestra, en comparación con el baremo de tipificación estadounidense, en las escalas Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la Ansiedad, Depresión, Paranoia y en su subescala Resentimiento, Rasgos límites y en sus tres subescalas, Problemas con las drogas y Agresión y en dos de sus subescalas (Actitud agresiva y Agresiones físicas). También se han obtenido puntuaciones elevadas en las subescalas Irritabilidad y Conductas antisociales. Dichas puntuaciones resultan coherentes con lo obtenido en los estudios de validez del PAI-A al valorar una muestra de adolescentes en centros de menores, así como con el perfil obtenido por aquellos adolescentes diagnosticados con trastorno de conducta, dicha coincidencia se reflejó también en el perfil tipo 8, descrito en el Capítulo 4, en el que un 52,7% de los adolescentes que obtuvieron ese perfil fueron evaluados en entornos forenses, un 49,2% fueron diagnosticados con un trastorno de abuso de sustancias y un 37,5% obtuvieron un diagnóstico trastorno de la conducta (Morey, 2007c). Finalmente, las puntuaciones obtenidas están también en consonancia con la mayoría de estudios y revisiones anteriores que señalan mayores

indicadores de ansiedad, depresión y hostilidad compatibles con el diagnóstico de trastorno de la conducta en adolescentes infractores (Barret et al., 2006; Belda-Grindley y Molinero-Roldan, 2008; Cuellar et al., 2006; Penner et al., 2011; Rioseco et al., 2009; Vilarino, Amado y Alves, 2013). Dichos resultados conducen a la confirmación de la Hipótesis 8 de la presente investigación: existen diferencias superiores a 10T en la puntuación T media de la muestra evaluada en centros de menores en las escalas y subescalas del PAI-A en comparación con la muestra de tipificación estadounidense

8.6. Conclusiones generales y líneas futuras

Los resultados presentados en este Estudio han permitido la obtención por primera vez en España de información sobre variables de personalidad y clínicas en una amplia muestra clínica y de centros de menores en España. Así, este Estudio aporta una mejora en el conocimiento de la salud mental de los menores a partir de 12 años en tratamiento o bajo sospecha de problemas psicológicos o emocionales en España gracias a una herramienta que en su versión original ha demostrado su utilidad en esta población.

Los participantes han sido evaluados de forma individual por profesionales de la salud mental. Finalmente, los datos obtenidos son coherentes con los arrojados por la muestra clínica original en comparación con el baremo estadounidense y en ausencia aún de un baremo español. También, como era esperable, el presente Estudio apoya los datos de la mayoría de estudios anteriores al mostrar una cierta influencia de las variables sexo y edad en las puntuaciones obtenidas en las escalas y subescalas del PAI-A. Al mismo tiempo, la discusión de resultados del presente Estudio plantea que el instrumento de evaluación que aquí se presenta es una herramienta eficaz para estimar variables de personalidad y clínicas en población adolescente clínica más allá de las características de sexo y edad del evaluado, tal y como puede comprobarse en las magnitudes del efecto obtenidas.

Por otro lado, de la comparación de la muestra de ambos estudios es posible sugerir que el PAI-A es útil en la detección de alteraciones que exceden lo adaptativo y normal en esta etapa vital. El PAI-A ha demostrado su capacidad y utilidad en el ámbito clínico al detectar los principales problemas de los adolescentes descritos en estudios anteriores. Finalmente, de los datos obtenidos de los adolescentes valorados en centros de menores se desprende una vez más la utilidad del PAI-A en la detección de los principales problemas clínicos de esta población.

En relación a la puntuación obtenida por la muestra clínica en comparación con el baremo estadounidense, se ha alcanzado una diferencia de la magnitud considerada grande en la subescala Ansiedad emocional y moderadas en Ansiedad (y en sus subescalas Ansiedad cognitiva y Ansiedad fisiológica), Depresión y en sus tres subescalas, en la subescala Conversión (de Quejas somáticas) y Resentimiento (de Paranoia). La magnitud encontrada ha sido pequeña en Quejas somáticas (y en su subescala Somatización e Hipocondría), Trastornos relacionados con la ansiedad (y en sus tres subescalas, Paranoia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, en las subescalas Grandiosidad e Irritabilidad (de Manía), en Alteración del pensamiento (de Esquizofrenia), Inestabilidad emocional, Alteración de la identidad y Autoagresiones (de Rasgos límites), Búsqueda de sensaciones (de Rasgos antisociales) y Agresiones verbales.

En relación a las diferencias en función del sexo, se han obtenido diferencias de la magnitud moderadas en Ansiedad emocional (de Ansiedad), Estrés postraumático (de Trastornos relacionados con la ansiedad) y Alteración de la identidad (de Rasgos límites). También se han obtenido magnitudes de la diferencia pequeñas en Quejas somáticas (y en sus subescalas Somatización e Hipocondría), Ansiedad (y en su subescala Cognitiva y Fisiológica), Trastornos relacionados con la ansiedad (y en su subescala Fobias), Depresión (y en sus tres subescalas), Paranoia (y en sus subescalas Hipervigilancia y Resentimiento), Esquizofrenia (y

en su subescala Experiencias psicóticas y Alteración del pensamiento), Rasgos límites (y en sus subescalas Inestabilidad emocional y Relaciones interpersonales problemáticas, Rasgos antisociales (y en su subescala Conductas antisociales), Estrés. También en las subescalas Grandiosidad (de manía) y Agresiones físicas (de Agresión).

Analizando la variable edad, se han obtenido magnitudes de la diferencia moderadas en Problemas con el alcohol, Problemas con las drogas y Estrés. También se han obtenido magnitudes del efecto pequeñas en Trastornos relacionados con la ansiedad (y en su subescala Estrés postraumático), Paranoia (y en su subescala Hipervigilancia y Resentimiento), Rasgos límites (y en sus cuatro subescalas), Rasgos antisociales (y en su subescala Conductas antisociales y Búsqueda de sensaciones), Falta de apoyo social, Dominancia. También en las subescalas Somatización e Hipocondría (de Quejas somáticas), Ansiedad cognitiva y fisiológica (de Ansiedad), Depresión emocional (de Depresión), Irritabilidad (de Manía) y Alteración del pensamiento (de Esquizofrenia).

En la comparación entre ambas muestras, se han obtenido magnitudes de la diferencia moderadas en Depresión, Esquizofrenia, Ansiedad fisiológica (de Ansiedad), Depresión Emocional (de Depresión). También se han encontrado diferencias pequeñas en Quejas somáticas (y en sus tres subescalas), Ansiedad (y en sus subescalas Cognitiva y Emocional), Trastornos relacionados con la ansiedad (y en su subescala Estrés postraumático), Esquizofrenia (y en sus subescalas Indiferencia social y Alteración del pensamiento), Rasgos límites (y en sus cuatro subescalas), Problemas con el alcohol, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y en las subescalas Depresión cognitiva, Depresión fisiológica, Actitud agresiva y Agresiones físicas (de Agresión).

En el análisis de las puntuaciones obtenidas por una muestra evaluada en centros de menores se han obtenido magnitudes de la diferencia Grandes en Ansiedad (y en sus tres

subescalas), Rasgos límites (y sus subescalas Inestabilidad emocional y Autoagresiones), Problemas con las drogas. También en la subescala Conversión (de Quejas somáticas), Estrés postraumático (de Trastornos relacionados con la ansiedad), Depresión emocional y fisiológica, Resentimiento (de Paranoia) y Agresiones físicas (de Agresión). También se han obtenido magnitudes moderadas en Quejas somáticas, Depresión, Paranoia, Agresión, Nivel de actividad e Irritabilidad (de Manía), Hipervigilancia (de Paranoia), Alteración del pensamiento (de Esquizofrenia), Alteración de la identidad y Relaciones interpersonales problemáticas (de Rasgos límites), Actitud agresiva (de Agresiones). Finalmente, se han obtenido magnitudes de la diferencia pequeñas en las escalas Manía (y en su subescala Nivel de actividad), Esquizofrenia (y en su subescala Indiferencia social), Rasgos antisociales (y en su subescala Conductas antisociales), Problemas con el alcohol, Falta de apoyo social, Dominancia y en las subescalas Somatización e Hipocondría de (Quejas somáticas), Depresión cognitiva y Agresiones físicas (de Agresión).

Con lo anterior, se presenta un instrumento que ha demostrado su capacidad para detectar y valorar adecuadamente la intensidad de variables de personalidad y clínicas de los adolescentes en tratamiento o bajo sospecha de trastorno psicológico, así como en aquellas poblaciones internadas en centros de menores. Por ello, el PAI-A demuestra ser una herramienta de evaluación útil que puede emplearse tanto en la confirmación de salud psicológica de los adolescentes en una valoración de seguimiento, como en la detección de posibles alteraciones en la normalidad de las variables de personalidad o clínicas, permitiendo conocer su presencia de forma temprana, atender con la rapidez necesaria dichas alteraciones y tener la oportunidad de evitar un potencial trastorno posterior.

En relación a líneas futuras, sería especialmente recomendable ampliar el conocimiento sobre las cualidades del PAI-A en el ámbito clínico español y especialmente en el forense ya

que, como gran novedad, esta herramienta incluye recomendaciones sobre el tratamiento y en su versión original ha mostrado una importante utilidad en la predicción y prevención de conductas delictivas asociadas a la enfermedad mental. Por ello, sería de gran interés aplicar el PAI-A a muestras con diagnóstico o en sospecha de trastorno de conducta con el fin de intervenir de forma temprana y prevenir posibles complicaciones futuras con su problemática sanitaria, social y jurídica asociada.

9. CONCLUSIONES GENERALES

La adolescencia es un periodo de importantes y trascendentales cambios en todas las esferas del ser humano. Puede considerarse como una etapa de especial vulnerabilidad en el desarrollo de alteraciones psicopatológicas. La importante prevalencia de problemas y trastornos en este tramo de edad pone de manifiesto la importancia de centrar la atención en la necesidad de cuidar la salud mental en un momento crítico de la vida en relación a la estabilidad y salud mental. Esta realidad ha hecho que en los últimos años haya un creciente interés por la maduración psicológica y sus alteraciones en estas edades, expuestos en la gran cantidad de estudios disponibles.

Conocer la influencia de las variables demográficas en el desarrollo normal y patológico de la personalidad es un elemento esencial para comprender el funcionamiento del comportamiento humano y sus alteraciones. En este sentido, la adolescencia ofrece un periodo de transformaciones clave en el conocimiento de las relaciones entre estas variables y la evolución de trastornos de la salud mental. Para ello, es necesario contar con herramientas que cubran de forma precisa y eficaz el rango de variables clínicas y personalidad necesarias de acuerdo al conocimiento disponible.

Así, la adaptación de una herramienta tan amplia, eficiente y de fácil uso como el PAI-A ofrece la oportunidad no sólo de ampliar el conocimiento sobre el desarrollo normal, sino de conocer más profundamente las principales características de los problemas de salud más comunes en esta importante etapa vital. En ella parecen hacerse evidentes por primera vez las diferencias en función del sexo y la edad no sólo en población general con un desarrollo ajustado, sino también en aquellos bajo sospecha o en tratamiento por problemas o trastornos psicopatológicos. Así mismo, en su versión original el PAI-A ha demostrado un adecuado poder predictivo de trastornos en la edad adulta a partir de la valoración en la adolescencia.

Con lo anterior, se pone de manifiesto la interesante labor que es posible llevar a cabo con población general, clínica y forense menor de edad, partiendo de una evaluación exhaustiva con una herramienta que ya ha demostrado su utilidad en su versión original, facilitando con ello el seguimiento de un desarrollo normal, la detección temprana de alteraciones y la prevención de conductas delictivas relacionadas con la enfermedad mental. Así, conocer el perfil de personalidad completo de aquellos adolescentes clínicos e infractores y desde ese conocimiento intentar dilucidar la posibilidad de intervenir y prevenir el desarrollo o intensificación de problemas clínicos se presenta como un desafío interesante en una actualidad donde la violencia juvenil y la reincidencia delictiva se erige como un problema social cada vez de mayor importancia.

10. FORTALEZAS, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

El presente Estudio ha contribuido a la mejora del conocimiento de la salud psicológica de los adolescentes españoles tanto en el entorno escolar como clínico con la fortaleza de una considerable cantidad de adolescentes de ambos sexos y edades en ambas muestras, lo que proporciona una mayor validez a los datos y la posibilidad de generalizar los resultados a ambos sexos en ambas etapas de la adolescencia.

Sin embargo, la presente investigación cuenta con determinadas limitaciones que es preciso referir. En primer lugar, la introducción de los datos del cuestionario se llevó a cabo en unos casos de forma manual por el profesional evaluador mediante la plataforma digital de la editorial y en otros la realizó la misma editorial a través de corrección mecanizada. Esto supone una posible fuente de error metodológico que, aunque se ha tratado de corregir, es necesario tener en cuenta. Por otro lado, al no contar con el baremo español se ha comparado la puntuación directa con el baremo estadounidense. Sin embargo, los datos obtenidos han coincidido con los obtenidos por estudios anteriores tanto con muestras no españolas como españolas, aquellos datos que no han coincidido han podido explicarse, siendo coherentes con diferentes fuentes de información. Finalmente, en la valoración de la muestra clínica no se ha contado con el diagnóstico de los adolescentes valorados en los diferentes contextos, esto hubiera enriquecido aún más los resultados obtenidos y hubiera permitido un análisis más profundo de las propiedades del cuestionario empleado.

En relación a las perspectivas de futuro, además de las líneas futuras señaladas en cada estudio, sería interesante analizar las diferencias en función del sexo en cada grupo de edad analizado en ambas poblaciones, así como la diferencias en función del sexo del grupo valorado

en centros de menores. Dichos análisis no se han llevado a cabo por escapar a los objetivos de la presente tesis doctoral.

Asimismo, cabe la expectativa de seguir empleando este cuestionario una vez sea posible contar con el baremo español y con ello seguir ahondando en el conocimiento de la salud psicológica de la población adolescente en España. Información tan enriquecedora como necesaria en la prevención y atención del desarrollo de problemas y en la potenciación de la salud psicológica interviniendo en aquellas áreas en la que el ser humano es más vulnerable en el camino a su madurez psicológica.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525–532.
- Adler, A. (1907). *Study of organ inferiority and its psychological compensation*. Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Allik, J., Laidra, K., Realo, A. y Pullmann, H. (2004). Personality development from 12 to 18 years of age: Changes in mean levels and structure of traits. *European Journal of Personality*, 18(6), 445–462.
- Alloy, L. B., Hamilton, J. L., Hamlat, E. J., & Abramson, L. Y. (2016). Pubertal Development, Emotion Regulatory Styles, and the Emergence of Sex Differences in Internalizing Disorders and Symptoms in Adolescence. *Clinical Psychological Science*, 4(5), 867–881.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York, NY: Holt.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in Personality*. New York, NY: Holt (ed. cast.: Barcelona: Herder).
- American Psychiatric Association. (APA, 2003). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2014a). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (APA, 2014b). Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. En American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual*

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (pp.461-481). Madrid: Panamericana.

American Psychological Association. (2002). *Developing Adolescents: A reference for professionals*. Washington D.C: American Psychological Association, 2002.
Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>

Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V. y Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 85-94.

Archer, R. P. y Newsome, C. R. (2000). Psychological test usage with adolescent clients: Survey update. *Assessment*, 7, 227–235

Arrindell, W. A., Van Faassen, H. K. Y Pereira, J. L. (1986). A cross- cultural study of patterns of self-reported emotional distress in Dutch and Antillean secondary-school pupils living on the Netherlands- Antilles. *Personality and Individual Differences*, 6, 725–736.

Aseltine, R. H., Gore, S. y Colten, M. E. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 252–263.

Ashton, M. C. y Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150-166.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Cuadernos técnicos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
Recuperado de <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>

- Baity, M. R., Siefert, C. J., Chambers, A. y Blais, M. A. (2007). Deceptiveness on the PAI: A study of naïve faking with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 88, 16–24.
- Bandura, A. y Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310.
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. En *Handbook of personality: theory and research* (pp. 154–196).
- Baum, J. L., Archer, R.P., Forbey, J.D y Handel, R.W. (2009). A Review of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent (MMPI-A) and the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) With an Emphasis on Juvenile Justice Samples. *Assessment*, 16, 384-400.
- Barrett, B., Byford, S., Chitsabesan, P. y Kenning, C. (2006). Mental health provision for young offenders: Service use and cost. *British Journal of Psychiatry*, 188, 541– 546.
- Barrouillet, P. (2015). Theories of cognitive development: From Piaget to today. *Developmental Review*, 38, 1–12.
- Belda-Grindley, C. y Molinero-Roldán, J.M. (2008). Menores infractores y salud mental. En Vargas-Vargas, D. (Coords.), *Actas del II Symposium Internacional sobre Justicia Juvenil y del I Congreso Europeo sobre Programas de Cumplimiento de Medidas Judiciales para Menores: Vol. 2.* (pp. 329-336). Universidad de Sevilla.
- Benítez, M., Sánchez, E. y Serrano, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 32 (2), 235-253.



- Berkout, O. V., Young, J. N. y Gross, A. M. (2011). Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 503–511.
- Bermúdez, J. (1985). Concepto de Personalidad. En Bermúdez, J. (ed.), *Psicología de la Personalidad*. (Vol. 1, pp. 17 - 38). Madrid: UNED.
- Bermúdez, J. (2011). La estabilidad de la personalidad. En Bermúdez, J., Pérez-García, A. M. y Ruiz, C. J. A. (2011). *Psicología de la personalidad* (pp.157- 200). Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>
- Best, D., Rawaf, S., Rowley, J., Floyd, K., Manning, V. y Strang, J. (2001). Ethnic and gender differences in drinking and smoking among London adolescents. *Ethnicity & Health*, 6(1), 51–7.
- Blumentritt, T., Angle, R. y Brown, J. (2004). MACI personality patterns and DSM-IV symptomology in a sample of troubled Mexican-American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 13, 163-178.
- Blumentritt, T. y Wilson, C. (2004). The Millon Adolescent Clinical Inventory: Is it valid and reliable for Mexican-American youth? *Journal of Personality Assessment*, 83, 64-74.
- Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J. A., y Visher, C. A. (1986). Participation in criminal Careers. En Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J. A. y Visher, C. A. (Eds.) *Criminal careers and “career criminals”* (Vol. I). (pp. 31-54). Washington, DC: National Academy Press. Recuperado de <http://0-site.ebrary.com.jabega.uma.es/lib/bibliotecauma/reader.action?docID=10062744#>

Boag, S. (2015). Personality assessment, “construct validity”, and the significance of theory. *Personality and Individual Differences, 84*, 36-44.

Boone, D. (1998). Internal consistency reliability of the Personality Assessment Inventory with psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 839-843.

Bradley, R., Conklin, C. Z. y Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 46*(9), 1006–1019.

Branje, S. J. T., Van Lieshout, C. F. M., y Gerris, J. R. M. (2007). Big Five personality development in adolescence and adulthood. *European Journal of Personality, 21*, 45–62.

Broc-Cavero, M. A., y Gil-Ciria, C. (2008). Predicción del rendimiento académico en alumnos de ESO y bachillerato mediante el inventario clínico para adolescentes de Millon (escala MACI). *Anales de Psicología, 24*(1), 158–167.

Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (1992). *MMPI–A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Calero, M.D. y Padilla J.L. (2013). Técnicas psicométricas: los tests. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (pp. 299-335). Ediciones Pirámide.

Campos, M. (2013). Trastornos del control de impulsos. En Ortiz-Tallo (Coord.). *Psicopatología clínica*. (pp.95-102). Ediciones Pirámide.

- Capaldi, D.M. y Eddy, J.M. (2015). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. En Gullotta, T.P., Plant, R.W. y Evans, M.A. (eds.). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. (pp.265-286). Springer Science+Business Media: New York.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P. y Campos, M. (En prensa). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Caprara, G. V. y Cervone, D. (2000a). Prologue: Personality Psychology as an integrative discipline. En Caprara, G. V. y Cervone, D. *Personality. Determinants, dynamics, and potentials*. (pp. 2-7). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Caprara, G. V. y Cervone, D. (2000b). Individual differences: Traits, Temperament, and Intelligence. En Caprara, G. V. y Cervone, D. *Personality. Determinants, dynamics, and potentials*. (pp. 62-97). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Carey, S., Zaitchik, D. y Bascandzhev, I. (2015). Theories of development: In dialog with Jean Piaget. *Developmental Review*, 38, 36–54.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1997). Tipos, rasgos e interaccionismo. En *Teorías de la personalidad* (pp.58-91). México: Prentice Hall.
- Casullo, M. y Castro, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 129-140.
- Cattell, R. B. (1947). Confirmation and clarification of primary personality factors. *Psychometrika*, 12, 197-220.
- Cattell, R. B. (1950). The main personality factors in questionnaire, self-estimated material.

Journal of Social Psychology, 31, 3-38.

Cattell, R.B. (1957). Personality and motivation structure and measurement. Yonkerson-Hudson, NY: World Book.

Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin Books.

Cloninger, S. C. (1996). *Personality: description, dynamics and development*. New York: Freeman.

Cloninger, S. (2009). Conceptual issues in personality theory. En Corr, P. y Matthews, G. (ed.). *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. (pp. 3-26). Cambridge: Cambridge University Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370–393.

Connor, D. F., Ford, J. D., Albert, D. B. y Doerfler, L. A. (2007). Conduct disorder subtype and comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(3), 161–168.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources (adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos, Madrid: TEA, 1999).



- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. En Heatherton, T. F. y Weinberger, J. L. (eds.). *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr. y McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000, *Journal of Personality Assessment*, 68, 86–94.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (2009). The five-factor model and the NEO inventories. En J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment* (pp. 299-322). Oxford: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263–1271.
- Costello, E. J., Copeland, W. y Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52 (10), 1025-1025.
- Cuellar, A. E., McReynolds, L. S. y Wasserman, G. A. (2006). A cure for crime: Can mental health treatment diversion reduce crime among youth? *Journal of Policy Analysis and Management*, 25 (1), 197-214.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21–27.
- De Bolle, M., De Fruyt, F., McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E., Costa, P. T., Aguilar-Vafaie, M. E., ... Terracciano, A. (2015). The emergence of sex differences in personality traits in

early adolescence: A cross-sectional, cross-cultural study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(1), 171–85.

De la Osa, N. y Lacalle, M. (2013). Evaluación en la infancia y la adolescencia. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. (pp. 339-356). Madrid: Pirámide.

Defensor del Pueblo. Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria. Madrid. 2007.

Díaz, J., De la Peña, F., Suárez, J., y Palacios, L. (2004). Perspectiva actual de la violencia juvenil. *Med UNAB*, 6, 115-124.

Dishion, T. J. (2000). Cross-setting consistency in early adolescent psychopathology: Deviant friendships and problem behavior sequelae. *Journal of Personality*, 68(6), 1109–1126.

Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M. y Iacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1515–1521.

Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L.W., Mowrer, O. H. y Sears, R. *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.

Edens, J. F., Cruise, K. R. y Buffington-Vollum, J. K. (2001). Forensic and correctional applications of the personality assessment inventory. *Behavioral Sciences and the Law*, 19 (4), 519-543.

Endler, N.S. (1993). Personality: an international perspective. En J. Heterterna and I.J. Deary (eds.), *Foundations of personality*. (pp. 251–68). Dordrecht: Kluwer.

Essay, C., Conratt, J. y Peterman, F. (1999) Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research Therapy*, 37, 831-843.

- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1967). The biological basis of personality. *American Lecture Series, Publication No 689 A Monograph in the Bannerstone Division of American Lectures in Living Chemistry*, xvii, 399 .
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and Environmental Contributions to Individual Differences: The Three Major Dimensions of Personality. *Journal of Personality*, 58(1), 245–261.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior and adult)*. London: Hodder and Stoughton
- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. Londres: Plenum [Trad. cast.: *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide, 1987].
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York, NY: WW Norton.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Conceptos y modelos básicos. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (pp. 27-59). Ediciones Pirámide.
- Fernández A., González M.A., Abeijón J.A., Bravo B., Fernández de Legaria J.A., Guadilla M.L., Gutiérrez J.R., Hernanz M., Larrinaga M.A., Lasa A., Múgica M.A., Palomo J. y Rey F. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Informe no: Osteba D-10-01.
- Fierro, A. (2002). Psicodiversidad: dimensiones y factores. En Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción* (pp. 37-68). Madrid: Alianza.
- Fierro, A. (2014). Desarrollo de la personalidad en la adolescencia. En Fierro, A. *La construcción de la persona: Estudios para una Psicología de la acción y del devenir*

personal. (pp. 216-236). Málaga: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica de la Universidad de Málaga. Recuperado de <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>.

Fierro, A., Martí, E., Onrubia, J. y García-Milá, M. (1997) *Psicología del Desarrollo: el mundo del adolescente.* Ed. ICE. Universitat de Barcelona.

Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V, Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of axis I and axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 842–50.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams* (3rd edition). MacMillan Co. New York, NY.

Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, Hå. y Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 33–39.

Furnham, A. (2015). Personality Assessment: Overview. En Wright, J. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* (pp. 849-856). Elsevier.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.

Germans, S., Van-Heck, G.L. y Hodiament, P.P.G. (2012). Results of the search for personality disorders screening tools: clinical Implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (2), 165-173.

Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (ed.), *Review of personality and social psychology*, vol. 2, pp. 141–65. Beverly Hills, CA: Sage.

Gray, J. A. 1970. The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour, Research and Therapy*, 8, 249–66.

- Guilford, J.P. (1959). *Personality*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Gutgesell, M. E. y Payne, N. (2004). Issues of adolescent psychological development in the 21st century. *Pediatrics in Review*, 25(3), 79–85.
- Hamblenton, R.K., Merenda, P.F. y Spielberger, C.D. (Eds.) (2005). *Adapting educational and psychological test for cross-cultural assessment*. Londres: LEA.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. y Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128–140.
- Hankin, B. L., Mermelstein, R. y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279–295.
- Hayward, C. y Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30S, 49–58.
- Hazen, E., Schlozman, S. y Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: a review. *Pediatrics in Review*, 29(5), 161–168.
- Hendren, R.L. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través del ciclo vital. En Buendía, J. *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos Actuales*. (pp.197-214). Madrid: Pirámide.
- Hetland, J., Torsheim, T. y Aaro, L.E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: Dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 223-230.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hidalgo, M. I., González, M. J. y Güemes, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3579–3587.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Rogers, R., y Sewell, K. (2007). Malingering on the Personality Assessment Inventory : Identification of Specific Feigned Disorders. *Journal of Personality*, 88 (1), 43-48.
- Huguet, A. y Miró, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: An epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9, 226–236.
- Hull, C. L. 1952. *A behaviour system*. New Haven: Yale University Press.
- International Test Comission. (2010) International Test Comission Guidelines for Translating and Adapting Tests. Recuperado de <https://www.intestcom.org>
- Instituto Nacional de Estadística (España). (2015). Estadísticas de condenados: Menores-Año 2014 [en línea]. Madrid: INE. Consultado el 30 de noviembre de 2016 en: <http://www.ine.es/prensa/np932.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (España). (2016a). Cifras de población y censos demográficos [en línea]. Madrid: INE. Consultado el 30 de noviembre de 2016 en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
- Instituto Nacional de Estadística (España). (2016b). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria-Año 2015 [en línea]. Consultado el 30 de noviembre de 2016 en : <http://www.ine.es/>
- Jambroes, T., Jansen, L. M. C., Vermeiren, R. R. J. M., Doreleijers, T. A. H., Colins, O. F. y Popma, A. (2016). The clinical usefulness of the new LPE specifier for subtyping adolescents with conduct disorder in the DSM 5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 891-902.

- Jiménez-Gómez, F. y Ávila-Espada, A. (2003). MMPI-A. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, Madrid: TEA.
- Jolliffe, D. y Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9* (5), 441-476.
- Jung, C. G. (1923). *Psychological Types*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Karlin, B. E., Creech, S. K., Grimes, J. S., Clark, T. S., Meagher, M. W., y Morey, L. C. (2005). The Personality Assessment Inventory with chronic pain patients: Psychometric properties and clinical utility. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1571-1585.
- Keenan, K. y Hipwell, A. E. (2005). Preadolescent clues to understanding depression in girls. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: Norton.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-at-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A., Branje, S. J. T. y Meeus, W. H. J. (2009). Maturation of personality in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*, 898–912.
- Kohlberg L. (1976). Moral stages and moralization. En Lickona, T. (ed.) *Moral Development and Behavior*. (pp.31-53). New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston.
- Koksal, F. y Power, K. G. (1990). Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): A self-report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. *Journal of*

Personality Assessment, 54, 534-545.

Kulas, H. (1996). Locus of control in adolescence: A longitudinal study. *Adolescence*, 31, 721–729.

Kurtz, J. y Blais, M. (2007). Introduction to the special issue on the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 1-4.

Kurtz, J. E., Shealy, S. E., y Putnam, S. H. (2007). Another look at paradoxical severity of effects in head injury with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 88, 66–73.

Lambert, E. W., Wahler, R. G., Andrade, A. R., Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 110–123.

Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 75-125). New York: Wiley.

Leary, T. (1957). Interpersonal Dimension of Personality. En Leary, T. *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. (pp. 3-16). Nueva York: Ronald Press.

Laursen, B. (1996). Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners. En Bukowski, W. M., Newcomb, A. F. y Hartup, W. W. (Eds.). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence. Cambridge studies in social and emotional development*. (pp. 186 – 210). New York, NY: Cambridge University Press.

Lemos-Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles Del Psicólogo*, 24(85), 19–28.

Letcher, P., Sanson, A., Smart, D. y Toumbourou, J. W. (2012). Precursors and correlates of anxiety trajectories from late childhood to late adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 417–432.

Loeber, R. y Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 497–523.

Lourenço, O. M. (2016). Developmental stages, Piagetian stages : A critical review. *New Ideas in Psychology*, 40, 123–137.

Luengo, M. (1997). La evaluación de la personalidad: un análisis conceptual. *Escritos de Psicología*, 1, 47–57.

Maccoby, E. E. y Jacklin, C. N. (1980). Sex differences in aggression: a rejoinder and reprise. *Child Development*, 1980, 51, 964-980.

Magallón-Neri, E., De la Fuente, J. E., Canalda, G., Forns, M., García, R., González, E., Lara, A. y Castro-Fornieles, J. (2014). Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescents patients with self-reports. *Psychiatry Research*, 215(3), 683–6.

Martínez, J.L. y Fuertes, A. (1999). Importancia del clima familiar y la experiencia de pareja en las relaciones de amistad adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 14, 235-250.

Martínez, M. y Pérez, A. (2015). Conceptos y etapas de la adolescencia. En Pérez, A. (Coord.) *Guía de Atención al Adolescente*. (pp.1-12). greAdol (Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFyC). Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>

- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Maslow, A. H. (1955). *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper.
- Massa, J. L. P., Rubio, V. B., Pérez-chacón, M. M. y Quirós, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia Keywords : *Medicine*, 11(61), 3612–3621.
- McAdams, D. P. y Pals, J. L. (2006). A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61, 204–17.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., Parker, W. D., Mills, C. J., De Fruyt, F. y Mervielde, I. (2002). Personality trait development from age 12 to age 18: Longitudinal, cross-sectional, and cross-cultural analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1456–1468.
- McNeely, C. y Blanchard, J. (2009). The teen years explained: A guide to healthy adolescent development. Baltimore. Center for Adolescent Health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Recuperado de <http://www.jhsph.edu/adolescenthealth/>
- Mendle, J. (2014). Why puberty matters for psychopathology. *Child Development Perspectives*, 8, 218–222.
- Meyer, J. K., Hong, S.-H., y Morey, L. C. (2015). Evaluating the Validity Indices of the Personality Assessment Inventory-Adolescent Version. *Assessment*, 22(4), 490–496.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., y Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.
- Millon, T. (1993). *MACI: Millon Adolescent Clinical Inventoy. Manual*. Minneapolis: NCS, Inc.
- Millon, T. (2004). *MACI: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Manual*.

Madrid, TEA (adaptación española realizada por G. Aguirre).

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2012). Registro Estatal de Centros Docentes no Universitarios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [en línea]. Consultado el 10 de enero de 2012 en: <https://www.educacion.gob.es/centros/home.do>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (MSSSI, 2014). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil. Serie Informes monográficos no 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SM_CVRS_infantil_ENSE2011_12_MONOGRAFICO2.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (MSSSI, 2016). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf

Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure, *Psychological Review*, 102, 246–68.

Molinuevo-Alonso, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, (110), 53–57.

Moreno, M.A y Martínez, M.J. (2015). Salud mental en la adolescencia. En Pérez, A. (Coord.)

Guía de Atención al Adolescente. (pp. 164-194). greAdol (Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFyC). Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>

Morey, L.C. (2007a). *Personality Assessment Inventory.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Morey, L.C. (2007b). *Personality Assessment Screening.* (2nd Ed.) Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Morey, L.C. (2007c). *Personality Assessment Inventory-Adolescent.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Morey, L., y Hopwood, C. (2006). *The Personality Assessment Inventory.* In R. Archer (Ed.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (pp. 89–120). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Mullen, K. L., y Edens, J. F. (2008). A case law survey of the Personality Assessment Inventory: examining its role in civil and criminal trials. *Journal of Personality Assessment, 90* (3), 300-303.

Musitu, G. y Cava, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*(2), 179-192.

Musso, M. W., Hill, B. D., Barker, A. A., Pella, R. D., y Gouvier, W. D. (2016). Utility of the Personality Assessment Inventory for Detecting Malingered ADHD in College Students. *Journal of Attention Disorders, 20* (9), 763-774.

Offer, D. y Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1003–1014.

- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. Y Santamaría, P. (2015). Spanish and Chilean Standardizations of the Personality Assessment Inventory: the influence of sex. *Spanish Journal of Psychology* 18, 1-12.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Cerezo, M.V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de psicopatología y Psicología clínica*, 16, 49-59.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sanchez, M^a P. (2011) Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Madrid: TEA Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2003). *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento. Criterios de investigación*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS; 2014). Salud Para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- Pedreira-Massa, J. L., Blanco-Rubio, V., Pérez-Chacón, M. M. y Quirós, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3612–3621.
- Pedrini, L., Sisti, D., Tiberti, A., Preti, A., Fabiani, M., Ferraresi, L., ... De Girolamo, G. (2015). Reasons and pathways of first-time consultations at child and adolescent mental

health services: an observational study in Italy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 29.

Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421–427.

Penner, E. K., Roesch, R. y Viljoen, J. L. (2011). Young Offenders in Custody: An International Comparison of Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(November), 215–232.

Pérez-García, A.M. (2011). Investigación en personalidad: método y estrategias. En Bermúdez, J., Pérez-García, A. M. y Ruiz, C. J. A. (2011). *Psicología de la personalidad* (pp.25-68). Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>

Pérez-García , A . M. y Bermúdez, J . (2003). Concepto y ámbito de estudio. En Bermúdez, J., Pérez–García, A. M. y Sanjuán, P. (2003) *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación* (vol. 1. págs. 25 - 60). Madrid: UN E D. (Creo que si se cita el mismo en 2011 este de 2003 no hace falta)

Pérez-García, A.M. y Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la Personalidad: unidades de análisis. En Bermúdez, J., Pérez-García, A. M. y Ruiz, C. J. A. (2011). *Psicología de la personalidad* (pp.25-68). Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.

Pinillos, J . L. (1975). *Principios de Psicología* . Madrid: Alianza.

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365.
- Pullmann, H., Raudsepp, L. y Allik, J. (2006). Stability and change in adolescents' personality: A longitudinal study. *European Journal of Personality*, 20, 447–459.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A. y Wille, N. (2008), Mental health of children and adolescents in 12 European countries—results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 15, 154–163.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., ... Overpeck, M. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(3), 294–299.
- Real Academia Española. (2014). Personalidad. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=SjbIp9U> (el 21 de junio de 2016)
- Rios, J. y Morey, L.C. (2013). Detecting feigned ADHD in later adolescence: An examination of three PAI-A negative distortion indicators. *Journal of Personality Assessment*, 95, 594-599.
- Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melpillán, A. y Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (3), 190-200.
- Roberts, R.E., Attkisson, C.A. y Rosenblatt, A. (1998). Prevalence psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 715–725.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. y Viechtbauer, W. (2006). Patterns of meanlevel change in

personality traits across the life course: A meta- analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1–25.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Rogers, K. M., Zima, B., Powell, E. y Pumariega, A. J. (2001). Who is referred to mental health services in the juvenile justice system? *Journal of Child and Family Studies*, 10(4), 485–494.

Rojo, N. (2009). Diferencias de género en las psicopatologías de adolescentes. En Pérez, s., Rojo, N. y Hidalgo, A. (Coord.). *Revista de Estudios de Juventud. N° 84. La salud mental de las personas jóvenes en España*. (pp.11-25). Ministerio de Igualdad: Instituto de la juventud. Recuperado de <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/n%C2%BA-84-la-salud-mental-de-las-personas-jovenes-en-espana>

Romero, E., Luengo, M. Á., Gómez-Fraguela, J. A. y Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El modelo de Cinco factores y los Cinco alternativos. *Psicothema*, 14(1), 134–143.

Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Penelo, E., Zolog, T. C. y Domènech-Llaberia, E. (2013). Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 22(1), 33–41.

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostic*. Bern: Bircher.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall

Ruiz, J. A. (2011). Introducción a los trastornos de la personalidad desde la Psicología de la personalidad. En Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., y Ruiz, J. A. (2011). *Psicología*

- de la personalidad* (pp.585-635). Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review / American Academy of Pediatrics*, 34(8), 354–359.
- Sanjuán, P. (2011) Influencias genéticas y culturales en la personalidad. En Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., y Ruiz, J. A. *Psicología de la personalidad* (pp.113-156). Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>
- Santamaría, P., Cardenal, H., Ortiz-Tallo, M y Campos, M. (2013, Julio). *Assessing Adolescent Psychopathology: Reliability and validity of the Spanish Personality Assessment Inventory - Adolescent (PAI-A)* Comunicación presentada en el 12th European Conference on Psychological Assessment, San Sebastian, España.
- Santrock, J. (2003). Introducción. En Santrock, J. *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9a. ed.). (pp.3-24). Madrid, ES: McGraw-Hill España. Retrieved from <http://0-www.ebrary.com.jabega.uma.es>
- Shiner, R. L. (2009). The development of personality disorders: perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 21, 715–734.
- Shiner, R. y Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 2–32.
- Skinner, B.F. (1938). *The behaviour of organisms: an experimental analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

- Siverio, M.A. y García-Hernández, M.D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, 23(1), 41-48.
- Singh, U., y Verma, N. (2007). Psychopathology among female breast cancer patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33, 61-71.
- Soto, C. J. y Tackett, J. L. (2015). Personality Traits in Childhood and Adolescence: Structure, Development, and Outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 24(5), 358–362.
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D. y Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 330–348.
- Steinberg, L. (2008) A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28:78-106.
- Tasca, G. A., Wood, J., Demi-denko, N., y Bissada, H. (2002). Using the PAI with an eating disorder population: Scale characteristics, factor structure, and differences among diagnostic groups. *Journal of Personality Assessment*, 79, 337-356.
- Tonge, B.J., Hughes, G.C., Pullen, J.M., Beaufoy, J., Gold, S. (2008). Comprehensive description of adolescents admitted to a public psychiatric inpatient unit and their families. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 627–635.
- Vilariño, M., Amado, B. G. y Alves, C. (2013). Menores infractores: un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 39–45.
- Vinet, E., y Forns, M. (2006). El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psyche*, 15 (2), 69–80.
- Vivjer, F. van de y Poortinga, Y. H. (2005). Conceptual and methodological issues in adapting



- tests. En Hamblenton, R.K., Merenda, P. y Spielberger, C.D. (Eds.). *Adapting educational and psychological test for cross-cultural assessment*. (pp.39-63). Londres: LEA.
- Vulic-Prtoric, A. (2016). Somatic complaints in adolescence: Prevalence patterns across gender and age. *Psychological Topics*, 25 (1), 75-105.
- Walters, G. D. (2007). Predicting institutional adjustment with the Lifestyle Criminality Screening Form and the Antisocial Features and Aggression scales of the PAI. *Journal of Personality Assessment*, 88 (1), 99-105.
- Weden, M. M. y Zabin, L. S. (2005). Gender and ethnic differences in the co-occurrence of adolescent risk behaviors. *Ethnicity & Health*, 10(3), 213–34.
- Wenger, L., Andrés-Pueyo, A., Lorena, C. (2016). Tests personológicos y clínicos en español para evaluar adolescentes infractores, 37(2), 89–106.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.B., Ohman, A., Bergstrom E. y Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993.
- Zajac, K., Sheidow, A. J. y Davis, M. (2015). Juvenile justice, mental health, and the transition to adulthood: A review of service system involvement and unmet needs in the U.S. *Children and Youth Services Review*, 56, 139–148.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175

Zubeidat, I., Sierra, J. C., Salinas, J. M., y Rojas-Garcia, A. (2011). Reliability and Validity of the Spanish Version of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A). *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 26-32.

Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge University Press.

12. ANEXOS

	Pág.
ANEXO I. Texto empleado en los correos electrónicos y formularios de contacto de los centros escolares.....	222
ANEXO II. Carta explicativa sobre el proyecto y el grupo de adaptación.....	224
ANEXO III. Carta e instrucciones para la corrección y el envío de datos para el estudio de consistencia temporal.....	232
ANEXO IV. Certificado de participación en la adaptación.....	238

ANEXO I

Texto empleado en los correos electrónicos y formularios de contacto de los centros
escolares

Estimado/a compañero/a,

Nos ponemos en contacto contigo para informarte sobre el trabajo que desde la Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Málaga y TEA Ediciones estamos realizando, con el fin de adaptar el Cuestionario de Evaluación de la Personalidad en Adolescentes (Personality Assessment Inventory-Adolescent, PAI-A) a la población adolescente española de 12 a 18 años.

Adjunto, te enviamos la información completa sobre el Cuestionario, nuestro grupo de adaptación y la labor que estamos llevando a cabo, invitándote a formar parte de nuestra *Red de Colaboradores* y con ello de esta importante y necesaria tarea.

Recibe un cordial saludo del equipo de adaptación:

Violeta Cardenal (UCM), Margarita Ortiz-Tallo (UMA) y Pablo Santamaría (TEA, Ediciones).

ANEXO II

Carta explicativa sobre el proyecto y el grupo de adaptación

Marzo de 2012

Estimado/a compañero/a,

Un grupo de profesionales, conformado por profesores de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Málaga y TEA Ediciones, estamos llevando a cabo la adaptación del PAI-A (Personality Assessment Inventory- Adolescent) de Leslie C. Morey (1991, 2007), profesor de la Universidad de Texas y miembro del Grupo de Trabajo de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) desde el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

El equipo central de trabajo está constituido por Violeta Cardenal, Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid, Margarita Ortiz-Tallo, Profesora Titular de la Universidad de Málaga, y Pablo Santamaría Fernández, Psicólogo y Director del Departamento de Investigación y Desarrollo de TEA Ediciones.

El PAI-A es un cuestionario clínico y de personalidad de 264 ítems que se puede aplicar individualmente o en grupo a adolescentes de 12 a 18 años, tanto en entornos educativos como clínicos. Es utilizado en el ámbito anglosajón para evaluación clínica y de la personalidad y en el entorno clínico está considerado en la actualidad el más usado para la realización de evaluaciones forenses.

Evalúa un total de 22 escalas: 4 escalas de validación, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relación interpersonal. Te adjuntamos un anexo en el que se detallan los nombres de las escalas y subescalas.

La aplicación requiere un tiempo aproximado de 40 minutos, lo cumplimenta el sujeto, se considera fácil de responder, tiene corrección informática on-line sencilla, aunque también ofrecemos –en este proceso de adaptación– que la corrección se realice enviando las hojas de respuestas a TEA, Ediciones. La interpretación clínica es rápida y muy asequible para el especialista.



Creemos que es una herramienta de diagnóstico útil que, junto con otras técnicas, ayudará al profesional en la complicada tarea de evaluar áreas importantes de la personalidad y de la posible problemática del adolescente.

La tarea de adaptar un cuestionario extranjero a población española es ardua y laboriosa. La adaptación del PAI-A requiere la recogida de muestra en entornos clínicos y en Centros educativos.

Por todo ello, lo que comienza con la iniciativa de TEA y con la ilusión y el trabajo en equipo de un grupo reducido de profesionales se convierte en la necesidad de crear una extensa *Red de colaboradores*.

Si los colaboradores nada podríamos hacer y estamos seguros que, gracias a muchos de vosotros, este proyecto puede llegar a ser una realidad que ponga a disposición de la comunidad científica un instrumento de evaluación necesario y muy completo, en diversos ámbitos de aplicación.

Por todos estos motivos, nos gustaría contar **con tu colaboración que consistiría en la elección de alguna de estas 2 opciones:**

1. Aplicar el PAI-A a población de adolescentes de 12 a 18 años en tu colegio, instituto o centro docente.
2. Aplicar el PAI-A a menores adolescentes de 12 a 18 años con dificultades, en entornos clínicos.

El equipo organizador te ofrecería a través de TEA:

1. El envío de cuadernillos y hojas de respuestas, sin que te suponga coste alguno.
2. La corrección de los cuestionarios, a través de 2 opciones:
 - a) La corrección inmediata, por tu parte o la de tus colaboradores, de los cuestionarios a través de la plataforma de corrección por Internet de TEA, de forma totalmente gratuita, siendo las muestras de comparación la del grupo normal de población americana, mientras se realiza la adaptación, obteniendo los resultados y el perfil del adolescente.
 - b) La corrección a cargo de TEA, si lo prefieres así, también totalmente gratuita, de los cuestionarios, siendo las muestras de comparación la del grupo normal de población americana, mientras se realiza la adaptación, con el envío de los resultados y el perfil obtenido por el adolescente.



3. El envío de un dossier con el manual experimental, donde se detallan los contenidos principales de las escalas y subescalas que evalúa el cuestionario y su interpretación clínica.

4. El contacto con nuestro equipo para solventar cualquier duda o solicitar alguna aclaración que precisas a lo largo de este proceso.

5. La garantía de que tu nombre (si así lo deseas) así como el nombre de tu colegio, centro, institución, hospital o universidad aparecería en la lista de colaboradores en la edición final del manual del PAI-A lo que, sin duda, puede contribuir a reconocer públicamente tu gran ayuda y dedicación.

6. El envío de un certificado personalizado con tu nombre reconociendo tu colaboración y aportación por parte de nuestro equipo.

Si te animas a participar puedes mandarnos un e-mail pai@uma.es dirigido a la profesora Violeta Cardenal que va a coordinar el proceso.

Serán necesarios, en este caso, los siguientes datos:

- El número aproximado de cuadernillos del PAI-A y hojas de respuestas. Los cuadernillos son reutilizables por lo que se necesitan tantos como casos se apliquen *simultáneamente*. Esto es, si aplica de uno en uno los casos puede que solo se necesite uno o dos cuadernillos del PAI. Sin embargo, las hojas de respuesta deberán ser tantas como casos se vayan a evaluar.

- La dirección postal completa (nombre y apellidos, dirección, incluyendo código postal) para la entrega del material.

- Un teléfono móvil para que la agencia de transporte contacte con la persona en caso de problemas en la entrega.

No obstante, es posible que tengas alguna duda que quieras aclarar antes de darnos una respuesta definitiva sobre tu participación, por lo que puedes consultarnos lo que desees también por mail pai@uma.es o a través del número de teléfono **622236879**, preguntando por María del Mar Campos, Colaboradora principal del proyecto.

Te agradecemos mucho tu tiempo por leer esta carta y esperamos tus noticias, animándote a que te unas a nuestra *Fed de colaboradores*, así como que nos pongas en contacto con todas aquellas personas que creas pudieran estar interesadas en la colaboración.

Recibe un abrazo del equipo de adaptación,

Violeta Cardenal (UCM), Margarita Ortiz-Tallo (UMA) y Pablo Santamaría (TEA, Ediciones)



3. El envío de un dossier con el manual experimental, donde se detallan los contenidos principales de las escalas y subescalas que evalúa el cuestionario y su interpretación clínica.
4. El contacto con nuestro equipo para solventar cualquier duda o solicitar alguna aclaración que precisas a lo largo de este proceso.
5. La garantía de que tu nombre (si así lo deseas) así como el nombre de tu colegio, centro, institución, hospital o universidad aparecería en la lista de colaboradores en la edición final del manual del PAI-A lo que, sin duda, puede contribuir a reconocer públicamente tu gran ayuda y dedicación.
6. El envío de un certificado personalizado con tu nombre reconociendo tu colaboración y aportación por parte de nuestro equipo.

Si te animas a participar puedes mandarnos un e-mail pai@uma.es dirigido a la profesora Violeta Cardenal que va a coordinar el proceso.

Serán necesarios, en este caso, los siguientes datos:

- El número aproximado de cuadernillos del PAI-A y hojas de respuestas. Los cuadernillos son reutilizables por lo que se necesitan tantos como casos se apliquen *simultáneamente*. Esto es, si aplica de uno en uno los casos puede que solo se necesite uno o dos cuadernillos del PAI. Sin embargo, las hojas de respuesta deberán ser tantas como casos se vayan a evaluar.
- La dirección postal completa (nombre y apellidos, dirección, incluyendo código postal) para la entrega del material.
- Un teléfono móvil para que la agencia de transporte contacte con la persona en caso de problemas en la entrega.

No obstante, es posible que tengas alguna duda que quieras aclarar antes de darnos una respuesta definitiva sobre tu participación, por lo que puedes consultarnos lo que desees también por mail pai@uma.es o a través del número de teléfono **622236879**, preguntando por María del Mar Campos, Colaboradora principal del proyecto.

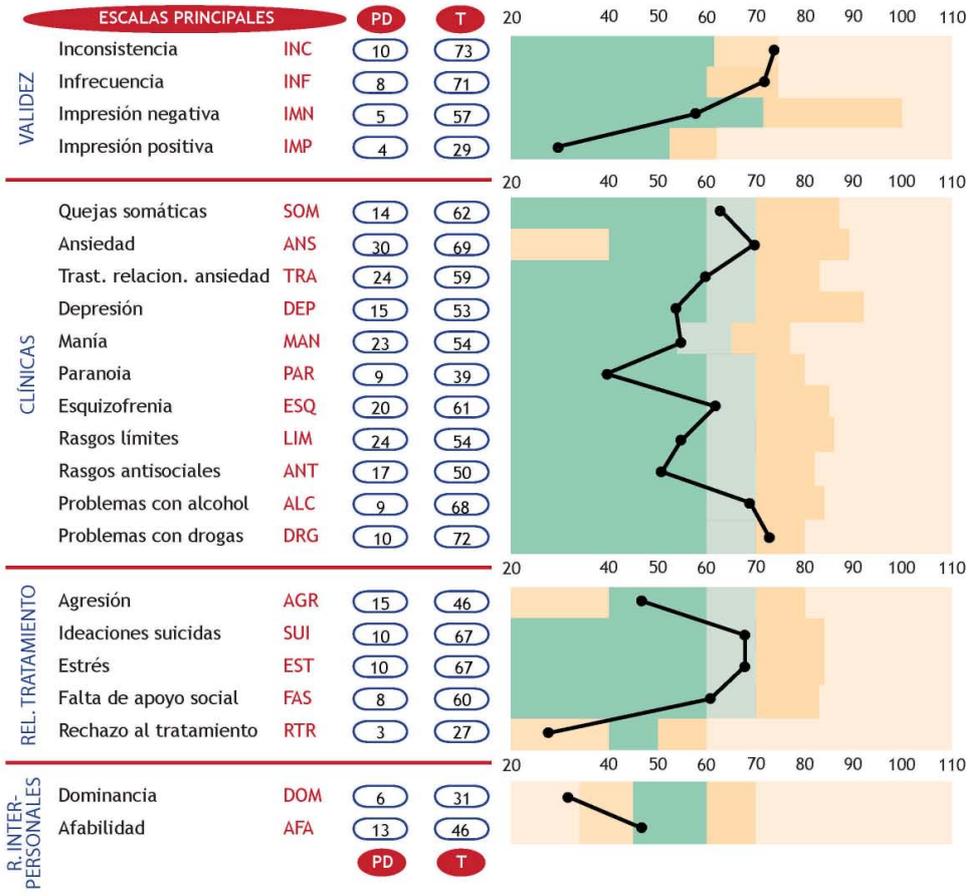
Te agradecemos mucho tu tiempo por leer esta carta y esperamos tus noticias, animándote a que te unas a nuestra *Fed de colaboradores*, así como que nos pongas en contacto con todas aquellas personas que creas pudieran estar interesadas en la colaboración.

Recibe un abrazo del equipo de adaptación,

Violeta Cardenal (UCM), Margarita Ortiz-Tallo (UMA) y Pablo Santamaría (TEA, Ediciones)

EJEMPLO DEL PERFIL DE RESULTADOS

PERFIL  Nombre:
 Edad: Sexo: Fecha de aplicación:
 Baremo:
 Responsable de la aplicación:

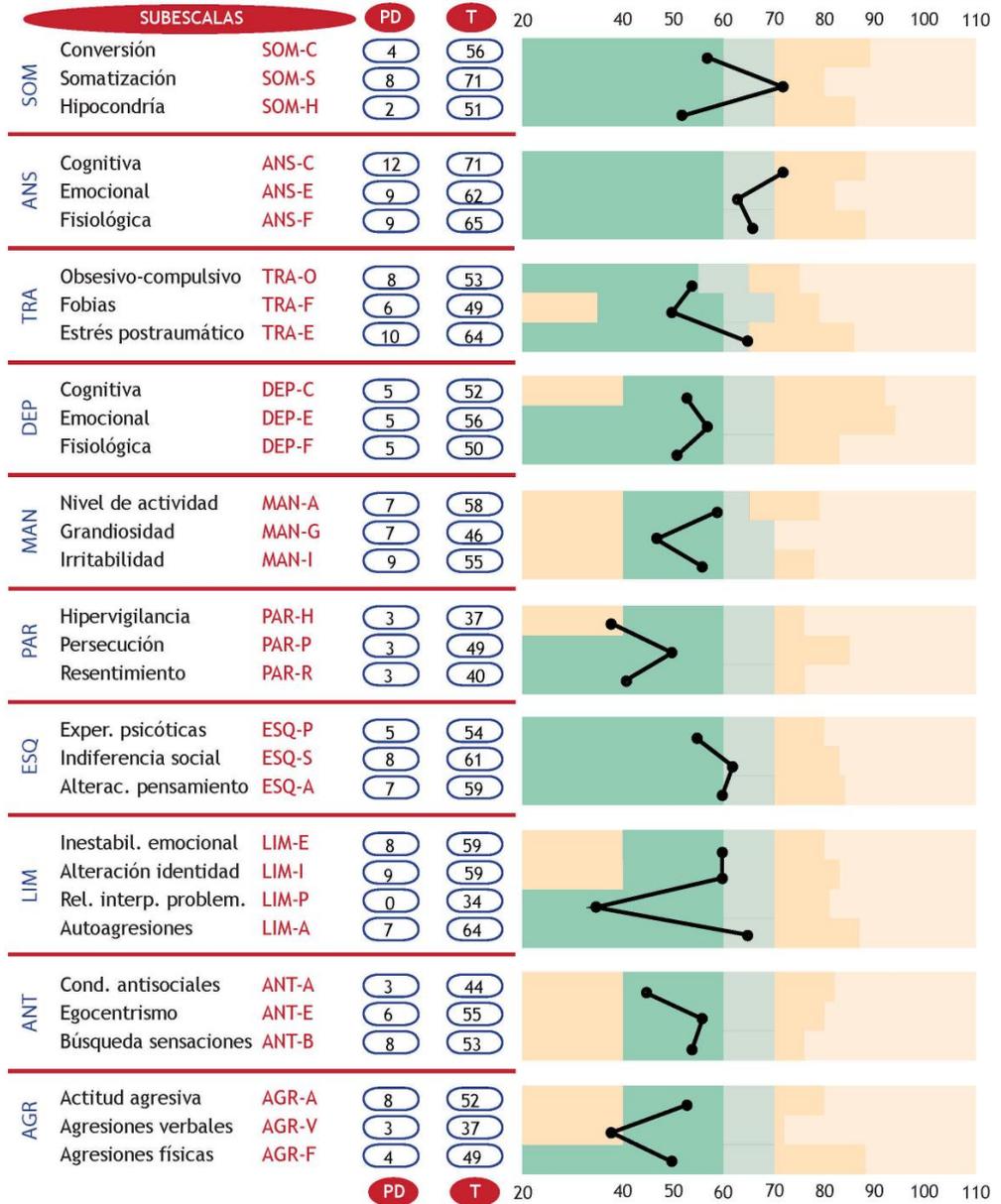


PD = Puntuación directa
 T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)





Nombre: Caso ilustrativo



PD = Puntuación directa
T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)





- Infrecuencia (INF)
- Impresión negativa (IMN)
- Impresión positiva (IMP)
- Inconsistencia (INC)

ESCALAS DEL PAI-A

4 ESCALAS DE VALIDEZ

11 ESCALAS CLÍNICAS

1. **TRASTORNOS SOMATOMORFOS (SOM)**
 - Conversión (SOM-C)
 - Somatización (SOM-S)
 - Hipocondría (SOM-H)
2. **ANSIEDAD (ANS)**
 - Cognitiva (ANS-C)
 - Emocional (ANS-E)
 - Fisiológica (ANS-F)
3. **TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD (TRA)**
 - Obsesivo-compulsivo (TRA-O)
 - Fobias (TRA-F)
 - Estrés postraumático (TRA-E)
4. **DEPRESIÓN (DEP)**
 - Cognitiva (DEP-C)
 - Emocional (DEP-E)
 - Fisiológica (DEP-F)
5. **MANÍA (MAN)**
 - Nivel de actividad (MAN-A)
 - Grandiosidad (MAN-G)
 - Irritabilidad (MAN-I)
6. **PARANOIA (PAR)**
 - Hipervigilancia (PAR-H)
 - Persecución (PAR-P)
 - Resentimiento (PAR-R)
7. **ESQUIZOFRENIA (ESQ)**
 - Experiencias psicóticas (ESQ-P)
 - Indiferencia social (ESQ-S)
 - Alteración del pensamiento (ESQ-A)
8. **RASGOS LÍMITES (LIM)**
 - Inestabilidad emocional (LIM-E)
 - Alteración de la identidad (LIM-I)
 - Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-R)
 - Autoagresiones (LIM-A)
9. **RASGOS ANTISOCIALES (ANT)**
 - Conductas antisociales (ANT-A)
 - Egocentrismo (ANT-E)
 - Búsqueda de sensaciones (ANT-B)
10. **PROBLEMAS CON EL ALCOHOL (ALC)**
11. **PROBLEMAS CON LAS DROGAS (DRG)**

5 ESCALAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

1. **AGRESIÓN (AGR)**
 - Actitud agresiva (AGR-A)
 - Agresiones verbales (AGR-V)
 - Agresiones Físicas (AGR-F)
2. **IDEACIONES SUICIDAS (SUI)**
3. **ESTRÉS (EST)**
4. **FALTA DE APOYO SOCIAL (FAS)**
5. **RECHAZO AL TRATAMIENTO (RTR)**

2 ESCALAS DE RELACIÓN INTERPERSONAL

1. **DOMINANCIA (DOM)**
2. **AFABILIDAD (AFA)**

ANEXO III

Carta e instrucciones para la corrección y el envío de datos para el estudio de
consistencia temporal



Instrucciones de corrección de los retests del PAI-A

Inventario de evaluación de la personalidad para
adolescentes

Proceso de validación

-Versión experimental-
Febrero de 2013

TEA Ediciones S.A.
C/Fray Bernardino Sahagún, 24
28036 Madrid

Copyright de la versión experimental de la adaptación española © 2012 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción parcial o total. Todos los derechos reservados.

Normas de corrección de los retests del PAI-A

Dentro del proceso de validación de la adaptación española se están solicitando a determinados profesionales que apliquen el PAI-A a los mismos casos en dos ocasiones con un intervalo entre ambas de aproximadamente 3 semanas.

En estos casos, se debe proceder a la grabación de las respuestas del evaluado al PAI en la primera ocasión que lo respondió y, posteriormente, volver a acceder a la plataforma para grabar sus respuestas la segunda vez que lo respondió. A continuación se indica específicamente cómo proceder a hacer la grabación de esa SEGUNDA OCASIÓN o retests.

1. Para realizar la corrección del RETEST entre en <http://www.teacorrige.com>

Le aparecerá la siguiente pantalla:

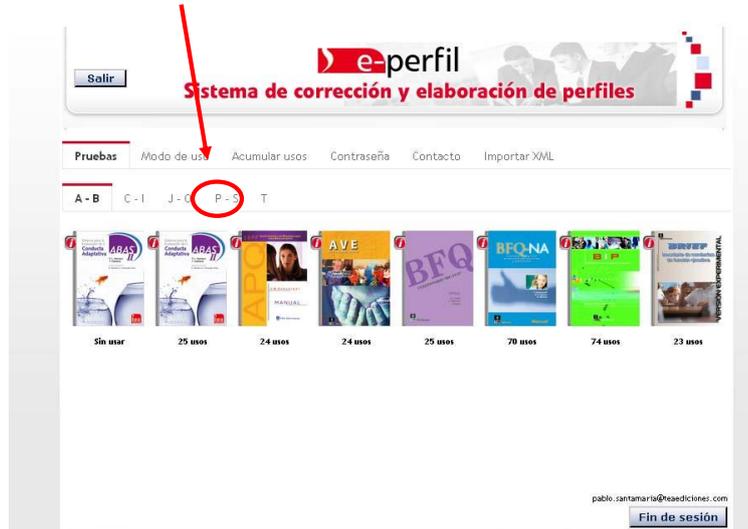


2. Introduzca su e-mail y contraseña para acceder al sistema.

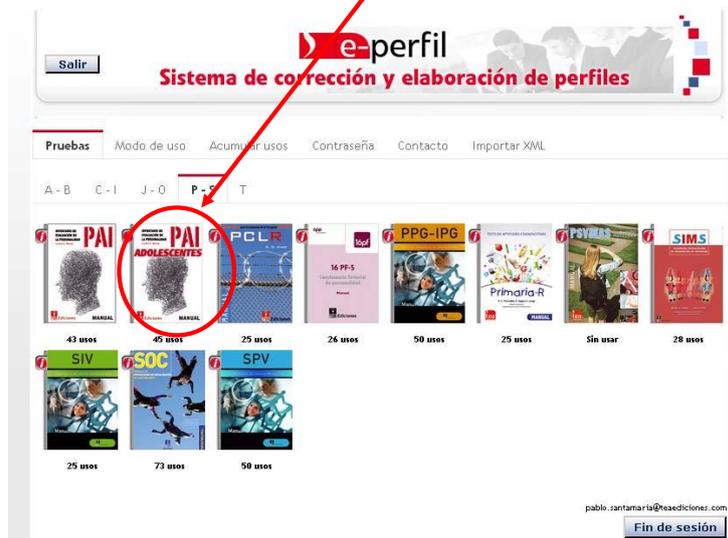
3. Pulse sobre e-perfil



4. Pulse sobre las letras “P-S” para localizar al PAI-A



5. Pulse sobre la portada del PAI-Adolescentes para acceder específicamente a su corrección



8. Una vez introducido el ID del evaluado, pulsamos sobre el botón BUSCAR.

e-perfil
 Sistema de corrección y elaboración de perfiles

ID	Edad	Sexo	Acción
	0	Varón	
	52	Varón	
	0	Varón	

Buscar ID: M.A.T. **Buscar**

Pulse sobre los iconos para: Modificar los datos de identificación. Borrar el registro. ▲ y ▼ Ordenar registros.

9. En el listado de sujetos, pulsamos sobre el ID del sujeto que evaluamos en la primera ocasión y del que queremos grabar los datos de la segunda ocasión, en esta caso M.A.T.

IMPORTANTE: Se debe pulsar sobre el ID no sobre el lápiz, ni sobre la tijera, ni la edad ni el sexo.

e-perfil
 Sistema de corrección y elaboración de perfiles

ID	Edad	Sexo	Acción
M.A.T.	15	Varón	
M.R.G.	30	Mujer	
M.S.Z.	35	Mujer	
Maestros mexicanos	29	Varón	
Maria	30	Varón	
Miguel A. Sorrel Luján	22	Varón	
Miguelito	30	Varón	
orra	0	Varón	

Buscar ID: M.A.T. **Buscar**

Pulse sobre los iconos para: Modificar los datos de identificación. Borrar el registro. ▲ y ▼ Ordenar registros.

10. A continuación nos aparecen los datos de la primera evaluación que realizamos de dicho sujeto. Debemos pulsar sobre **Añadir aplicación** para añadir el RETEST a este mismo evaluado. De este modo el sistema reconoce que es el mismo evaluado y ambas aplicaciones quedan asociadas al mismo ID, una como primera evaluación y otra como segunda evaluación o retest.



The screenshot shows the 'e-perfil' system interface. At the top, there are navigation buttons 'Atrás' and 'Menú'. The main header reads 'e-perfil Sistema de corrección y elaboración de perfiles'. Below this is a table with the following structure:

Prueba	Aplicado por	Aplicado	Perfil
Visualizar / modificar respuestas de esta aplicación	Luis	15/02/2013	

Below the table, there is a button labeled 'Añadir aplicación' which is circled in red. A red arrow points from the left towards this button. At the bottom of the interface, it says 'Usos disponibles: 44' and 'Fin de sesión'.

11. Una vez pulsado el botón de Añadir aplicación, nos aparecerá la pantalla para rellenar los sociodemográficos del alumno evaluado. En este caso deberemos rellenar sus datos y en la opción de “tipo de muestra” seleccionar la opción de “retest”. ATENCIÓN, LA SELECCIÓN DE LA OPCIÓN RETEST DENTRO DE ESTE MENÚ NO ESTARÁ DISPONIBLE HASTA PRINCIPIOS DE MARZO. LOS CASOS QUE SE GRABEN CON ANTERIORIDAD A ESA FECHA, DEBERÁN SELECCIONAR EL ENTORNO DE EVALUACIÓN (ESCOLAR Y CLÍNICO).

12. Se procede con el proceso habitual de grabación de datos, indicando la persona responsable e introduciendo las respuestas del evaluado a cada ítem para obtener posteriormente el perfil de resultados.

ANEXO IV

Certificado de participación en la adaptación





Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II
Facultad de Psicología - Universidad Complutense de Madrid

Violeta Cardenal Hernández, Doctora en Psicología, Profesora Titular de la Facultad de Psicología de la UCM, y Coordinadora general de la estandarización y adaptación a la población española del Personality Assessment Inventory-Adolescent PAI-A (Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes) de Leslie C. Morey (1991, 2007), adaptación llevada a cabo por un equipo conjunto de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Málaga y TEA Ediciones y que será publicada por la editorial al finalizar su proceso

HACE CONSTAR QUE

Don. / Dña. _____

Ha colaborado de forma muy satisfactoria en el proceso de adaptación del PAI-A a la población española, a través de la aplicación de este instrumento a diferentes grupos de adolescentes.

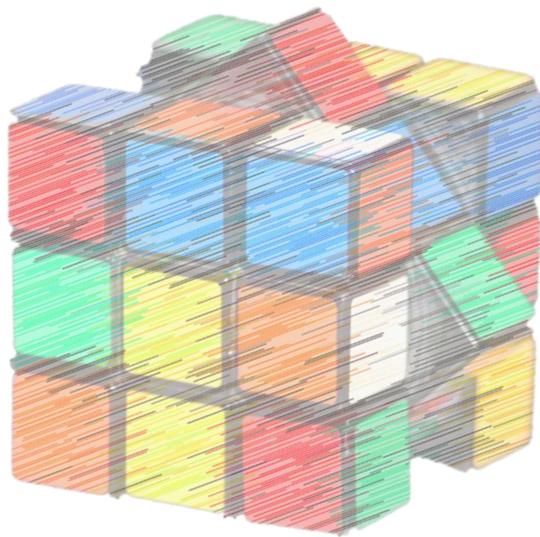
En Madrid a ____ de ____ de ____

Violeta Cardenal Hernández
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA