



Acta Universitaria

ISSN: 0188-6266

actauniversitaria@ugto.mx

Universidad de Guanajuato

México

Vera-Delgado, Montserrat Guadalupe; Márquez-Gamiño, Sergio; Vera-Delgado, Karla Susana; Caudillo-Cisneros, Cipriana; Sotelo-Barroso, Fernando; Cordova-de los Santos, Víctor

Rasgos de personalidad de escolares adolescentes en entorno conflictivo

Acta Universitaria, vol. 24, núm. 2, diciembre, 2014, pp. 61-66

Universidad de Guanajuato

Guanajuato, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648309012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rasgos de personalidad de escolares adolescentes en entorno conflictivo

Personality traits in school adolescents from conflictive environment

Montserrat Guadalupe Vera-Delgado*, Sergio Márquez-Gamino*, Karla Susana Vera-Delgado**,
 Cipriana Caudillo-Cisneros*, Fernando Sotelo-Barroso*, Víctor Cordova-de los Santos*

RESUMEN

La adolescencia, periodo de transición entre infancia y madurez, presenta cambios físicos y psicológicos al adquirir un rol social nuevo. Varios fenómenos epidemiológicos afectan la transición. No existen en México estudios que investiguen sistemáticamente rasgos de personalidad adolescente. Es importante identificar oportunamente rasgos, sustratos potenciales para conductas de riesgo social. El presente trabajo caracterizó rasgos de personalidad en adolescentes de entornos conflictivos. Se realizó un estudio exploratorio, transversal y prospectivo mediante aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A, por sus siglas en inglés), el BETA-III y un cuestionario demográfico en sesión colectiva única a adolescentes estudiantes de secundaria $n = 24$; 45.8% mujeres y 54.2% hombres; $x = 15 \pm 0.5$ años. Hipochondriasis (Hs) e Histeria (Hi) mostraron puntuaciones T elevadas en más del 50% de participantes; puntuaciones T bajas predominaron en escalas de contenido. Las escalas con puntajes altos se ligan a transgresión, desorden de estrés post-traumático y desórdenes alimentarios, aunque, sin ser contundentes, podrían representar un substrato para interacciones sociales conflictivas.

ABSTRACT

Adolescence, the transition period between childhood and maturity, has physical and psychological changes taking place for the acquisition of new roles in society. Several epidemiological phenomena affect this transition. No systematic research studies have been done in Mexico to characterize adolescent personality traits. Early identification of traits is important to identify potential psychological substrates for social risk behaviors. This work characterizes personality traits in adolescents at conflictive environments. A prospective, exploratory, cross-sectional study was conducted by applying the Multiphasic Minnesota Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A), BETA-III and a demographic questionnaire in a single group session to teenage high school students $n = 24$; 45.8% women y 54.2% men; $x = 15 \pm 0.5$ years. Hypochondriasis (Hs) and Hysteria (Hi) showed high T-scores in more than 50% of participants; low T-scores were predominant in content scales. Scales with high scores are linked to transgression, post-traumatic stress disorder (PTSD) and eating disorders; while not conclusive they may represent the substrate for conflictive social interactions.

INTRODUCCIÓN

La salud mental en el adolescente es prioritaria para los sistemas de salud, ya que una de cada cinco personas en el mundo está en esa etapa, y el 85% vive en países en desarrollo. En 2009 se registraron en México 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años; 6.3 millones eran mujeres y 6.5 millones, hombres (Fondo de las Naciones Unidas para la información [UNICEF, por sus siglas en inglés], 2013).

La transición epidemiológica de los adolescentes mexicanos está determinada por procesos sociales y de salud, a saber: *a)* variables demográficas y patrones reproductivos, *b)* empleo y educación, *c)* salud y sexualidad y

Recibido: 31 de enero de 2014

Aceptado: 12 de febrero de 2014

Palabras clave:

Adolescentes; MMPI-A; rasgos de personalidad; entorno conflictivo.

Keywords:

MMPI-A; personality traits; conflictive environments.

Cómo citar:

Vera-Delgado, M. G., Márquez-Gamino, S., Vera-Delgado, K. S., Caudillo-Cisneros, C., Sotelo-Barroso, F. & Cordova-de los Santos, V. (2014). Rasgos de personalidad de escolares adolescentes en entorno conflictivo. *Acta Universitaria*, 24(NE-2), 61-66. doi: 10.15174/au.2014.725

* Departamento de Ciencias Aplicadas al Trabajo, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato. Av. Eugenio Garza Sada núm. 572, Lomas del Campestre sección 2, León, Guanajuato, México. C.P. 37150. Tel.: (477) 7184721; (477) 7731511, ext. 3510. Correos electrónicos: smgamino@fisica.ugto.mx; smgamino@gmail.com.

** Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato. Av. Eugenio Garza Sada núm. 572, Lomas del Campestre sección 2, León, Guanajuato, México. C.P. 37150.

d) acceso a los servicios en general (Santos-Preciado *et al.*, 2003). Destacan factores relacionados con la salud, como infecciones de transmisión sexual (ITS) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013; Secretaría de Salud, 2002; Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño & Reynoso, 2003), violencia en las relaciones de pareja y, en general (Villaseñor-Farias, 2003), depresión (Rivera-Rivera, Allen, Rodríguez-Ortega, Chávez-Ayala & Lazcano-Ponce, 2006), así como otros trastornos psiquiátricos relacionados con la nutrición y el consumo de sustancias adictivas (OMS, 2013; Secretaría de Salud, 2002), con tendencia a manifestarse al término de la infancia y principios de la adolescencia. Se estima que casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la mortalidad total de los adultos están relacionados con las condiciones o comportamientos que se inician en la juventud (OMS, 2013).

Para adolescentes y adultos latinoamericanos pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo a desarrollar trastornos mentales y de abusar y depender del alcohol (Ortiz-Hernández, López-Moreno & Borges, 2007). En México, los principales problemas que afectan a la población menor a 18 años son: depresión, déficit de atención, trastornos alimentarios y alteraciones mentales, en algunos casos a consecuencia del consumo de alcohol y de drogas ilegales (López-Díaz, 2013).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011 señala que el índice de uso de drogas por los adolescentes es bajo, aunque con tendencia al incremento debido a que el consumo de cualquier droga creció significativamente al pasar de 1.6% en 2002 a 3.3% en 2011. El consumo de cualquier droga ilegal aumentó de 1.3% a 2.9%, estabilizándose entre 2008 y 2011. La marihuana es la droga de mayor consumo (2.4%), siguiendo los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%). En la zona del Bajío del país, los inhalables han tenido el crecimiento más pronunciado, principalmente en estudiantes de secundaria y bachillerato (Villatoro *et al.*, 2012).

Los desórdenes de estado de ánimo se presentan mayoritariamente en adolescentes mujeres con respecto a adolescentes hombres; estos últimos se ligan al uso de sustancias que producen adicción (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis & Rojas, 2012; Benjet *et al.*, 2009a). Para adolescentes de ambos sexos, el trastorno de ansiedad es el de mayor prevalencia, siendo los factores socio-demográficos con mayor asociación sexo, abandono escolar y ocurrencia de un suceso inesperado durante la adolescencia, por ejemplo, tener un hijo o casarse (Benjet, Medina-Mora, Borges, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009b).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) como instrumento en investigación

La validez del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A, por sus siglas en inglés) ha sido probada en estudios de diversas poblaciones y condiciones de los adolescentes (Archer, Bolinskey, Morton & Farris, 2002; Cashel, Ovaert & Holliman, 2000; Forbey & Ben-Porath, 2003; Handel, Archer, Elkins, Mason & Simonds-Bisbee, 2011; McGrath, Pogge & Stokes, 2002; Morton & Farris, 2002; Veltri *et al.*, 2009), en la evaluación de características de la personalidad (Rinaldo & Baer, 2003) y en su aplicabilidad en países hispanoparlantes, como Colombia, México, Perú y España (Scott, Butcher, Young & Gómez, 2002).

En comparación con otros instrumentos, por ejemplo *Screening Version of the Psychopathy Checklist* (PCL:SV), el MMPI-A ha sido superior en predecir la cantidad total de infracciones o delitos cometidos por adolescentes delincuentes recluidos (Hicks, Rogers & Cashel, 2000) y para clasificar con precisión la sintomatología depresiva (Archer & Krishnamurthy, 1997).

El MMPI-A también ha servido como herramienta para identificar adolescentes que consumen sustancias adictivas. Las escalas Reconocimiento de Problemas con Alcohol/Drogas, Tendencia a Problemas con Alcohol/Drogas (Vinet & Faúndez, 2012) y Alcoholismo de MAC-Andrew, poseen capacidad muy alta para discriminar a adolescentes de ambos sexos consumidores de drogas (Stein & Graham, 2001). En las escalas Depresión (D), Desviación Psicopática (Dp) y Psicasteria (Pt), más del 90% de adolescentes con historial de uso de drogas ilícitas y comorbilidad psiquiátrica puntuaron alto (Magañón-Neri *et al.*, 2012). Adicionalmente, es efectivo distinguir entre adolescentes delincuentes de los no delincuentes, con base en las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez (Morton & Farris, 2002). Puntuaciones altas en las escalas Dp y Esquizofrenia fueron distintivas de adolescentes ofensores sexuales, mientras que Histeria y Pt lo fueron para adolescentes ofensores no sexuales (Losada-Paisey, 1998).

El MMPI-A demostró éxito en clasificar a adolescentes, con o sin sintomatología del Trastorno de Estrés Post-Traumático (PTSD, por sus siglas en inglés) (Cashel *et al.*, 2000), en identificar a jóvenes abusados sexualmente (Forbey, Ben-Porath & Davis, 2000), en riesgo de suicidio (Kopper, Osman, Osman & Hoffman, 1998), con sintomatología depresiva (Archer & Krishnamurthy, 1997), con desórdenes alimentarios (Cumella, Wall & Kerr-Almeida, 1999) y a posibles desertores escolares (Gumbiner, 1998).

Generar conocimiento sobre adolescentes en México es de enorme importancia por ser una etapa de transición y, principalmente, por el conocimiento escaso que se tiene sobre ese grupo de población. Los sucesos actuales en nuestro país afectan directa o indirectamente a los adolescentes. Disciplinas como la Psicología buscan explicar fenómenos individuales (por ejemplo, trastornos mentales) y sociales (por ejemplo, *bullying*), por ello es necesario realizar estudios de forma sistematizada y consecuente para evaluar el efecto del contexto en la personalidad y conocer el estado actual, así como el curso de las características de la personalidad.

La tendencia del sector adolescente de la población a aumentar el consumo de sustancias adictivas puede generar posteriormente trastornos mentales, alimentarios y suicidio (López-Díaz, 2013; Stein & Graham 2001; Vinet & Faúndez, 2012). Igualmente, inducen la iniciación precoz de relaciones sexuales con desinformación sobre sexualidad, conduciendo a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual y a la generación de familias disfuncionales. Estos fenómenos son auto-replicables o se acentúan en este sector poblacional, afectando su desarrollo individual y la evolución de las sociedades. El objetivo del presente estudio fue caracterizar rasgos de personalidad de una muestra de adolescentes estudiantes de secundaria, de una zona urbana conflictiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se invitó a participar a todos los adolescentes estudiantes del tercero de secundaria de los turnos matutino y vespertino de una escuela secundaria técnica, asistiendo a sus clases ordinarias el día de la promoción e invitación. Se seleccionó la entidad educativa porque tiene altos índices de reprobación y de deserción (Secretaría de Educación de Guanajuato [SEG], 2011; Secretaría de Educación Pública [SEP], 2010) además de estar enclavada en una zona habitacional considerada de alto riesgo en el *Estudio básico de comunidad objetivo* de los Centros de Integración Juvenil en León, Gto. (CIJ, 2013). Adicionalmente, la zona se caracteriza por nivel socioeconómico bajo (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2010), alto índice de pandillerismo, reyertas, drogadicción, promiscuidad y robos (Comunicación personal con la Sra. Gabriela Calderas de la Secretaría de Seguridad Pública, 2013). A partir de un total de 280 estudiantes reportados por la escuela para el tercer grado, respondieron 25 personas, entregando el consentimiento informado signado por los padres y contestaron las encuestas. La aplicación del MMPI-A, la prueba BETA-III y una encues-

ta socio-demográfica para caracterizar a la muestra, se efectuó colectivamente en la biblioteca escolar, bajo la supervisión del equipo de investigación y la presencia de un maestro. Secuencialmente, se administraron el BETA-III de forma cronometrada, el MMPI-A y la encuesta socio-demográfica sin límite de tiempo. Las respuestas se analizaron por un miembro del equipo, experto en psicometría. Los resultados se analizaron empleando estadística descriptiva e inferencial, utilizando un programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v-21). Con la prueba BETA-III se descartaron factores de capacidad intelectual que pudieran interferir en la comprensión de la prueba MMPI-A.

Instrumentos

El MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992; Lucio, Ampudia & Durán, 2004) consta de 478 reactivos, en formato verdadero-falso, que aportan a 38 escalas distribuidas en cuatro grupos: validez, clínicas o básicas (Hipochondriasis [Hs], Depresión [D], Histeria [Hi], Desviación Psicopática [Dp], Masculinidad-Femineidad [Mf], Paranoia [Pa], Psicasteria [Pt], Esquizofrenia [Es], Hipomanía [Ma] e Introversión Social [Is]); de contenido (Ansiedad [ANS], Obsesividad [OBS], Depresión [DEP], Preocupación por la Salud [SAU], Enajenación [ENA], Pensamiento Delirante [DEL], Enojo [ENJ], Cinismo [CIN], Problemas de Conducta [PCO], Baja Autoestima [BAE], Aspiraciones Limitadas [ASL], Incomodidad en Situaciones Sociales [ISO], Problemas Familiares [FAM], Problemas Escolares [ESC] y Rechazo al Tratamiento [RTR]), y suplementarias (Alcoholismo [MAC], Reconocimiento de Problemas con el Alcohol y/o drogas [RPAD], Tendencia a Problemas con el Alcohol y/o drogas [TPAD], Inmadurez [INM], Ansiedad [A] y Represión [R]).

Las hojas de respuesta se calificaron manualmente, mediante las plantillas provistas en el instrumento. Se obtuvieron las puntuaciones naturales de las escalas de validez, básicas/clínicas, de contenido y suplementarias, en ese orden. Para obtener la probabilidad de que los participantes presenten las condiciones que evalúa el MMPI-A se obtuvieron las puntuaciones T, ubicando los valores crudos en la hoja de perfil. La clasificación de las puntuaciones T se realizó acorde con las escalas de la prueba que equivalen a: validez *Baja* > 45 y *Alta* > 80; escalas básicas/clínicas *Normal* > 60, *Moderada alta* 60-64 y *Alta* > 65; escalas de contenido *Baja* > 55, *Normal* 55-65 y *Alta* > 65; escalas suplementarias *Normal* > 60, *Moderada alta* 60-64 y *Alta* > 65.

La prueba BETA-III (Kellogg & Norton, 2010); consta de cinco subpruebas (claves, figuras incompletas,

pares iguales y pares desiguales, objetos equivocados y Matrices). Se aplicó con un tiempo límite de 30 min. Proporciona una estimación de la capacidad intelectual no verbal de las personas. Las subpruebas evalúan varias facetas, incluyendo procesamiento de información visual, velocidad de procesamiento, razonamiento espacial y no verbal, así como aspectos de la inteligencia fluida.

De manera similar al procesamiento de la prueba MMPI-A, el test Beta-III se calificó manualmente, utilizando la plantilla de respuestas. Se obtuvieron las puntuaciones naturales de las cinco subpruebas. Se utilizó la tabla A-1 de la estandarización de 16-17 años para identificar las puntuaciones escalares de las subpruebas. A partir de la suma resultante se identificó su equivalente en Cociente/Coeficiente Intelectual (CI). Asimismo, se clasificó el CI para cada uno de los participantes, basándonos en los estándares de la prueba.

Se aplicó encuesta socio-demográfica sobre características generales (sexo, edad, estado civil) y aspectos familiares, escolares, de salud, económicas e interacción social.

RESULTADOS

El estudio exploratorio se realizó a 25 personas, uno de ellos fue excluido por mayoría de edad (> 18 años). De los 24 participantes, 11 fueron mujeres (45.8%) y 13 hombres (54.2%). La edad promedio fue de 15 años (± 0.5). Cuatro estudiantes refirieron trabajar (16.7%), uno mencionó estar casado (4.2%), seis tener novio/a (25.0%); tres indicaron ser activos sexualmente (12.5%) y diez no practicar deporte regularmente (41.7%). La media del CI, utilizando la prueba BETA-III, fue 76.6 (± 5.8); en función a la interpretación del CI de la prueba, siete individuos reportaron promedio bajo (29.2%), 15 límitrofe (62.5%) y dos extremadamente bajo (8.3%). Los datos sobre riesgo toxicológico obtenidos de la muestra se reportan en tabla 1.

Rasgos de personalidad

Los protocolos de cuatro adolescentes evidenciaron *Defensividad al contestar* (16.7%), los de tres, *Problemativa en las respuestas* (12.5%), es decir, confusión o indecisión al contestar, dos se consideraron *Poco confiables* (8.3%). Tres adolescentes registraron puntuaciones elevadas en más del 50%. Los resultados obtenidos en las escalas se pueden ver en las figuras 1, 2 y 3.

Tabla 1.
Uso de sustancias lícitas e ilícitas que generan dependencia.

	Tabaquismo	Alcoholismo	Drogadicción
Negativo	18 (75.0%)	15 (62.5%)	22 (91.7%)
Positivo	3 (12.5%)	5 (20.8%)	0
Ya no los consume	3 (12.5%)	4 (16.7%)	2 (8.3%)

Fuente: Elaboración propia.

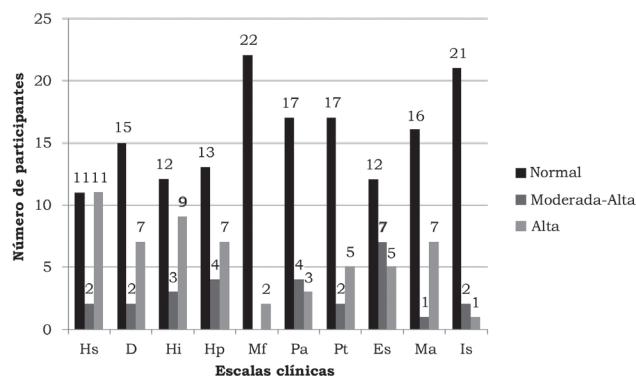


Figura 1. Escalas clínicas.

Los colores negro, gris medio y gris bajo, respectivamente, las categorías normal (< 60), moderada-alta (60 a 65) y alta (< 65) de las puntuaciones T. La mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones T normales en las diez escalas con incremento a la categoría alta, en las escalas Hs y Hi. Las escalas D, Dp y Es registraron puntuaciones elevadas (i.e., moderada-alta y alta) en cerca del 50% de los participantes.

Fuente: Elaboración propia.

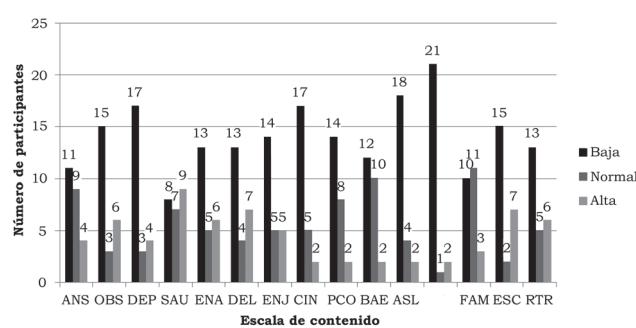


Figura 2. Escalas de contenido.

Los colores negro, gris medio y gris bajo, en ese orden, a las categorías baja (< 55), normal (55 a 65) y alta (< 65) de las puntuaciones T. Los participantes registraron puntuaciones T bajas en la mayoría de las 15 escalas. En las escalas SAU, DEL y ESC se observaron puntuaciones T altas en más del 25%. En todas las escalas se encontró que menos del 50% de los participantes obtuvieron puntuaciones T normales.

Fuente: Elaboración propia.

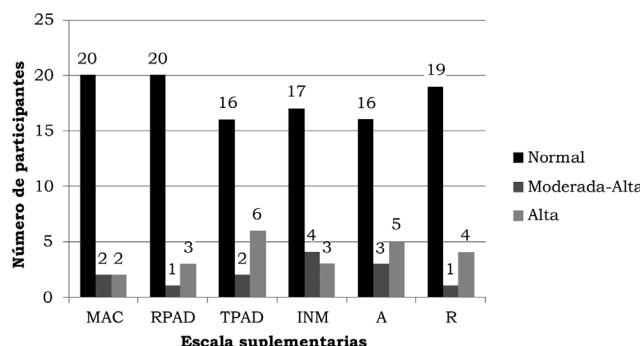


Figura 3. Escalas suplementarias.

La clasificación y correspondencia de colores: negro = categoría baja (<55), gris medio = normal (55 a 65) y gris alto = alta (<65) de las puntuaciones T. La mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones T normales.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Estudios donde se utilizó el MMPI-A como instrumento de investigación para evaluar diferentes poblaciones de adolescentes, incluyendo delincuentes juveniles y consumidores de alcohol/drogas, han señalado escalas que son útiles para identificar conductas específicas y discernir entre poblaciones estudiadas (Cashel, 2000; Cumella *et al.*, 1999; Gumbiner, 1998; Kopper *et al.*, 1998; Losada-Pasey, 1998; Magallón-Neri *et al.*, 2012; Micucci, 2002; Morton & Farris, 2002; Morton, Farris & Brenowitz, 2002). En la muestra evaluada en este estudio, las escalas que registraron puntuajes altos han sido ligadas a adolescentes infractores (escalas Hi, Dp y Es; Losada-Pasey, 1998), a sintomatología del PTSD (Dp y Es) (Cashel *et al.*, 2000) y a desórdenes alimentarios (Hs y Hi; Cumella *et al.*, 1999). Estas características se interpretan como factores de riesgo para la salud mental de los adolescentes.

Al analizar los datos llamó la atención las diferencias en función al sexo; los adolescentes hombres puntuaron más alto que las mujeres en las escalas de contenido, en la escala clínica Es, así como en la escala suplementaria TPAD (relación 7:1). Además, se observó tendencia a la asociación entre género y TPAD ($p = 0.063$, $\chi^2 = 5.538$). Estos datos subrayan la mayor propensión de los varones a las adicciones, como se ha demostrado en otros estudios. Las mujeres mostraron mayor grado de introspección social, evidenciada por puntuaciones más altas en la escala clínica Is. Estas diferencias entre sexos también han sido reportadas en otros estudios, como los relacionados con desórdenes del estado de ánimo, donde se presentan mayoritariamente en mujeres, mientras que los hombres se

ligan a escalas relacionadas con el uso de sustancias que producen adicción (Andrade *et al.*, 2012; Benjet, *et al.*, 2009b).

En la prueba BETA-III, los participantes se ubicaron en el rango *Extremadamente bajo* a *Promedio bajo*, probablemente debido a dificultad en el procesamiento de información visual, velocidad del procesamiento, razonamiento espacial y no verbal, así como a otros aspectos de la inteligencia fluida. Esta observación es de suma importancia, ya que sugiere limitación de la capacidad para resolver problemas.

Los resultados hacen evidente que la detección temprana de alteraciones de la salud mental es sumamente importante en las diferentes estrategias de mejoramiento social, incluyendo la prevención de la violencia, la mejora en la calidad educativa y, desde luego, en la calidad de vida de la sociedad.

Como perspectiva, consideramos necesario ampliar la muestra, estudiar diferentes estratos sociales y entornos geográficos diversos, para caracterizar los rasgos de personalidad y las capacidades de los adolescentes mexicanos en general.

REFERENCIAS

- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Celis, B. & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Archer, R. & Krishnamurthy, R. (1997). MMPI-A and Rorschach Indices Related to Depression and Conduct Disorder: An Evaluation of the Incremental Validity Hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 517-533.
- Archer, R., Bolinskey, P., Morton, T. & Farris, K. (2002). A factor structure for the MMPI-A: replication with male delinquents. *Assessment*, 9(4), 319-326.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009a). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009b). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Butcher, J., William, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): Manual for Administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cashel, M., Ovaert, L. & Holiman, N. (2000). Evaluating PTSD in incarcerated male juveniles with the MMPI-A: an exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1535-1549.
- Centro de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) (2013). *Estudio básico de comunidad objetivo*. León, CIJ. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de <http://www.cij.gob.mx/ebco2013/centros/9820SD.html>

- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *Índice de marginación por localidad 2010*. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010
- Cumella, E., Wall, A. & Kerr-Almeida, N. (1999). MMPI-A in the Inpatient Assessment of Adolescents with Eating Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 31-44.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2013). *La adolescencia*. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm
- Forbey, J. & Ben-Porath, Y. (2003). Incremental validity of the MMPI-A content scales in a residential treatment facility. *Assessment*, 10(2), 191-202.
- Forbey, J., Ben-Porath, Y. & Davis, D. (2000) A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 557-568.
- Gumbiner, J. (1998). MMPI-A profiles of Hispanic adolescents. *Psychological Reports*, 82(2), 659-672.
- Handel, R., Archer, R., Elkins, D., Mason, J. & Simonds-Bisbee, E. (2011). Psychometric Properties of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) Clinical, Content, and Supplementary Scales in Forensic Sample. *Journal of Personality Assessment*, 93(6), 566-581.
- Hicks, M., Rogers, R. & Cashel, M. (2000). Predictions of violent and total infractions among institutionalized male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(2), 183-190.
- Kellogg, C. & Norton, N (2010). *BETA-III*. México D.F. El Manual Moderno. Manual Moderno.
- Kopper, B., Osman, A., Osman, J. & Hoffman, J. (1998). Clinical utility of the MMPI-A content scales and Harris-Lingoes subscales in the assessment of suicidal risk factors in psychiatric adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 191-200.
- López-Díaz, A. (2013). *Pegan problemas mentales a adolescentes*. Recuperado el 11 de febrero de 2014 de <http://www.spps.salud.gob.mx/noticias/1465-pegan-problemas-mentales-adolescentes.html>
- Losada-Paisey, G. (1998). Use of the MMPI-A to assess personality of juvenile male delinquents who are sex offenders and nonsex offenders. *Psychological Reports*, 83, 115-122.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México D.F. El Manual Moderno.
- Magallón-Neri, E., Díaz, R., Forns, M., Goti, J., Canalda, G. & Castro-Fornieles, J. (2012). Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles. *Adicciones*, 24(3), 219-227.
- McGrath, R., Pogge, D. & Stokes, J. (2002). Incremental validity of selected MMPI-A content scales in an inpatient setting. *Psychological Assessment*, 14(4), 401-409.
- Miccuci, J. (2002). Accuracy of MMPI-A scales ACK, MAC-R, and PRO in detecting comorbid substance abuse among psychiatric inpatients. *Assessment*, 9(2), 111-122.
- Morton, T. & Farris, K. (2002). MMPI-A structural summary characteristics of male juvenile delinquents. *Assessment*, 9(4), 327-333.
- Morton, T., Farris, K. & Brenowitz, H. (2002). MMPI-A scores and high points of male juvenile delinquents: scales 4, 5, and 6 as markers of juvenile delinquency. *Psychological Assessment*, 14(3), 311-319.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlas y responder a ellas?* Recuperado el 12 de febrero de 2014 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cádernos de Salud Pública*, 23(6), 1255-1272.
- Rinaldo, J. & Baer, R. (2003). Incremental validity of the MMPI-A content scales in the prediction of self-reported symptoms. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 309-318.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública*, 28(Supl. 2), 288-296.
- Santos-Preciado, J. I., Villa-Barragán, J. P., García-Avilés, M. A., León-Álvarez, G. L., Quezada-Bolaños, S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública*, 45(Supl. 1), 140-152.
- Scott, R., Butcher, J., Young, T. & Gómez, N. (2002). The Hispanic MMPI-A across five countries. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 407-417.
- Secretaría de Educación de Guanajuato (SEG) (2011). *Catálogos Educativos Oficiales*. Guanajuato, México: SEG. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de http://app.seg.guanajuato.gob.mx/ceo/IU/Busquedas/PAG_General.aspx?ClaveCCT=11DST0064Z&turno=1
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2010). *Sistema Nacional de Información de Escuelas*. Guanajuato, México: SEP. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de [http://www.snie.sep.gob.mx/geosepv2/res/images/LayersIcons/PrimariaGeneral.png](http://www.snie.sep.gob.mx/SNIESC/cartelsecundaria.aspx?vcct=11DST0064Z&vsubn=110&vturno=1&vlcon=http://www.snie.sep.gob.mx/geosepv2/res/images/LayersIcons/PrimariaGeneral.png)
- Secretaría de Salud (2002). *Programa de acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia* (19 pp.). México: Secretaría de Salud.
- Stein, L. & Graham, J. (2001). Use of the MMPI-A to Detect Substance Abuse in a Juvenile Correctional Setting. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 508-523.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L. R. & Reynoso, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 145(Supl. 1), 34-S43.
- Veltri, C., Graham, J., Sellbom, M., Ben-Porath, Y., Forbey, J., O'Connell, C., Rogers, R. & White, R. (2009). Correlates of MMPI-A Scales in Acute Psychiatric and Forensic Samples. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 288-300.
- Villaseñor-Farías, M. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(Supl. 1), S44-S57.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Gutiérrez, M. & Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457.
- Vinet, E. & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluados a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35(3), 205-213.