



Universidad Católica del Uruguay

Escuela de Posgrados

Programa de Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

La relación entre el tipo y severidad de la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en la adolescencia

Dr Nicolás Bagattini

Tutor: Dra. Delfina Miller

Julio de 2023, Montevideo, Uruguay

“¿Cuántos caminos debe recorrer
un hombre antes de ser llamado hombre?
¿Cuántos mares debe navegar una paloma blanca
antes de que duerma en la arena?
¿Cuántas veces deben volar las balas de cañón
antes de que sean prohibidas para siempre?
La respuesta, amigo mío, está flotando en el viento,
la respuesta está flotando en el viento”

**Dylan, Bob., 1962. *Blowin in the Wind*.
[Vinyl] New York City: Columbia Records.**

I. DEDICATORIA

En honor a mis padres, Juan Carlos y Cristina, y a su encuentro ilusionado y lleno de luz, que nació en un banco del Hospital Maciel de Montevideo. A ellos debo mi esperanza irreverente y mi curiosidad tenaz. Llevo conmigo su amor meridiano, inalterable y brutal.

Dedicado a mi esposa Alejandra, amor de mi vida, amiga, luz de mis 2 pequeñas estrellas; para siempre, gracias. A mis hijos Ciro y Leo, mis sueños de la vigilia, mis risas, mi futuro, por ustedes trato de hacer del mundo un lugar mejor.

II. AGRADECIMIENTOS

“Gracias a la vida, que me ha dado tanto.
Me ha dado el sonido y el abecedario,
con él las palabras, que pienso y declaro,
madre, amigo, hermano y luz alumbrando
la ruta del alma del que estoy amando”

**Parra, V. 1966. *Las últimas composiciones*.
[Vinilo] Santiago de Chile: RCA.**

El trabajo que presentaré no podría haberse hecho realidad si no fuera por la ayuda generosa y desinteresada de múltiples personas y el apoyo de diferentes instituciones.

Debo gran parte de este trabajo a mi tutora, la Dra. Delfina Miller. Fue gracias a su consejo que postulé para ingresar como candidato al Doctorado. Me estimuló a crecer cada vez que la consulté y me permitió ser libre durante el proceso. Fue además un apuntalamiento constante y generoso en la difícil etapa de definición del tema central de tesis, en donde tuve espacio para equivocarme, avanzar y retroceder hasta encontrar el que creí mi camino.

Un lugar especial merece el Académico Prof. Dr. Ricardo Bernardi, quien fue durante todo el proceso un “sparring” constante de ideas (y delirios varios). Su aporte a mi carrera es mucho más que intelectual. Ha sido, además, una guía en aspectos esencialmente filosóficos y humanos. Tuve la fortuna de ser testigo de su trabajo, que no es más que un subproducto de su fanatismo por la evidencia.

Agradezco también a la ex-coordinadora del Programa de Doctorado de la Universidad Católica, Prof. Dra. Mara González por su apoyo constante durante todo el proceso y a mis lectores de la Universidad, la Dra. Soledad Cordero y la Dra. Lucía Barboni por sus comentarios y el apoyo recibido durante el proceso de Doctorado. También a la nueva coordinadora del programa, la Dra. Marcela Carballo, por su “apurada” final.

A través de ellos, agradezco especialmente a la Universidad Católica del Uruguay por haber planificado el camino del programa de doctorado como una serie de desafíos progresivos que propenden al crecimiento constante de los candidatos.

Un lugar especial en mi corazón ocupan mis compañeros de Generación (Suerte | Ánimo | Fuerza), que en momentos en los cuales la carrera se hacía algo difícil fueron también un apoyo fundamental. Carola Kweksilber, Alejandro Anselmi, Karina Horta, Martín Bidegain, Leticia Daguerre y Viviana Valdez.

Agradezco además a todos los adolescentes que participaron del estudio, brindando su tiempo y abriendo su mundo interno para colaborar. A las instituciones de enseñanza media que participaron de la investigación de forma generosa y abierta, preocupados genuinamente por sus jóvenes y su bienestar.

Al Centro Universitario UNO, específicamente al Departamento de Investigación Clínica y a sus miembros, quienes durante los años de la carrera, escucharon acerca de la temática, construyeron, discutieron y vieron pacientes de una manera novedosa y poco común dentro del ámbito de la Psicoterapia Psicodinámica en el país.

Gracias especialmente a la Mag. Patricia Arévalo, directora de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica del Centro Universitario UNO y a la Dra. Rosario Oyenard, docente de Psicopatología de Adolescentes por su estímulo constante. También a los diferentes psicólogos clínicos, psicoanalistas e investigadores noveles que pasaron por el departamento durante la construcción del trabajo.

III. PREFACIO

Este proyecto surge en un contexto de indagación y búsqueda, en una época repleta de desafíos y oportunidades. Al reflexionar sobre el camino recorrido, el encuentro entre mi formación médica y mi acercamiento a las ciencias sociales a través de la psicoterapia psicoanalítica fue fundamental en mi decisión de cursar el Doctorado en Psicología.

Durante este proceso, tuve la oportunidad de experimentar el valor y la profundidad del Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado de Adultos (OPD-2) (Cierpka et al., 2008), en la Universidad Católica de Chile. Esta herramienta me demostró que las teorías psicoanalíticas podían ser sintetizadas e integradas con la investigación, dando lugar a un lenguaje común y transdisciplinario. Esto me condujo a formarme en el Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado de Niños y Adolescentes (OPD-CA-2) (OPD-CA-2 Task Force et al., 2017)¹.

A lo largo de mi formación, fui testigo de intensos debates teóricos entre profesionales de la psiquiatría, la psicología y diferentes corrientes de la psicoterapia. Paralelamente, constaté la carencia de evidencia empírica en el área de la salud mental adolescente en mi país, lo que despertó diferentes preguntas acerca de la situación real de nuestros jóvenes. ¿Qué sucedía realmente con ellos en nuestro país?

Decidí enfocar mi investigación en el estudio de la psicopatología y su relación con la conformación y el funcionamiento de la personalidad en esta edad. Para ello, profundicé en la historia y las clasificaciones psicopatológicas, y exploré manuales internacionales, así como la concepción de la personalidad en la teoría psicodinámica contemporánea y sus constructos empíricos. Para esto, me referí fundamentalmente a los manuales llamados Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) (Lingiardi & McWilliams, 2017) y OPD-IJ-2 .

Posteriormente, me propuse observar el fenómeno en mi propio trabajo. En los diagnósticos, empecé a complementar siempre los cuadros descriptivos con el nivel de funcionamiento de la personalidad, los patrones de relación habitual y las conflictivas centrales. Intentaba relacionar estas instancias en los pacientes y elaborar hipótesis acerca de su correlación.

¹ Durante el curso del doctorado, me convertiría además en entrenador oficial del manual para Latinoamérica y haría la revisión crítica de su primera versión editada en castellano (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2022).

Una vez definido el proyecto de tesis, utilicé herramientas psicodinámicas de evaluación cuantitativa que complementaron mi práctica clínica cotidiana, permitiendo una observación más amplia y enriquecedora de los casos abordados. Esto derivó en la publicación de un artículo que forma parte del cuerpo de esta tesis (Bagattini, 2021a).

El contexto de crisis sanitaria mundial en el que se desarrolló parte de este estudio, subrayó la importancia de considerar el entorno y sus efectos en la salud mental de la población, especialmente en los adolescentes; resaltando la necesidad de investigaciones que integren múltiples niveles de análisis y enfoques, perspectiva que intentaremos abordar desde la investigación.

Espero que los resultados obtenidos en este trabajo sean de utilidad para los investigadores y profesionales que trabajan con adolescentes en su práctica cotidiana, y que las discusiones y reflexiones presentadas en este prefacio sean abordadas y sustentadas a lo largo de las siguientes secciones.

IV. INDICE

I. DEDICATORIA.....	3
II. AGRADECIMIENTOS.....	4
III. PREFACIO.....	6
IV. INDICE.....	8
V. RESUMEN EN ESPAÑOL.....	13
VI. RESUMEN EN INGLÉS.....	14
VII. PALABRAS CLAVE.....	15
VIII. REVISIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	16
1. ACERCA DE LA CLASIFICACIÓN PSICOPATOLÓGICA.....	16
1.1. Breve reseña histórica.....	16
1.1.1. La comprensión psicopatológica en la antigüedad.....	16
1.1.2. Siglos XIX y XX: El origen de la psicopatología contemporánea.....	18
1.2. La clasificación psicopatológica en la adolescencia.....	19
1.2.1. La comprensión de la psicopatología de niños y adolescentes en la antigüedad.....	20
1.2.2. Siglo XIX y XX: El origen de la psicopatología contemporánea en adolescentes.....	21
1.3. La psicopatología en la actualidad.....	23
1.3.1. La perspectiva psiquiátrica.....	23
1.3.2. La perspectiva psicodinámica.....	27
1.3.3. La perspectiva basada en la evidencia.....	30
2. PERSONALIDAD, ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD Y SU FUNCIONAMIENTO.....	32
2.1. Acerca del concepto de personalidad.....	32
2.1.1. Desarrollo histórico-conceptual del término: los antecedentes filosóficos y el origen de la psicología de la personalidad.....	33
2.2. Acerca de la patología de personalidad.....	37
2.2.1. Desafíos conceptuales en el estudio de la patología de la personalidad...39	
2.2.2. La aproximación dimensional a la patología de la personalidad: el funcionamiento de la personalidad como “concepto paraguas”.....	40
2.2.3. La patología de la personalidad desde la perspectiva psiquiátrica.....	42
2.2.4. La patología de la personalidad desde la perspectiva psicodinámica.....44	
2.2.4.1. La organización de la personalidad y la integración de la estructura psíquica como representantes del funcionamiento de la personalidad en la teoría psicodinámica.....	47
2.2.4.2. La operacionalización psicodinámica de los niveles de integración de la estructura de la personalidad.....	50
2.2.5. La patología de la personalidad en la adolescencia.....	51
3. LA RELACIÓN ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PERSONALIDAD : INTERROGANTES ACTUALES Y EL CASO ADOLESCENTE.....	55
3.1.1. La relación entre personalidad y psicopatología: aspectos conceptuales.....	55

3.2. La relación entre personalidad y psicopatología desde la perspectiva psicodinámica y las taxonomías empíricas.....	57
3.3. La adolescencia como período sensible para la relación entre personalidad y psicopatología.....	59
3.4. La encrucijada adolescente: hacia un enfoque integrado de la patología de la personalidad y la psicopatología.....	60
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	62
5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
6. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	65
7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	66
IX. OBJETIVOS.....	68
X. METODOLOGÍA.....	69
1. INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN DE METODOLOGÍA.....	69
2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	70
2.1. Descripción del diseño del estudio.....	70
2.2. Justificación de la elección del diseño del estudio.....	70
3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	71
3.1. Descripción de la población del estudio.....	71
3.2. Procedimiento de selección de la muestra (muestreo).....	72
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	72
4. RECOPIACIÓN DE DATOS.....	73
4.1. Herramientas de recopilación de datos y su justificación.....	73
4.1.1. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ).....	73
4.1.2. Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR).....	74
4.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ).....	75
4.1.4. Cuestionario General de Salud (GHQ-12).....	76
4.1.5. Entrevista Estructurada del Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado de Niños y Adolescentes (OPD-IJ-2).....	77
4.2. Procedimiento de administración de las herramientas.....	78
4.3. Manejo de los datos.....	79
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	80
5.1. Comité de ética de la investigación.....	80
5.2. Consentimiento informado.....	81
5.3. Protección de la privacidad y confidencialidad.....	81
6. ANÁLISIS DE DATOS.....	82
6.1. Software utilizados para el procesamiento de datos.....	82
6.2. Justificación de la elección de técnicas de análisis de datos.....	82
6.3. Procedimiento de análisis de datos.....	83
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y MANEJO DE POSIBLES SESGOS.....	84
XI. RESULTADOS OBTENIDOS.....	85
1. Resultados del estudio en la muestra de población general.....	85
1.1. Resultados Descriptivos.....	85
1.1.1. Aspectos demográficos generales.....	85
1.1.2. Cuestionario General de Salud (GHQ-12).....	87

1.1.2.1. Estadísticos descriptivos generales.....	87
1.1.2.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.....	88
1.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ).....	88
1.1.3.1. Estadísticos descriptivos generales.....	88
1.1.3.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.....	89
1.1.4. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ).....	90
1.1.4.1. Estadísticos descriptivos generales.....	90
1.1.4.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.....	91
1.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.....	92
1.3. Estudio Correlacional.....	95
1.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad.....	96
1.4.1. Análisis de componentes principales.....	96
1.4.2. Análisis factorial exploratorio (AFE).....	96
1.4.3. Análisis factorial confirmatorio (AFC).....	97
2. Resultados del estudio en la muestra clínica.....	97
2.1. Resultados Descriptivos.....	97
2.1.1. Aspectos demográficos generales.....	97
2.1.2. Autoinforme de Adolescentes (YSR).....	98
2.1.2.1. Estadísticos descriptivos generales.....	98
2.1.2.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.....	99
2.1.3. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ).....	100
2.1.3.1. Estadísticos descriptivos generales.....	100
2.1.3.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.....	101
2.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.....	102
2.3. Estudios Correlacionales.....	104
2.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad.....	105
2.4.1. Análisis de componentes principales (ACP).....	105
2.4.2. Análisis Factorial Exploratorio (AFE).....	105
2.4.3. Análisis Factorial Confirmatorio.....	106
3. Estudio de caso clínico.....	106
3.1. Descripción del caso: "Octavio".....	107
3.2. Resultados específicos del estudio de caso.....	108
XII. DISCUSIÓN.....	113
1. Introducción.....	113
2. Limitaciones del estudio.....	113
3. Discusión de los hallazgos.....	114
3.1. Análisis crítico de las hipótesis de investigación.....	114
3.2. La necesidad de un enfoque integrado.....	116

3.3. Acerca de los resultados según categorías de severidad.....	117
3.4. Acerca de las diferencias encontradas entre grupos específicos.....	118
3.4.1. Diferencias por sexo.....	118
3.4.2. Diferencias por edad.....	120
3.4.3. Diferencias según experiencia previa con psicólogo.....	120
3.5. Acerca de los hallazgos correlacionales.....	121
3.6. Acerca de los hallazgos factoriales.....	122
3.6.1. Acerca de la estructura nomológica de los factores y la relación entre psicopatología y personalidad.....	122
3.6.2. Acerca de la presencia de un factor único subyacente a la patología psiquiátrica.....	123
3.6.2.1. Acerca del significado del factor “p”.....	124
3.6.3. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la literatura psiquiátrica.....	125
3.6.4. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la literatura de investigación o basada en evidencia.....	126
3.6.5. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la teoría psicodinámica.....	129
3.6.6. Acerca de los hallazgos en el contexto adolescente.....	133
3.7. Acerca del estudio de caso: la necesidad de complementar lo nomotético con lo idiográfico.....	135
XIII. CONCLUSIONES.....	139
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	141
XV. ANEXOS.....	198
1. Tabla de objetivos, preguntas, hipótesis.....	198
2. Instrumentos y protocolos.....	201
2.1. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ).....	201
2.3. Categorización del SDQ.....	203
2.4. Cuestionarios de autoreporte de estructura (OPD-CA2-SQ).....	204
2.5. Breve manual del OPD-CA2-SQ.....	207
3. Consentimientos informados.....	217
3.1. Documento de consentimiento informado para padres.....	217
3.2. Documento de asentimiento para adolescentes.....	221
4. Anexo de análisis estadísticos.....	225
4.1. Resultados del estudio en la muestra de población general.....	225
4.1.1. Resultados Descriptivos.....	225
4.1.1.1. Aspectos demográficos generales.....	225
4.1.1.2. Cuestionario General de Salud (GHQ-12).....	227
4.1.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ).....	232
4.1.1.4. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ).....	243
4.1.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.....	250
4.1.3. Estudios Correlacionales.....	253
4.1.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad.....	257
4.1.4.1. Análisis de componentes principales.....	257

4.1.4.2. Análisis factorial exploratorio.....	261
4.1.4.3. Análisis factorial confirmatorio.....	265
4.2. Resultados del estudio en la muestra clínica.....	267
4.2.1. Resultados Descriptivos.....	267
4.2.2. Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR).....	268
4.2.3. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ).....	278
4.2.4. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.....	283
4.2.7. Estudios Correlacionales.....	287
4.2.9. Técnicas de reducción de dimensionalidad.....	289
4.2.9.1. Análisis de componentes principales.....	289
4.2.10. Análisis Factorial Exploratorio.....	293
4.2.11. Análisis Factorial Confirmatorio.....	296

V. RESUMEN EN ESPAÑOL

Introducción y objetivos: En el contexto de la clasificación psicopatológica contemporánea, comprendida desde una perspectiva psiquiátrica, psicodinámica y de investigación, esta tesis tiene como objetivo explorar la compleja relación entre el tipo y la severidad de la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en una muestra de adolescentes uruguayos. **Metodología:** A través de un enfoque multi-método, se realiza un estudio de carácter transversal, descriptivo, de alcance correlacional. El estudio combina técnicas cuantitativas y cualitativas para investigar la relación entre las variables y utiliza una muestra clínica de 35 pacientes adolescentes y una muestra de 409 adolescentes en dos liceos de diferentes contextos geográficos. Para la evaluación de las variables en estudio, se utilizan los cuestionarios de autoreporte GHQ-12, SDQ, YSR, OPD-CA2-SQ y la entrevista estructurada del OPD-IJ-2. Se describe la distribución de tipo y severidad de psicopatología en la muestra así como del nivel de funcionamiento de la personalidad. Se identifican agrupaciones sindromáticas específicas, se analiza la correlación entre las variables y se investiga la presencia de dimensiones latentes. Además, se estudia la manifestación singular y específica de la relación a través del análisis de un caso clínico en un proceso de psicoterapia. Se evalúa la utilidad de las herramientas de autoreporte para mejorar aspectos relativos al diagnóstico y al tratamiento en psicoterapia. **Resultados principales:** Los principales hallazgos revelan una relación significativa entre las variables en estudio, evidenciada por elevadas correlaciones y dimensiones latentes encontradas en las técnicas de reducción factorial, confirmando las hipótesis centrales y la mayoría de las hipótesis secundarias, y mostrando patrones específicos de distribución por sexo, edad y experiencia previa con psicólogo. Todos los hallazgos son consistentes con la literatura internacional. **Conclusiones e implicancias:** Se abordan las implicaciones teóricas, clínicas y epidemiológicas en el campo de la psicopatología adolescente. Se enfatiza la íntima interdependencia entre psicopatología y personalidad en este grupo de edad y se postulan modelos de la misma. Se resalta la necesaria valoración del contexto del desarrollo, considerando factores nomológicos y contextuales, indivisibles de la presentación clínica. Se subraya la importancia de integrar herramientas de autoreporte validadas por la investigación en el contexto clínico. Se resalta la necesidad de una visión transdiagnóstica, transdisciplinaria e integrada, que abarque perspectivas cuantitativas y cualitativas, que superen las categorizaciones tradicionales en este grupo etario, acompañando el cambio nosológico en adultos. Se consideran las limitaciones del estudio y las implicancias para futuras investigaciones.

VI. RESUMEN EN INGLÉS

Introduction and Objectives: Within the context of contemporary psychopathological classification, understood from a psychiatric, psychodynamic, and research perspective, this thesis aims to explore the complex relationship between the type and severity of psychopathology and the level of personality functioning in a sample of Uruguayan adolescents. **Methodology:** Through a multi-method approach, a cross-sectional, descriptive, correlational study is conducted. The study combines quantitative and qualitative techniques to investigate the relationship between variables and uses a clinical sample of 35 adolescent patients and a sample of 409 adolescents in two high schools from different geographical contexts. For the evaluation of the variables under study, self-report questionnaires GHQ-12, SDQ, YSR, OPD-CA2-SQ, and the structured interview of OPD-IJ-2 are used. The distribution of the type and severity of psychopathology in the sample, as well as the level of personality functioning, is described. Specific syndromic groupings are identified, the correlation between variables is analyzed, and the presence of latent dimensions is investigated. Additionally, the unique and specific manifestation of the relationship through the analysis of a clinical case in a psychotherapy process is studied. The utility of self-report tools to enhance aspects related to diagnosis and treatment in psychotherapy is evaluated. **Main Results:** The main findings reveal a significant relationship between the variables under study, evidenced by high correlations and latent dimensions found in factorial reduction techniques, confirming the central hypotheses and most of the secondary hypotheses, and showing specific distribution patterns by sex, age, and previous experience with a psychologist. All findings are consistent with international literature. **Conclusions and Implications:** The theoretical, clinical, and epidemiological implications in the field of adolescent psychopathology are addressed. The intimate interdependence between psychopathology and personality in this age group is emphasized, and models of the same are postulated. The necessary assessment of developmental context, considering nomological and contextual factors indivisible from the clinical presentation, is highlighted. The importance of integrating self-report tools validated by research in the clinical context is underscored. The need for a transdiagnostic, transdisciplinary, and integrated view that encompasses quantitative and qualitative perspectives, transcending traditional categorizations in this age group, accompanying the nosological change in adults, is emphasized. The limitations of the study and the implications for future research are considered.

VII. PALABRAS CLAVE

Español:

Clasificación psicopatológica, adolescencia, psicopatología, personalidad, funcionamiento de la personalidad, estructura psíquica, organización de la personalidad, psiquiatría, nosología psiquiátrica, diagnóstico psicodinámico, psicoterapia psicodinámica, taxonomía empírica, factor p, internalizante, externalizante, estudio de caso único, metodologías mixtas.

English:

Psychopathological classification, adolescence, psychopathology, personality, personality functioning, psychic structure, personality organization, psychiatry, psychiatric nosology, psychodynamic diagnosis, psychodynamic psychotherapy, empirical taxonomy, factor p, internalizing, externalizing, single case report, mixed methodologies.

VIII. REVISIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

1. ACERCA DE LA CLASIFICACIÓN PSICOPATOLÓGICA

1.1. Breve reseña histórica.

La categorización de los trastornos mentales es una cuestión delicada, nadie puede evitarla, y sin embargo a nadie le agrada (Foulds et al., 1965). Debido a que las clasificaciones son el producto del mundo social y científico en el que se expresan y se dan además, en un cierto marco científico o cosmovisión (Berrios, 1999), las nosologías resultan difíciles de armonizar en una clasificación única, lo que parece demostrar que los esfuerzos por definir la locura, sólo revelarán la limitación de quien lo intenta (Bucknill, 1879). Si bien la historización pormenorizada de la historia de la clasificación nosológica, excede el alcance del presente trabajo, entendemos que la forma en que se categorizan los trastornos mentales está estrechamente vinculada con la comprensión sobre lo que estos trastornos son (Aftab & Ryznar, 2021). En este contexto, analizaremos brevemente la historia de la clasificación psicopatológica, comprendiendo que la misma no es meramente un dominio abstracto de investigación, sino un enfoque para obtener una percepción adecuada del estado actual del asunto (Thompson, 1987).

1.1.1. La comprensión psicopatológica en la antigüedad.

En sus inicios, las civilizaciones antiguas creían que seres sobrenaturales como espíritus y demonios podían controlar el comportamiento, la llamada aproximación sagrada. En estos tiempos, las curas eran provistas por magos o sacerdotes ². El comienzo de explicaciones alejadas de lo sobrenatural, se da en *primigenias civilizaciones hindúes, babilonias, chinas y egipcias* ³ (Millon, 2009).

² Las connotaciones religiosas, espirituales o astronómicas de la psicopatología, comenzarán a cuestionarse seriamente y abandonarse en el siglo XIX, a través de la emergencia de la medicina occidental (Millon, 2009).

³ Comienzan a discernir el rol del cabeza/cerebro (cognición), separado del pecho/corazón (pasión) y plantean el equilibrio entre estas dimensiones como un equivalente de salud.

En el siglo V y VI A.C filósofos griegos como Pitágoras, Thales y Anaxagoras (entre muchos otros), buscan explicaciones más concretas vinculadas al mundo real⁴, que sientan las bases de las clasificaciones contemporáneas.

Entre estos, Hipócrates realiza detalladas descripciones de cuadros clínicos⁵ y los agrupa según su presentación y pronóstico (Taylor & Vaidya, 2008). Posteriormente, Platón y Aristóteles resaltan el rol fundamental de los procesos cognitivos, de los aspectos conflictivos entre diferentes componentes mentales, de las emociones y los sueños, dando paso al primer acercamiento a una psicología afectiva (Gardiner, 1919).

Durante el imperio romano, en el Siglo I D.C, Galeno, integra los conocimientos hipocráticos y resalta la importancia del método científico. Plantea que los problemas psicológicos son secundarios a disfunciones neurológicas. Su obra tiene una gran influencia y sus teorizaciones son vistas casi como sagradas (Millon, 2009).

Con el surgimiento de la Edad Media (Siglo V a XV D.C), el método científico es condenado al olvido. Con el cristianismo, las concepciones demoníacas y/o espirituales de la patología mental resurgen y son los santos, quienes poseen capacidades curativas o incluso pueden causar trastornos a voluntad (Graham & MacLeod, 2019).

En el renacimiento (Siglo XV y XVI D.C) coexisten explicaciones mixtas para los trastornos mentales, que progresan hacia menos razonamiento ilusorio y determinaciones más objetivas (Plante, 2013). Se destacan las precisas descripciones sintomáticas de los cuadros melancólicos y los duelos. Los tratamientos combinan rituales, dietas y remedios naturales.

En los siglos XVIII y XIX, se hacen notorios los intentos de sistematizar los trastornos mentales. Su clasificación será influida por las clasificaciones biológicas, especialmente la botánica, que siguió un principio jerárquico y de división racional, el cual también fue motivo de intenso debate (Kendler, 2009; Millon, 2009). Por lo tanto, la primera nomenclatura psiquiátrica, obedecerá a observaciones empíricas y teorías acuñadas por médicos singulares, llamados alienista), cuyas conceptualizaciones son las raíces de la comprensión moderna de la psicopatología⁶ (Taylor & Vaidya, 2008).

⁴ Se realizan descripciones tempranas de los humores corporales y de sus respectivos desequilibrios.

⁵ Depresión, fobia, epilepsia, manía, melancolía, paranoia, histeria e incluso tipos de personalidad.

⁶ Se destacan, entre otros, el trabajo de **Robert Burton**, “La anatomía de la melancolía” en 1621 (Millon, 2009; (Taylor & Vaidya, 2008), **François Des Sauvages** con su “Nosología Sistemática” del año 1772, **Rudolph Vogel’s** con su “Generum Morborum” de 1764 y **William Cullen** con su trabajo “Nosología”, que es una referencia durante gran parte del siglo XIX (Munsche & Whitaker, 2012). *Es Cullen, quien propone acuñar el término “Neurosis”, para representar la patología de origen neurológico.*

Sobre finales del siglo XVIII y principios del XIX, los hallazgos neuroanatómicos traen consigo la intención de asociar funciones mentales a estructuras cerebrales. A través de Franz Joseph Gall, nace la Frenología (Poskett, 2019; Temkin, 1947), apuntalada por los hallazgos en la afasia y los modelos anatómicos de la representación del lenguaje (Rutten, 2022).

1.1.2. Siglos XIX y XX: El origen de la psicopatología contemporánea.

La clasificación de Emil Kraepelin es considerada la base de las clasificaciones contemporáneas (Surís et al., 2016). Su primer texto, llamado “Compendio de Psiquiatría”, fue publicado en 1883 (Kraepelin, 1883) y utilizado para la educación de los psiquiatras en formación. Esto determinó la adopción masiva de la clasificación propuesta en el libro, que tuvo sucesivas ediciones y ampliaciones durante la vida de Kraepelin. Entre sus mayores aportes se destacan la consideración longitudinal de la evolución de la patología (Kendler, 2009; Surís et al., 2016), y la delineación de las variedades predominantes de psicosis ⁷.

Sobre fines del siglo XIX y el comienzo del siglo XX, nace el Psicoanálisis. Los extensos desarrollos de Sigmund Freud, se dan de manera paralela a la obra de Kraepelin⁸. Freud se había formado como neurólogo y estuvo muy influido por el trabajo de Jean Martin Charcot (Lepoutre & Villa, 2015). Al inicio, Freud intentó un modelo neurocientífico de la mente, muy atado a la visión frenológica, como atestigua su trabajo “Acerca de la Afasia” (Davison, 1955). En la evolución, Freud aceptó que los procesos observados en la clínica eran en verdad de raíz mental y que el nivel de conocimiento neurocientífico solo permitía conjeturas (Solms, 1998). Aún así, nunca abandonó la esperanza de que futuros descubrimientos avalaran sus postulados (Saling & Solms, 2018). Su pensamiento fue adoptado masivamente y generó la sustitución de los modelos previos.

Durante toda la primera mitad del siglo XX, la clasificación psicopatológica suscribió al modelo psicoanalítico, que destacó la singularidad del sujeto, el valor de los sueños y las fantasías inconscientes en la génesis de la patología. Se antepuso la singularidad individual por encima de los rasgos comunes de la psicopatología (Surís et al., 2016).

⁷ Entre otros, la “Demencia Precoz”, categorizada actualmente como esquizofrenia.

⁸ Sigmund Freud y Emil Kraepelin nacieron el mismo año. Mientras Kraepelin escribe su tratado en 1883, Freud publica su primer trabajo “Tratado de Psicología para Neurólogos” en 1895.

La teoría determinó una eclosión de nuevos pensadores. Entre muchos otros, a nivel internacional, Melanie Klein, Donald Winnicott, Carl Jung, Anna Freud, Heinz Kohut, Otto Kernberg, Peter Fonagy. Sus aportes fueron de extrema relevancia para las clasificaciones contemporáneas. En la evolución, la diversidad y la amplitud conceptual de estos pensadores, alejados de la comprobación empírica sistemática, atentó contra la validez de sus postulados.

1.2. La clasificación psicopatológica en la adolescencia.

La clasificación psicopatológica en la adolescencia se relaciona con la génesis misma del concepto. Diferentes autores adjudican el mismo a Stanley Hall (Esman, 2012; Rey et al., 2015; Silverman & Field, 2011) a través de su obra “Adolescence: Its psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education” (Hall, 1904). Esta se transformó en el marco de discusión acerca del comportamiento adolescente para las generaciones futuras (Esman, 2012).

La consideración de la adolescencia como etapa particular del desarrollo previo a esta época, es motivo de debate entre historiadores (Hanawalt, 1992). La influencia del historiador francés Philippe Ariès (1987), motivó que algunos consideren que la adolescencia es una creación (Fasick, 1994; Kett, 1993), un resultado de los tiempos modernos (Bakan, 2023). Múltiples registros hablan únicamente de la pubertad, señalando el tránsito de la infancia a la madurez (Demos & Demos, 1969; Esman, 2012).

Aún así, algunos registros demuestran que en épocas antiguas las particularidades de la psicopatología en la niñez y la adolescencia eran también conocidas y que en la antigüedad también se identificaba la etapa, siendo la historia del concepto más compleja que lo planteado por Ariès (Hanawalt, 1992; Schlegel & Barry, 1991; Schultz, 1991; Shahar, 1992).

1.2.1. La comprensión de la psicopatología de niños y adolescentes en la antigüedad.

Durante los siglos IV y V a.c., existen registros acerca de la ansiedad en la infancia, en los llamados aforismos, que forman parte de la colección de escritos médicos de Hipócrates. En el aforismo 24, se nombra la presencia de miedos nocturnos, llagas bucales y regurgitaciones en neonatos y niños pequeños (Cerdeña, 2007; Silverman & Field, 2011).

En el siglo IV y V, San Agustín de Hipona (354-430 d.c.), un teólogo y filósofo del Imperio Romano, registra por primera vez el término “adolescencia”. En sus escritos, describe la adolescencia como un tiempo de transición y un período de mayor libertad, en el que los jóvenes pueden ser tentados por el pecado.

En el siglo VIII, existen registros del Obispo Anglosajón Willibald, que describen la inestabilidad juvenil y la etapa turbulenta de la adolescencia (Shahar, 1992). Los libros de crianza⁹ detallan problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, como la timidez, el rechazo a la escuela y ansiedad (Shahar, 1992). Si bien durante la edad media el cuidado de los niños estaba en manos principalmente de la iglesia y los trastornos mentales eran vistos como manifestaciones del demonio o las brujas, diferentes médicos se interesaron en el tratamiento de enfermedades en niños y adolescentes y aportaron una visión racional¹⁰. Entre estos, Thomas Phaer en su libro “The Book of Children”, describe trastornos del sueño, pesadillas, enuresis, histeria y melancolía en esta edad (Ruhrah, 1919).

En el siglo XVI, en las obras de Shakespeare se encuentran disposiciones conductuales que esperamos encontrar en los adolescentes contemporáneos y demuestran cómo estas eran reconocidas en la época, como se muestra en los amantes adolescentes de "Romeo y Julieta" o en la obra "El cuento de invierno", en donde el pastor declama que querría que no existiera el período, ya que no hay nada en el mismo más que embarazos indeseados, molestar a los mayores, robar o combatir (Esman, 2012; Shakespeare et al., 1918).

En el siglo XVIII, debido al impacto de los pensadores de la Ilustración, la demonología fue perdiendo relevancia. En relación a la niñez y adolescencia, Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) escribe "Emilio o de la educación" (Rousseau, 1821), donde enfatizó la importancia del desarrollo natural, la libertad individual y la autodeterminación en la educación y el bienestar físico, emocional e intelectual de la persona.

⁹ Refiere a producciones literarias populares destinadas a facilitar la crianza de los niños en esa época. Un ejemplo clásico de las mismas es “El ama de casa de París” (Greco & Rose, 2012).

¹⁰ Johan Weyer, también fue un médico conocido por sus escritos en contra de la caza de brujas y sus esfuerzos para demostrar que muchas acusaciones de brujería se basan en malentendidos o en problemas de salud mental en lugar de en actividades sobrenaturales. (Weyer, 2014).

1.2.2. Siglo XIX y XX: El origen de la psicopatología contemporánea en adolescentes.

En la primera mitad del siglo XIX, se publican los primeros estudios de caso de niños y adolescentes en libros de psiquiatría, incluyendo los primeros reportes de psicopatología en niños (Silverman & Field, 2011). En obras fundamentales como "Sobre la Naturaleza y Origen del Trastorno Mental", de Alexander Crichton¹¹ (1798), el "Tratado Médico-Filosófico de la Alienación Mental" de Philippe Pinel (1809) y "Anales de la Locura" de Perfect¹² (1809) se comienza a destacar la importancia de tratar a los enfermos mentales con amabilidad y respeto, lo que contribuye al desarrollo del llamado tratamiento moral (Pelletier & Davidson, 2015). Charles West, un médico pediatra y obstetra británico, hizo una contribución fundamental al campo de la psiquiatría infantil con su obra "Sobre las Peculiaridades Mentales y Trastornos Mentales de la Infancia" (1860), en la que describe la ansiedad desde la perspectiva de un niño. En ella, West postuló que los trastornos mentales en niños podían ser causados por diversos factores, incluyendo la herencia, el ambiente y la enfermedad física, y destacó la importancia del tratamiento temprano en la mejora del pronóstico de los niños afectados (Lomax, 1983). Estos autores permitieron comenzar a discutir las causas potenciales de la patología mental en niños y adolescentes¹³. En la época, se consideraban como causas potenciales la herencia y las causas orgánicas, especialmente las enfermedades cerebrales (Silverman & Field, 2011).

Sobre finales del siglo XIX el psiquiatra escocés Thomas Clouston, realiza aportes importantes al área, poniendo en consideración que la pubertad y la adolescencia son períodos críticos del desarrollo del sujeto. En su trabajo, "Pubertad y Adolescencia Consideradas Médico-Psicológicamente" (1880), postula que las anomalías del desarrollo cerebral son responsables de lo que denominó "Locura del Desarrollo"¹⁴.

¹¹ Algunos le adjudican a Crichton la primera descripción de lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Palmer & Finger, 2001).

¹² En su obra, William Perfect describe casos de locura y depresión, así como estrategias terapéuticas.

¹³ Dominique Esquirol, postula el rol de las pasiones en su trabajo, consideradas como causa, síntoma y medio curativo de la alienación mental (1805). En ella, por primera vez se refiere a que el conflicto que surge entre estas, la religión, la moral y la educación, puede ser una causa de patología mental (Silverman & Field, 2011).

¹⁴ En el "Diccionario de Psicología Médica" refiere que en la adolescencia, los impulsos afloran de una manera distinta en comparación con su manifestación previa, y señala que segmentos de la materia cerebral que estaban en reposo ahora han sido activados (Tuke, 1893).

Los hallazgos neurocientíficos, patológicos y genéticos actuales, apoyan el compromiso del neurodesarrollo en la esquizofrenia, lo que parece sugerir que la “Locura del Desarrollo” de Clouston pasó desapercibida por la hegemonía de la “Demencia Precoz” de Kraepelin y Bleuer (O’Connell et al., 1997; Owen & O’Donovan, 2017).

En el mismo período histórico el psiquiatra escocés Herman Emminghaus (1845-1904), uno de los fundadores de la psicopatología del desarrollo, escribió “Los Trastornos Mentales de la Infancia” (Emminghaus, 1887). En el mismo, utilizó una aproximación clínica para clasificar los trastornos mentales en la infancia. Emminghaus fue uno de los fundadores de la Sociedad Alemana de Psiquiatría Infantil y es considerado fundador de la psiquiatría científica de niños y adolescentes (Nissen, 1986; Remy et al., 2011). Ambroise Tardieu y Maxime Durand-Fardel, dos médicos franceses del siglo XIX, trabajaron en el reconocimiento del abuso y del maltrato infantil respectivamente. En 1855, Durand-Fardel proporcionó datos sobre el suicidio en niños franceses, concluyendo que estos habían cometido suicidio en relación con el maltrato. Por su parte, Tardieu publicó una monografía sobre el abuso sexual en 1857 y un artículo con datos detallados sobre casos de maltrato infantil en 1860 (Durand-Fardel, 1855; Roche et al., 2005; Silverman & Field, 2011).

A comienzos del siglo XX, como referimos, Stanley Hall, un profesor de psicología y pedagogía (White, 1992), se transformó en una influencia masiva en el campo de la psicología. Sus contribuciones son fundacionales en lo relativo al estudio científico de la infancia y la adolescencia (Brooks-Gunn & Duncan Johnson, 2006). Aun así, su trabajo ha sido criticado por no cumplir con los estándares de las observaciones empíricas (Leary, 2006). La emergencia del psicoanálisis determinó durante estos años un novedoso enfoque en la comprensión de la psicopatología. Freud describió el papel del inconsciente en la génesis de los síntomas psicopatológicos (Freud, 1922) y sostuvo que los trastornos mentales tenían raíces psicológicas y ambientales, resultado de conflictos intrapsíquicos originados en la infancia. (Freud et al., 1989). Sus teorías tuvieron una influencia fundamental sobre la psicología y la psiquiatría de la época (Esman, 2012). En su obra “Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad Infantil” (Freud, 2017), sostuvo que la sexualidad infantil tenía un papel importante en la vida psíquica del ser humano. Esta idea, revolucionaria para su época, tuvo una gran influencia en la comprensión de la psicopatología en niños y adolescentes. Además, con el estudio llamado “Análisis de la Fobia de un Niño de 5 Años: El Caso Juanito” (Freud, 1909/1980), el autor influyó de forma sustantiva en la comprensión de las fobias infantiles y sentó las bases para el estudio de este grupo de edad durante el siglo XX.

1.3. La psicopatología en la actualidad

Al examinar la concepción histórica de la psicopatología, es evidente que la clasificación de enfermedades mentales involucra una serie de divisiones, dicotomías y contrastes conceptuales. Entre otros, sin tener intención abarcativa, es notoria la oposición entre el carácter descriptivo y el etiológico, el categórico versus el dimensional, el operacionalizado versus el fenomenológico, el idiográfico versus el nomotético, el clínico versus el estadístico (Aftab & Ryznar, 2021). Estas divisiones conceptuales están presentes también en las clasificaciones de la psicopatología de niños y adolescentes. (Cantwell, 1996; Carrey & ChB, 2008). Debido a que estos contrastes conceptuales son diversos y no hay una única forma de abordarlos, es necesario reconocer que cada perspectiva aborda diferentes aspectos y que ninguna de ellas es completa por sí sola.

La clasificación de la psicopatología en la actualidad atraviesa un nuevo cambio de paradigma. En este contexto, la psiquiatría necesita ajustar sus metas (Luciano et al., 2015) y la psicopatología, puede ser considerada un instrumento que debe ajustarse nuevamente (Schultze-Lutter et al., 2018). El presente parece evidenciar un acercamiento de corrientes, en donde la investigación tiene un rol preponderante a través de los hallazgos de la genética, los determinantes ambientales de enfermedad, los descubrimientos empíricos acerca de la psicopatología y los circuitos neurológicos implicados en procesos psicológicos fundamentales (Luyten & Fonagy, 2015; Solms, 2018). En consecuencia y debido al enfoque integrador del presente trabajo, se abordarán diferentes perspectivas en la clasificación psicopatológica, que son relevantes para contextualizar la investigación.

1.3.1. La perspectiva psiquiátrica.

Como vimos, el trabajo de Emil Kraepelin es considerado un hito histórico en la clasificación psicopatológica psiquiátrica. Kraepelin creía que la falta de éxito de la neuroanatomía y la neuropatología en la psiquiatría, subrayaba la necesidad de una nosología basada en características clínicas (Berrios, 1999). Su trabajo estuvo apoyado en el trabajo de Karl Ludwig Kahlbaum y Ewald Hecker, quienes no confiaban en que la indagación etiológica arrojaría resultados hasta que fuera dirigida por entidades que tomaran en cuenta no sólo los síntomas sino todo el curso de la enfermedad (Kendler & Engstrom, 2017).

Tras la popularidad de Kraepelin, sus sucesores retuvieron las categorías diagnósticas, como entidades sindrómicas sin un curso longitudinal común subyacente (Aftab & Ryznar, 2021). La concepción nosológica de Kraepelin, fue reflejada en los libros de texto y manuales clásicos de psiquiatría (1883/1907/1915). Estos libros de texto han sido fundamentales para la difusión, y la clasificación del conocimiento de la psicopatología psiquiátrica. Se destacan autores como el francés Henry Ey y sus obras "Tratado de Psiquiatría" y "Manual de Psiquiatría" (Ey, 1955; Ey et al., 1963) y el "Libro de Texto de Psiquiatría" del escocés D.K Henderson, (Henderson & Gillespie, 1930). Inicialmente estos libros adoptaron la visión psicoanalítica para abordar la clasificación de los cuadros (Bleuler, 1924) y luego con el advenimiento de los manuales estadísticos, los libros de texto adoptaron la sindrómica propuesta por estos.

El término "Psiquiatría infantil", fue utilizado como un subtítulo en 1899 en la monografía de Manheimer "Los Problemas Mentales de la Infancia" (Manheimer-Gommès, 1899; Remy et al., 2011). Posterior a la primera guerra mundial, Alfred Adler crea la primera clínica de asistencia a niños en Viena en 1919, las cuales replican posteriormente en muchos países de Europa. En 1926, Adler se mudaría a Estados Unidos y abriría clínicas del mismo tipo en diferentes ciudades (Remy et al., 2011). Leo Kanner fundó el primer departamento académico de psiquiatría infantil en el Hospital Johns Hopkins de Estados Unidos en 1930 y escribió el que es considerado el primer libro de texto de psiquiatría infantil en 1935 (Kanner, 1935). La primera conferencia internacional de psiquiatría infantil y juvenil tuvo lugar en París en 1937 (Remy et al., 2011).

A Leo Kanner se le atribuye un hito fundamental de la historia de la psicopatología infanto-juvenil, la primera descripción del síndrome autista en su trabajo "Trastornos Autistas del Contacto Afectivo" (Kanner, 1943). Un año después, Hans Asperger describió un grupo de niños con características similares (Asperger, 1944)¹⁵. En 1953, la psiquiatría infantil se reconoce como una especialidad médica y se funda la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (Remy et al., 2011). En 1966, se publica "Trastornos Psicopatológicos en la Infancia: Consideraciones Teóricas y una Clasificación Propuesta" (GAP, 1966) y durante los 70, Michael Rutter y colaboradores, conducen los primeros estudios poblacionales de prevalencia de trastornos mentales en esta edad. (Lockyer & Rutter, 1970;. Graham & Rutter, 1973).

¹⁵ El artículo de Kanner se convirtió en un hito en la historia de la medicina al descubrir una nueva condición psiquiátrica. Algunas investigaciones dan cuenta de que el trabajo de Asperger fue previo y que Kanner no lo referenció a pesar de conocerlo (Baron-Cohen, 2015).

Algunos libros de texto fundamentales de la psiquiatría de niños y adolescentes son: "Psiquiatría de niños y adolescentes" (Rutter et al., 2011), "Manual de Psiquiatría Clínica Integral de Kaplan & Sadock " (1989), "Manual Conciso de Psiquiatría Clínica de Kaplan & Sadock's " (Sadock et al., 2009), el manual de Lewis y Child "Psiquiatría Infantil y del Adolescente: Un Manual Integral" (Martin et al., 2007) y el libro "Psiquiatría de niños y adolescentes" de Robert Goodman (Goodman & Scott, 2012)¹⁶.

Luego de la segunda guerra mundial, renace la indecisión clasificatoria y la crisis de confianza en la psiquiatría (Aftab & Ryznar, 2021) y se gesta un nuevo paradigma basado en la estadística. La recientemente fundada Organización Mundial de la Salud ¹⁷, produce la sexta edición de la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte" (CIE-6) (World Health Organization, 1948), que incluye una sección de trastornos mentales. Esto facilitó el desarrollo del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en 1952 (American Psychiatric Association, 1952). La adopción generalizada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*, los transformó en el lenguaje común de la psiquiatría (Banzato, 2008). Con sus sucesivas modificaciones¹⁸¹⁹, la nosología psiquiátrica experimentó una evolución hacia una clasificación descriptiva y sindrómica. El modelo biopsicosocial predominante, fue desplazado debido a que la ausencia de diferenciación entre salud y enfermedad desencadenó una crisis de validez. Con la llegada del DSM-III se respondió a esta crisis, transformando la psiquiatría de esquema clínico a uno basado en la evidencia empírica (Wilson, 1993).

¹⁶ Siguiendo las dicotomías conceptuales abordadas previamente, estos libros de texto de psiquiatría son multidimensionales, ya que abordan el estudio de los trastornos mentales desde múltiples perspectivas y no se limitan a un solo enfoque o marco teórico. Los libros de texto clásicos, así como los nuevos compendios publicados (Geddes & Andreasen, 2020; Krueger & Blaney, 2023), siguen siendo fundamentales aún hoy en la evolución de la disciplina, permitiendo la difusión y consolidación del conocimiento psiquiátrico y la clasificación de la psicopatología.

¹⁷ Suscrita en Nueva York, el 22 de julio de 1946.

¹⁸ Lo siguieron el DSM II, (American Psychiatric Association, 1968), DSM-III, (American Psychiatric Association, 1980) y el DSM IV, (American Psychiatric Association, 1994). Actualmente, se encuentra vigente el DSM-5, publicado en mayo de 2013 (American Psychiatric Association, 2013a).

¹⁹ La CIE también fue revisada periódicamente por la Organización Mundial de la Salud . La CIE-7 entró en efecto en enero de 1958, la CIE-8 en enero de 1968, la CIE-9 fue publicada en 1979 y la CIE-10 en 1993 (Hirsch et al., 2016). Actualmente se encuentra vigente la CIE-11, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 (World Health Organization, 2019).

La adopción de este enfoque se encuentra nuevamente bajo análisis en la actualidad (Keshavan, 2014; Luciano et al., 2016). Se cuestiona la incapacidad del DSM para pasar de la confiabilidad a la validez, lo que ha llevado a una duda generalizada acerca de las suposiciones neo-Kraepelinianas que lo fundamentan (Aftab & Ryznar, 2021; Banzato, 2008; Frances, 2013). Son críticas centrales, entre otras, la adopción sucesiva de nuevas categorías descriptivas, lo que determina la ampliación constante de las entidades diagnósticas, así como un aumento de la comorbilidad artificial y el uso excesivo de fármacos (First, 2005a; Frances, 2013). Además, la elección de un enfoque categorial sobre uno dimensional también es criticada, debido a que hay escasa evidencia de que los trastornos mentales reconocidos como legítimos sean realmente entidades distintas (Jablensky, 2016), lo que puede excluir sujetos con estadios preclínicos que no alcanzan los puntos de corte necesarios (Surís et al., 2016).

Estos manuales iniciales se centraban en gran medida en los trastornos de adultos, dejando a un lado las patologías psiquiátricas infantiles (Janet, 1985; Cantwell, 1996). El DSM-III aumentó el número de trastornos psiquiátricos infantiles y conceptualizó los mismos como categorías coherentes con la clasificación adulta (Carrey & ChB, 2008). Además, integró por primera vez el sistema multiaxial de evaluación que fuera inicialmente pensado para niños y adolescentes²⁰ y posteriormente despertara el interés de Spitzer para su uso en adultos, destinado a evaluar los trastornos de la personalidad. (Janet, 1985). Parece evidente que unificar los sistemas de clasificación de niños, adolescentes y adultos puede ser ventajoso, pero también tiene consecuencias en el desarrollo de teorías, en la investigación y en la práctica clínica (Carrey & ChB, 2008).

El enfoque categórico del DSM ha ayudado a crear conciencia sobre el inicio temprano de trastornos psiquiátricos graves en niños²¹. Es evidente el beneficio de un diagnóstico preciso en cuanto a la posibilidad de una intervención temprana y ajustada. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la aplicación de categorías diagnósticas que no son válidas para ciertas edades, puede conllevar aspectos iatrogénicos, entre otros. Esto podría suceder, por ejemplo, al establecer diagnósticos psiquiátricos de larga duración en una psique en desarrollo (Carrey & ChB, 2008; Scott, 2002).

²⁰ Se propuso evaluar el trastorno psiquiátrico propiamente dicho en un eje y en los otros, aspectos complementarios como el funcionamiento intelectual, las alteraciones del desarrollo, enfermedades biológicas y factores psicosociales o de riesgo.

²¹ Como el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos del estado de ánimo, o los cuadros psicóticos cuyos síntomas suelen iniciarse en la infancia.

De forma genérica, la clasificación psiquiátrica en niños y adolescentes se enfrenta a las mismas dicotomías conceptuales que la psiquiatría de adultos, pero debe tener en consideración, además que los jóvenes enfrentan problemas adaptativos del desarrollo y la formación de identidad, entre otros. Si bien es necesaria la descripción detallada de las patologías psiquiátricas infantiles, los conceptos y categorías diagnósticas pueden ser considerados fenotipos finales de dimensiones psicopatológicas latentes, producto de una compleja interacción entre genética y ambiente. Esto se encuentra en la base de la discusión actual que sugiere la necesidad de modelos dimensionales complementarios a los categóricos (Jablensky, 2016), lo que abordaremos en secciones siguientes.

1.3.2. La perspectiva psicodinámica

La perspectiva psicodinámica de la psicopatología, ha experimentado una evolución significativa a lo largo del tiempo. La visión acerca de la génesis de los trastornos se expandió y diversificó, dando lugar a varias escuelas de pensamiento. En este sentido, Pine y otros autores (Pine, 1988; Luyten et al., 2015), han descrito la evolución a lo largo del tiempo de diferentes psicologías dentro de la disciplina psicoanalítica ²²:

El enfoque freudiano tradicional propone que los impulsos inconscientes y el conflicto psíquico, especialmente de naturaleza sexual y agresiva, juegan un papel central en la psicogénesis de los trastornos mentales. Freud introdujo conceptos fundamentales como el inconsciente, los estadios psicosexuales del desarrollo, el complejo de Edipo y la represión. (Freud, 1922). En su primer modelo mental conocido como “Primera Tópica”, el conflicto es de orden representacional. En la llamada “Segunda Tópica”, el conflicto tiene lugar entre sistemas: el “Ello”, el “Superyó” y/o la realidad. Postula al “Yo” como una instancia mediadora. (Freud, 1922, 1923; Lunskey, 1965). Su obra destaca la importancia de lo que Freud llamó “Transferencia” (Esman, 1990), para referirse a la repetición en el presente de experiencias pasadas conflictivas e irresolutas. Los postulados freudianos acerca de la transferencia han sido validados empíricamente por Lester Luborsky durante su trabajo en la Menninger Clinic (Luborsky, 1998).

²² Si bien estas psicologías constituyen una porción importante de la tradición psicoanalítica, no capturan totalmente la variedad de perspectivas, “especialmente considerando la tendencia creciente hacia la integración entre estos enfoques”. (Luyten et al., 2015).

La psicología del Yo, liderada por Anna Freud y Heinz Hartmann en la década de 1950 surgió como una respuesta a la teoría del impulso de Freud (Luyten et al., 2015). Esta escuela de pensamiento se centra en las capacidades adaptativas del individuo para manejar las demandas internas y externas. (Hartmann, 1951). De forma genérica, al centrarse en el Yo, le otorga mayor valor a la conciencia y comienza a postular el rol del déficit o las fallas en el desarrollo epigenético de las capacidades del sujeto. Además, introduce y desarrolla el concepto de mecanismos de defensa, como estrategias inconscientes, que pueden con diferentes niveles de desarrollo y adaptación (Freud, 1936). Estos mecanismos tienen validez actual y han sido revisados por diferentes autores (McWilliams, 2011c) y estudiados empíricamente (Perry & Henry, 2004).

La psicología de las relaciones objetales, desarrollada principalmente por Melanie Klein (Guntrip & Sutherland, 1961; Klein et al., 2010), se centra en cómo las interacciones tempranas con los cuidadores, pueden moldear representaciones cognitivo-afectivas de objetos internos y externos del self. Estas representaciones internalizadas son centrales en la génesis del conflicto y la conformación de la personalidad. (Giovacchini, 1981; Tyson, 1988). Esta teoría ha sido ampliamente adoptada por algunos pensadores contemporáneos y también relacionada con hallazgos neurocientíficos, siendo un modelo contemporáneo para explicar la psicogénesis de la patología borderline, que motivó el desarrollo de tratamientos con extensa evidencia de efectividad. (Clarkin et al., 2007; Diamond & Hersh, 2020).

La psicología del Self, desarrollada entre otros por Donald Winnicott (1960) y Heinz Kohut (Kohut, 1978; Wolfe, 1989) se centra en cómo el sentido del self (o si-mismo), se desarrolla durante el crecimiento, a través de las relaciones con las figuras primarias, relacionando las fallas empáticas y ambientales con la psicopatología. Kohut (1968), enfatizó la importancia de la empatía en la terapia, centrando sus estudios en el narcisismo, introdujo el concepto de objetos del self, (Kohut, 1969; Wolfe, 1989) como introyectos psicológicos de personas o experiencias que ayudan a mantener la cohesión y la estabilidad del Self.

El psicoanálisis relacional, es una escuela contemporánea del psicoanálisis que se enfoca en las relaciones interpersonales y en la interacción entre el terapeuta y el paciente. Enfatiza la importancia de la intersubjetividad, la influencia mutua entre terapeuta y paciente, la exploración de la relación terapéutica en el momento presente y la co-construcción de significado. (Perlman & Frankel, 2009; Aron & Harris, 2012). La corriente valora además la integración de diferentes perspectivas teóricas y técnicas.

Puede considerarse que el sistema pionero dedicado a categorizar trastornos psiquiátricos infantiles desde la perspectiva psicodinámica fue el perfil evolutivo basado en conceptos psicoanalíticos descrito por Anna Freud (Freud, 1965; Cantwell, 1996). Melanie Klein es también considerada una pionera del psicoanálisis infantil, por sus desarrollos teórico - técnicos que revolucionaron el campo. Entre otros, se destacan la técnica de juego psicoanalítico (Klein, 1955). Además, su trabajo contribuyó a nuestra comprensión del desarrollo emocional de los bebés y los niños pequeños y es aún hoy influyente (Fonagy, 2008; Klein, 2011). Winnicott realizó contribuciones significativas para la psicopatología infantil y adolescente. Sus teorías del desarrollo a pesar de que puedan parecer figurativas y abstractas, en verdad ofrecen una explicación sorprendentemente consistente para el desarrollo de un carácter patológico como consecuencia de un entorno inadecuado. (Newman, 1996; Winnicott, 1965). El autor enfatizó la importancia de la observación de infantes en la práctica clínica (Kahr, 1996) y promovió el trabajo con padres y familias, reconociendo la importancia de incluirlos en el proceso terapéutico. Además desarrolló los conceptos de “objetos y fenómenos transicionales” (Winnicott, 1951), que fueron extremadamente influyentes en la teoría psicodinámica durante el siglo XX.

Aunque el psicoanálisis ya no es tan dominante como en la primera mitad del siglo XX, existe una considerable cantidad de investigación empírica que respalda la teoría, los conceptos y la práctica psicoanalítica. Estos estudios demuestran que es posible verificar de manera empírica los conceptos psicoanalíticos, y existe evidencia sólida que respalda muchas de sus premisas (Abbass et al., 2013; Cierpka, 2007; Luyten et al., 2015). Además, hay una creciente convergencia entre el psicoanálisis y otros enfoques teóricos, entre otros la psicología cognitiva, la psicología del desarrollo y las neurociencias (Delgado et al., 2015). Esto subraya la vigencia de la perspectiva psicodinámica de la psicopatología y demuestra que los conceptos psicoanalíticos son susceptibles de rigurosas pruebas de hipótesis y de investigación empírica.

Como dijimos, en el momento actual se observa un nuevo cambio de paradigma, hacia la integración de la perspectiva de la psiquiatría y la perspectiva psicodinámica. Esto se evidencia en la emergencia de la dimensionalidad en los manuales de consenso psiquiátrico, como DSM-5 e ICD-11 (Farnam & Zamanlu, 2018; Krueger & Hobbs, 2020; Blüml & Doering, 2021a) y en el surgimiento de los manuales psicodinámicos de consenso, que complementan la visión tradicional de la psiquiatría.

Estos manuales emplean un lenguaje común y se ubican en una posición intermedia entre la observación directa de la conducta y las inferencias diagnósticas, integrando adicionalmente los avances en neurociencia afectiva, la investigación sobre psicoterapia, la teoría del apego y la psicología del desarrollo. Estos son el “Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado”, también llamado OPD-2 (Cierpka et al., 2008), destinado a la edad adulta; su versión infanto-juvenil, llamado OPD-IJ-2, (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2022), y el “Manual de Diagnóstico Psicodinámico”, conocido como PDM-2 ²³ (Lingiardi & McWilliams, 2017). La utilidad y validez de estos manuales ha sido respaldada por diferentes estudios (Cierpka et al., 2007; Rosén & Hau, 2021; Malone, 2018) y su modelo constituye la base de las herramientas empleadas en este trabajo. Las diferentes convergencias y divergencias entre estos y los manuales psiquiátricos, han sido analizadas en nuestro medio por el Dr. Ricardo Bernardi (Bernardi, 2010).

1.3.3. La perspectiva basada en la evidencia.

En el marco de la comprensión descriptiva, (aunque de carácter dimensional), se ubican las taxonomías empíricas o basadas en evidencia. Estas surgen en la década del 50, junto a la pérdida de popularidad del psicoanálisis (Millon, 2009). Sus antecedentes están representados en autores como Thurstone y Guilford, que desarrollaron técnicas de análisis factorial para clasificar las características y habilidades de las personas, y trabajaron en el área de la inteligencia (Jones, 1998; Thurstone, 1940). Si bien puede argumentarse que incluso la investigación empírica de este tipo no está exenta de teoría (Taylor & Vaidya, 2008), estos sistemas nosológicos se presentan como ateóricos y complementarios a las clasificaciones realizadas por el DSM y la CIE. Esto es debido a que no provienen de la observación clínica, sino de la aplicación de técnicas estadísticas a largas listas de problemas, evaluando posteriormente las tendencias de los mismos a agruparse en factores de relevancia clínica. En este sentido, la taxonomía empírica va desde “de abajo a arriba”; es decir, es realizada a través de la evaluación de amplios conjuntos de individuos y posteriormente analiza los datos mediante enfoques estandarizados y multivariados para identificar patrones de dificultades que surgen en el grupo (Verhulst & Achenbach, 1995).

²³ El mismo es apoyado por la Academia Americana de Psiquiatría Dinámica, la División Psicoanalítica de la APA y la Asociación Internacional de Psicoanálisis, entre otros.

Su justificación se fundamenta en las limitaciones de los sistemas de diagnóstico tradicionales para la descripción precisa de fenómenos válidos y útiles para la práctica, que han demostrado un alto grado de variabilidad (Kotov et al., 2017; Taylor y Nutafy, 2009). En la década del 60, a través del trabajo fundacional de Thomas Achenbach, "La Clasificación de los Síntomas Psiquiátricos de los Niños: un Estudio de Análisis Factorial" (Achenbach, 1966), emerge el desarrollo de esta corriente. Desde entonces, diversas taxonomías empíricas, se han convertido en herramientas útiles en la práctica clínica y la investigación en psicología y las dimensiones psicopatológicas que proponen son consideradas válidas y confiables.

Achenbach desarrolló un sistema robusto de clasificación llamado "Sistema Achenbach de Evaluación Empírica" (Achenbach & Verhulst, 2010). Este es un conjunto coherente de protocolos destinado a aportar una nueva visión a la nosografía. Los hallazgos de múltiples investigaciones demuestran la existencia de un factor general y subfactores llamados "Internalizantes" y "Externalizantes"²⁴, lo que ha permitido una comprensión más precisa de cada individuo (Achenbach et al., 2008, 2016; Brislin et al., 2022).

Otra propuesta en este ámbito, es el "Modelo de Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología" (HiTOP), que propone organizar los factores en un orden descendente de especificidad (Kotov et al., 2017). HiTOP pretende atender cuestiones de coexistencia de trastornos y falta de consistencia (Kotov et al., 2021). El mismo es un modelo dimensional en constante revisión (Conway et al., 2022), que agrupa los factores en categorías llamadas de la manera siguiente: componentes homogéneos (manifestaciones sintomáticas), rasgos maladaptativos (características patológicas de personalidad), síndromes (grupos de rasgos agrupados), subfactores (síndromes próximos), espectros (constelaciones de síndromes como los internalizantes y externalizantes) y super espectros. (Kotov et al., 2020; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022). El modelo ha sido estudiado su aceptación en la práctica (Ruggero et al., 2019), y sus autores argumentan que contribuye al progreso de la clasificación psiquiátrica (Kotov et al., 2022). Aún así, es necesario ser cauteloso en su adopción. Entre otras críticas, HiTOP está basado únicamente en el uso de instrumentos de autoreporte y la mayoría de los estudios son transversales, por lo que el modelo debe respetar e igualar la confiabilidad del ICD antes de aspirar a reemplazarlo (Reed, 2018) y requiere más investigación debido a que la evidencia es aún preliminar (Krueger et al., 2021).

²⁴ De forma genérica, los factores "internalizantes" se refieren a aquellas conductas dirigidas hacia uno mismo, que afectan al propio sujeto (ansiedad, depresión, o quejas somáticas) y los factores "externalizantes" se refiere a acciones dirigidas hacia otro (conductas disruptivas, agresividad).

2. PERSONALIDAD, ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD Y SU FUNCIONAMIENTO

2.1. Acerca del concepto de personalidad

La noción de personalidad ha experimentado cambios significativos a lo largo de la historia. El término se deriva del latín “persona”, referido a la máscara que los actores de teatro griegos utilizaban en sus presentaciones. Todos tenemos una idea intuitiva acerca de lo que significa la personalidad, aunque las teorías científicas difieren de ésta en gran medida (Cervone & Pervin, 2019c). Para los científicos la personalidad representa las estructuras y procesos psicológicos que contribuyen a la cohesión, a la persistencia de la conducta y la vivencia individual (Caprara, 1999). Esta abarca patrones de pensamiento, sentimientos y comportamientos, así como cualidades y hábitos. Desarrollar una teoría única acerca de la personalidad es difícil, por lo que no existe una sola visión aceptada universalmente dentro del campo epistemológico. (Cervone & Pervin, 2019c). Los diversos enfoques epistemológicos que abordan el estudio de la personalidad, tienen diferentes fortalezas y limitaciones y su clasificación se aborda de diferentes maneras en la literatura (John et al., 2008; Dumont, 2010a; Schultz & Schultz, 2016; Cervone & Pervin, 2019b). Durante este apartado, destacaremos algunos hitos que se relacionan con el resto de la tesis: abordaremos el desarrollo histórico-conceptual del término, los antecedentes filosóficos y los orígenes de la psicología de la personalidad, la comprensión de la patología, la perspectiva psicodinámica del concepto, y el funcionamiento de la personalidad en la adolescencia.

2.1.1. Desarrollo histórico-conceptual del término: los antecedentes filosóficos y el origen de la psicología de la personalidad.

Existen registros acerca de la conducta, la moral y la integridad de la persona en las sociedades de la antigua Mesopotamia y Egipto. Estas atribuían las características personales a una relación con los dioses y los astros. (Bertman, 2005). Los “Vedas”, textos sagrados del hinduismo y el “Bhagavad-Gita”, hacen referencia ya en esa época a 3 tipos de carácter: “Sattva” (pureza, armonía), “Rajas” (actividad, pasión) y “Tamas” (inercia, oscuridad). (Kavirayani, 2018; Shaw, 2003).

Entre los siglos IV y V A.C., Hipócrates desarrolló una tipología de la personalidad, basada en cuatro humores corporales, a los que llamó: sanguíneo, colérico, melancólico y flemático (Høyersten, 1997). Sócrates habló del conocimiento de sí mismo y Platón de tres partes del alma: el apetito, la razón y el espíritu (Gill, 2009). Aristóteles, introduce la teoría del ethos, acerca de la moral y las virtudes de una persona, como determinantes del carácter. Todas estas pueden considerarse primeras concepciones acerca de la estructura de la personalidad (Freeland & Rorty, 1983).

En la edad media, el término persona se convirtió en un equivalente de la singularidad humana y empezó a utilizarse de manera análoga a la idea contemporánea (Caprara, 1999). *Durante el renacimiento y la ilustración*, el énfasis progresivo en el individuo y la singularidad personal, especialmente en los escritos de Descartes, (Lombardo & Foschi, 2003) tienen implicancias significativas para nuestra concepción de la mente, el comportamiento y fundamentalmente, su interdependencia.

En el siglo XIX, el concepto de personalidad experimenta una expansión considerable y se da el nacimiento de su psicología científica. En esa época, la personalidad se transformó en uno de los campos de estudio más dinámicos para los primeros psicólogos franceses (Lombardo & Foschi, 2003). Ribot publica en 1885, "Las Enfermedades de la Personalidad" (Ribot, 1888) y Binet "Las Alteraciones de la Personalidad" (1896). Pierre Janet le da una importancia central a la misma en su trabajo "Automatismo Psicológico" (1889), donde sostiene que el concepto debe pertenecer al campo de la investigación empírica (Lombardo & Foschi, 2003). Sobre finales del siglo, en Estados Unidos, se introduce el concepto de Self en tratado "Principios de Psicología" (James, 1890b) y se publica "Persona y personalidad" (James, 1895), en el mismo año en que Freud comienza su obra, fundamental para la psicología de la personalidad, a la que referiremos más adelante.

En el siglo XX, paralelamente al psicoanálisis, y a pesar de los antecedentes de la obra de James, la psicología norteamericana considera el trabajo "Personalidad: Una Interpretación Psicológica" (Allport, 1937), como el hito fundacional de la psicología de la personalidad. Se publican obras como "Exploraciones de la Personalidad" (Murray, 1938) y "Psicología General desde un Punto de Vista Personalístico" (Stern, 1938). Todos estos autores se enfocan en la personalidad de manera holística, y abordan temas del desarrollo, clínicos y socioculturales, utilizando diversas técnicas experimentales y clínicas, para distinguirse del enfoque biologicista y determinista del psicoanálisis y la división reduccionista de la investigación de laboratorio (Caprara, 1999; Lombardo & Foschi, 2003; McAdams, 1997).

En la década de 1950, comienzan a relacionarse la personalidad, la inteligencia y el carácter. Se realizan estudios longitudinales acerca del temperamento. Se demuestra su base neurobiológica, así como su constancia a lo largo del tiempo y se definen características específicas del mismo (Chess et al., 1959, 1963). Aparecen explicaciones alternativas al psicoanálisis, al que se le adjudica un estatus de gran construcción metafórica con inferencias improbables (Caprara, 1999). Esto da paso a la emergencia de teorías neurobiológicas, psicofisiológicas, genéticas y de métodos cuantitativos.

En la década del 60 y 70, los investigadores se centraron en aspectos más circunscritos de la teoría y comenzaron a sugerir diferentes dimensiones de la personalidad. La psicología de la personalidad se volvió explícitamente más empírica, argumentando el fin de una era de teorías (McAdams, 1997). Esto determinó que muchos de los trabajos de estas décadas se enfocaran en la medición de constructos específicos. Fue Cronbach, entre otros, quien estudió cómo asegurar la confiabilidad y validez de una medida destinada a evaluar una dimensión psicológica (Cronbach, 1967; Cronbach & Meehl, 1967). En un contexto de mediciones precisas, comenzaron a resurgir las teorías comportamentales de la comprensión del sujeto (Watson, 1924) y la obra de Skinner se hizo muy relevante (Skinner, 1957, 1965). Los investigadores utilizaron el análisis factorial para estudiar la personalidad, y propusieron diferentes estructuras (Cattell & Gibbons, 1968; Guilford, 1975; Eysenck, 1977). Estos examinaron la estructura de la personalidad y dieron paso a la taxonomía de los rasgos, derivada del análisis lexical, que se basa en la idea de que las dimensiones básicas de la personalidad están expresadas universalmente a través del lenguaje (John et al., 1988). Surge así la teoría de los “Cinco Grandes” o “Big Five”, ya que distintas investigaciones encuentran que las principales dimensiones de la personalidad podían agruparse en cinco categorías o factores. Las primeras publicaciones en el área, de fines del 50 (Tupes & Christal, 1958), describen ya cinco factores que se encuentran de manera fuerte y repetida (Norman, 1963; Fiske & Pearson, 1970). En la actualidad, conforman el modelo los rasgos de: extraversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y apertura a nuevas experiencias. (Kavirayani, 2018).

Esta perspectiva se disputó durante estos años el campo de la psicología de la personalidad, con la psicología del desarrollo y la educativa. Se oponían por un lado, la visión contextual, que adjudicaba el comportamiento a aspectos situacionales y el enfoque subjetivo que explicaba las causas del comportamiento desde dentro del sujeto. El debate dio paso a una postura complementaria entre teorías (Caprara, 1999).

Aún así, en ambos campos, la persona como un todo dejó de ser considerada. Los primeros la ignoraban por completo y los segundos la dividían en pequeñas partes. (McAdams,1997). Este enfoque fue motivo de diferentes críticas en los años setentas. Esto motivó una período de incertidumbre (McAdams,1997). En su trabajo llamado “¿Dónde está la Persona en la Investigación en Personalidad?”, Carlson argumenta que los métodos de investigación actuales no son capaces de abordar cuestiones verdaderamente significativas en el ámbito de la personalidad y propone un esquema conceptual para aumentar la relevancia de la misma (Carlson, 1971).

Durante la década del 80 y 90, se renovó el entusiasmo acerca de la psicología de la personalidad. Se emplearon aproximaciones metodológicas más amplias, que incluyeron muestras naturalistas, genético-comportamentales, así como combinaciones de metodologías cuantitativas y cualitativas. (McAdams, 1997). Se realizaron estudios longitudinales y socio-ambientales, que integraron las variables de género, los factores de riesgo y los factores adaptativos para explicar la psicogénesis de la misma. La motivación tuvo una predominancia central en el análisis del concepto. (Endler & Speer, 1998).

Sobre fines de la década del 90 y comienzos del siglo XXI, se observaron numerosos avances significativos en la teoría de la personalidad. Se avanzó en el estudio de los rasgos de personalidad, tomando como marco conceptual y unificador el modelo del Big Five. Este modelo sigue vigente en la actualidad y es objeto de diferentes investigaciones (Ikizer et al., 2022; Zell & Lesick, 2022). Se planteó además que los diferentes rasgos debían considerarse como una característica fundamentalmente evolutiva del ser humano, destinados a incrementar la posibilidad de supervivencia y reproducción. Este enfoque se ve representado en el trabajo de David Buss, quien sostiene que muchos de estos rasgos son producto de la selección natural. (Buss & Kenrick, 1998; Buss, 2015).

Además, los hallazgos de la neurociencia afectiva influyeron significativamente en la comprensión de la personalidad y permitieron la asociación progresiva de diferentes características con estructuras y procesos específicos en el cerebro.

Jaak Panksepp identificó los sistemas emocionales primarios del cerebro (Panksepp, 2004). Estos siete sistemas son denominados: búsqueda, ira, miedo, deseo, cuidado, pánico/tristeza y juego. Los sistemas tienen neurotransmisores y respuestas neuro-conductuales específicas. El autor estudió de forma específica las implicancias de estos hallazgos en la teoría de la personalidad (Montag & Panksepp, 2017) y las implicancias de estos hallazgos para su comprensión epistemológica (Panksepp, 2012).

Por otro lado, Damasio sugirió que las emociones son marcadores somáticos, que se integran en la corteza cerebral y son fundamentales en la toma de decisiones (Damasio et al., 1991). Al estudiar la relación entre la emoción, la conciencia y la memoria autobiográfica, sugirió que la conciencia en sí misma, es una síntesis interoceptiva de lo que pasa en nuestro interior (Damasio, 2021; Damasio & Damasio, 2023).

La investigación acerca de la influencia de la cultura en la personalidad tuvo también un desarrollo importante (Cervone & Pervin, 2019c). Las personas utilizan sistemas de lenguaje y comunicación transmitidos transgeneracionalmente, que están a su vez insertos en un sistema de significado que difiere según el contexto (Kitayama & Cohen, 2010). Para esta perspectiva, en el desarrollo de la personalidad son fundamentales la consideración del contexto socio-económico, socio-histórico, y ecológico (Tanaka-Matsumi, 2019). La relación entre cultura y personalidad refiere necesariamente a la oposición entre lo nomotético y lo idiográfico²⁵ en psicología (Dumont, 2010b) o a la oposición emic-etic²⁶ de la antropología social (Vijver & He, 2020). Una forma de abordar el problema es partir de una teoría o hipótesis acerca de la personalidad y luego examinar si estos se aplican de manera generalizada en diferentes culturas. Esta forma puede dejar de lado la influencia cultural, Viéndolas como secundarias y manejándolas como una modificación posterior al modelo de la personalidad (Cervone & Pervin, 2019a).

Otra forma de pensar esta relación es a través de un enfoque dinámico y bidireccional. Esta es la visión de la psicología transcultural de la personalidad, en donde el individuo es tanto producto como agente activo de la misma (Markus & Kitayama, 1998; Kitayama & Cohen, 2010). Este enfoque enfrenta limitaciones y barreras, debido a que, por un lado, la complejidad y la variabilidad de la cultura dificultan su medición; y por otro, el establecimiento de una causalidad definitiva es difícil por la naturaleza recíproca de la relación (Dumont, 2010a). En el próximo apartado abordaremos la patología de la personalidad, su comprensión histórica, sus principales teorías y desafíos conceptuales, previo a abordar específicamente la perspectiva psicodinámica.

²⁵ Nomotético: Se refiere al enfoque de investigación que busca establecer leyes generales y patrones de comportamiento aplicables a grupos o poblaciones. Idiográfico: Este es el enfoque que se centra en comprender la singularidad y particularidad de cada individuo como entidad única.

²⁶ En la antropología social “Emic” representa una perspectiva de investigación intrínseca que aspira a capturar las particularidades, significados y sistemas de comprensión internos de una cultura específica, mientras que “Etic”, simboliza una perspectiva extrínseca que se esfuerza por proporcionar una mirada objetiva y comparativa, desprendida del contexto cultural específico en cuestión.

2.2. Acerca de la patología de personalidad

Así como los expertos en personalidad del ámbito académico se centran en la personalidad normativa, su conformación y su desarrollo, los profesionales e investigadores dirigen su atención hacia las variaciones patológicas de la misma (Lenzenweger & Clarkin, 2005a). La patología de la personalidad refiere a patrones de pensamiento, comportamiento y emoción profundamente arraigados, maladaptativos y persistentes a lo largo del tiempo. Los intentos para diferenciar la normalidad de la anormalidad han sido numerosos, siendo el criterio estadístico el más habitualmente utilizado²⁷. Aún así, es fundamental comprender que la discriminación entre normalidad y patología es relativa (Millon, 2016).

La patología de la personalidad está intrínsecamente relacionada con las normas de comportamiento, que son en gran medida socialmente construidas, por lo que existen controversias acerca de su universalidad. Sin embargo la perspectiva de las pautas de conducta como meras creaciones culturales ha sido objeto de críticas (Dumont, 2010c). Si bien el debate continúa, es aceptado que las patologías de la personalidad reflejan desviaciones de ciertas formas de comportamiento y experiencias fundamentales de la raza humana, independientes de las diferencias culturales (Cloninger, 2009). Este tema ha sido objeto de estudio de la psicología social transcultural (Moghaddam et al., 1993, 2007). En general, se considera que las normas prescriptivas universales se manifiestan dentro del marco cultural en el que están insertas con grados de aceptación que varían de una sociedad a otra, por lo que la universalidad de estas no va en contra de la singularidad del individuo y el entorno (Dumont, 2010c).

En el siglo XIX, la patología se consideraba como una deficiencia del carácter, en la que la enfermedad mental era debido al deterioro del sujeto. En estas concepciones, se asumía que la salud y la moral era afectada por el entorno poco saludable e incluso que la pobreza y la psicopatología, eran causa de una deficiencia genética (Maher & Maher, 1994). Estas definían un tipo general, llamados “degenerados”, en el que se podía esperar cualquier forma de psicopatología. Esta concepción hereditaria y evolutiva iba acompañada de propuestas eugenésicas. (Morel, 1857)

²⁷ La normalidad se define por comportamientos comunes en un grupo social, mientras que la patología se caracteriza por características poco frecuentes en ese mismo grupo.

Junto al progreso conceptual de la nosología, la patología de la personalidad comenzó a tomar lugar como objeto separado de estudio. Fueron fundamentales los trabajos ya referidos de Janet, Ribot y Binet, en la psicología científica de fines del siglo XIX en Francia (Janet, 1889; Ribot, 1888; Binet, 1896), así como la amplia difusión de la obra Freudiana que le otorgó un papel central a la estructura de la personalidad en la psicogénesis de los trastornos (Freud, 1923) y abordó diferentes los tipos de carácter del sujeto (Freud & Strachey, 1908; Abraham, 1925). Esto abrió el camino a diferentes teorías. Actualmente, una de las particularidades notables de la teoría de la personalidad es la variedad de conceptos explicativos que utiliza (Cloninger, 2009).

El campo de las teorías causales se tornó cada vez más complejo (Kavirayani, 2018). Las perspectivas disímiles hicieron que coexistan diferentes enfoques sin integración que obstaculizan la colaboración y desarrollo científico (Cloninger, 2009). Esquemáticamente, estos enfoques pueden agruparse en diferentes grupos o categorías: psicosociales, psico-biológicas, empíricas y/o culturales (John et al., 2008; Schultz & Schultz, 2016). *Dentro de la comprensión psicosocial* se destacan, entre otras, la teoría psicodinámica, la teoría del desarrollo, la fenomenológica, la cognitiva y la conductista. *La comprensión psicobiológica* prioriza los fundamentos biológicos de la personalidad y en esta se ubican la teoría evolutiva, la teoría genética, la teoría de los rasgos y del temperamento, la teoría del apego, así como las comprensiones psicofisiológicas del comportamiento humano. *Las teorías empíricas* se basan en la recolección y el análisis de datos y muchas veces se complementan con las otras categorías. Por último *la comprensión cultural* aborda la teoría de la personalidad cultural, y abarca el constructivismo social o la teoría del individualismo y/o colectivismo.

2.2.1. Desafíos conceptuales en el estudio de la patología de la personalidad.

Las diversas perspectivas teóricas en el estudio científico de la patología de la personalidad, engendran desafíos conceptuales que requieren análisis. El posicionamiento conceptual define aspectos cruciales de cada teoría, y tiene consecuencias para la investigación y la aproximación al objeto de estudio (Cloninger, 2009). Una correcta evaluación de estos desafíos conceptuales permite una aproximación personalizada a la patología de la personalidad, lo que puede permitir un enfoque de investigación, diagnóstico y tratamiento adaptado a cada caso.

En el estudio científico de la patología de la personalidad existen desafíos que emergen de sus componentes esenciales y deben ser tenidos en cuenta. Por una parte, *la estructura de la personalidad*, que engloba aquellos aspectos perdurables y constantes en el tiempo (Cervone & Pervin, 2019c). Por otra parte, el *proceso de la personalidad* refiere a la evolución de dinámicas de pensamiento, emoción y/o acción, que pueden oscilar de un momento a otro y evolucionar con el tiempo. Además, será fundamental la consideración acerca del *funcionamiento de la personalidad*, que se enfoca en cómo las estructuras y los procesos interactúan y se manifiestan en el comportamiento y bienestar del individuo. (Cloninger, 2009). Por último, la *relación entre la emergencia de la psicopatología y la personalidad*, estudia cómo estos constructos se influyen mutuamente y es objeto central del presente estudio. Además, es importante la consideración acerca de *la influencia del desarrollo y el crecimiento*, que considera la evolución y transformación de la personalidad, es decir, la variación o permanencia de patrones según las etapas del desarrollo. (McAdams, 1997, Zimmermann et al., 2012)

Además de la consideración de estos desafíos inherentes a los componentes esenciales de la personalidad, otros se derivan de la concepción epistemológica de las diferentes psicologías de la personalidad. Estas pueden comprender a la personalidad a través de un método introspectivo o privilegiar la observación externa de la misma. Pueden comprender la patología desde una aproximación categorial o dimensional. Pueden tener una comprensión fundamentalmente causalista o puramente descriptivista (Zachar & Kendler, 2007). Las teorías también tratan de forma diferente el rol de los factores sociales y/o culturales. ¿Se tomará una perspectiva comprehensiva y/o multidimensional que considere la familia, el género o la clase social o se privilegiará un enfoque más enfocado en lo subjetivo? (Millon, 2016). Además, en términos de desarrollo longitudinal, ¿se considerarán las patologías de la personalidad como inmutables o como fenómenos plásticos y sensibles a la experiencia? (Lenzenweger & Clarkin, 2005b). El análisis etiológico también debe desempeñar un papel crucial, al igual que la ponderación otorgada a la biología, al ambiente y viceversa. Un aspecto adicional es la evaluación de la validez y precisión de las herramientas de medición utilizadas para determinar la fiabilidad y el valor predictivo de los constructos. En los siguientes apartados abordaremos las perspectivas psiquiátricas y psicodinámicas acerca de la patología de la personalidad.

2.2.2. La aproximación dimensional a la patología de la personalidad: el funcionamiento de la personalidad como “concepto paraguas”.

La concepción de la patología de la personalidad está en transición. Específicamente, se considera que es hora de adoptar el diagnóstico dimensional de los trastornos de la personalidad (Hopwood et al., 2018; Krueger & Hobbs, 2020). El enfoque dimensional contrasta con el denominado categórico (Trull & Durrett, 2005), que se basa en la idea de que los trastornos de la personalidad son entidades discretas, claramente delimitables. Considerada de manera dimensional, la personalidad patológica es una variación de la normalidad. El cambio se deriva de la evidencia, que sugiere un continuo dimensional entre patología y normalidad, las limitaciones en la fiabilidad debido al establecimiento de categorías arbitrarias, la heterogeneidad de las categorías diagnósticas que abarcan muchas veces múltiples procesos diferentes y la alta comorbilidad artificial²⁸ (Krueger & Markon, 2006), lo que cuestiona la validez de los constructos (Bornstein & Natoli, 2019). Además, muchos pacientes no satisfacen los criterios para un diagnóstico concreto a pesar de experimentar un declive funcional considerable (Kotov et al., 2017)

En este contexto, el concepto de *funcionamiento de personalidad*, central para el presente trabajo, se torna un eje común en la evaluación de los trastornos de la personalidad. Si bien los conceptos de funcionamiento de la personalidad, organización de la personalidad e integración de la estructura de la personalidad, reciben mayor o menor atención en función de los marcos teóricos o empíricos que los abordan²⁹ y cada uno refleja matices importantes del punto de vista teórico, estudios recientes de análisis factorial sugieren que el funcionamiento, la estructura y la organización de la personalidad comparten un factor subyacente sólido (Zimmermann et al., 2020). Esto parece razonable, ya que la organización de la personalidad, y la integración de la estructura psíquica, llevan implícitos ciertos niveles de funcionamiento, así como el funcionamiento de la personalidad, no puede desligarse de una estructura u organización subyacente.

²⁸ Derivada de un artefacto del diseño de la clasificación, consecuencia de la convención de dividir los diagnósticos en numerosos trastornos específicos y estrechamente definidos en lugar de agruparlos en unas pocas categorías más amplias (First, 2005b). Esto refiere a la discusión conceptual acerca de la historia de las estrategias nosológicas de los divisores versus los agrupadores (Mack et al., 1994).

²⁹ El término funcionamiento de la personalidad, aunque transteórico, es abordado actualmente en la literatura desde la perspectiva psiquiátrica dimensional, mientras que los términos organización de la personalidad y estructura de la personalidad, refieren más a la perspectiva psicodinámica.

Diferentes estudios encuentran una convergencia significativa entre el funcionamiento de la personalidad de los manuales psiquiátricos con la organización de la personalidad (Kampe et al., 2018) y la estructura de la personalidad de la comprensión psicodinámica (Zimmermann et al., 2012/2014). Además, los conceptos de organización de la personalidad y estructura de la personalidad dentro de la perspectiva psicodinámica, también se correlacionan positivamente (Gordon & Stoffey, 2014a; Jauk & Ehrental, 2021). Por lo tanto, a pesar de las diferencias semánticas y conceptuales, se hace evidente que los conceptos tienen suficiente similitud para usarse de manera indistinta (Hörz-Sagstetter et al., 2021) y que a pesar de su diferente denominación, en lo sustancial, todos coinciden a nivel conceptual (Bernardi, 2010). Esto es importante para la unificación de enfoques largamente enfrentados o vistos como incompatibles (Blüml & Doering, 2021b).

Basados en esto, nos referiremos al concepto de *funcionamiento de la personalidad* como un “concepto paraguas” que nuclea los diferentes marcos teóricos descritos. Aún así, podremos hacerlo de manera específica, cuando referirnos a aspectos estructurales, de organización y/o funcionales de la personalidad aporte a la discusión³⁰. Describiremos cómo este eje común es abordado desde las diferentes perspectivas y clasificaciones en la actualidad. Es importante resaltar que en la actualidad, como veremos, el funcionamiento de la personalidad aborda siempre dos aspectos independientemente del marco teórico de referencia: el *funcionamiento del self* y el *funcionamiento interpersonal* del sujeto. Ambos factores son considerados cruciales para una comprensión completa de la patología.

2.2.3. La patología de la personalidad desde la perspectiva psiquiátrica.

El estudio de la patología de la personalidad desde la perspectiva psiquiátrica refiere a las clasificaciones naturales y a discusiones históricas de la filosofía de la ciencia, particularmente al realismo versus el idealismo, al valor de la objetividad versus la subjetividad y a la aproximación reduccionista versus la aproximación holista al objeto de estudio (Fulford, 2006). De forma genérica, la perspectiva psiquiátrica descriptiva, se guía por la observación objetiva y la clasificación de los síntomas, manteniendo un foco menor en la experiencia interna subjetiva del individuo, con énfasis en la observación externa, más que en la introspección. (Zachar & Kendler, 2007).

³⁰ Desde el punto de vista empírico abordaremos el concepto a través de los niveles de integración estructural, informados por las herramientas de auto reporte derivadas del modelo OPD. Ampliaremos esto en la sección de metodología.

Tiende a favorecer lo nomotético y busca la identificación de patrones de síntomas, síndromes y categorías, antes que la exploración de la singularidad del individuo (Cooper, 2007). Al centrarse en la presentación actual de los síntomas, el cambio a lo largo del tiempo es observado, aunque no se considera primordial. Aunque existen diferentes modelos conceptuales (Phillips, 2000), la psiquiatría le otorga un papel central a los factores biológicos y un papel secundario a factores psicosociales. La medición de conceptos se aborda a través de la clínica y del uso de cuestionarios estandarizados, que buscan cuantificar los síntomas de manera válida y confiables, con capacidad diagnóstica predictiva, producto de la necesidad apremiante de consistencia en las evaluaciones entre diferentes evaluadores. (Hyman, 2010). Un aspecto central parece ser, distinguir entre la validez externa y la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos (Kendell & Jablensky, 2003).

El concepto de *trastorno de la personalidad* apareció luego de que el concepto de la personalidad y su patología fuera abordado por la psicología. Desde el inicio, esta se consideró el sustrato orgánico de la misma, producto de la tradición anatómico-clínica. Además, coexistieron diferentes modelos causales de los mismos, explicándolos como deficiencias en la determinación, falta de congruencia entre la información cognitiva y emocional, y/o conductas que escapan al dominio del control superior (Berrios, 1993). Emil Kraepelin no sistematizó su pensamiento sobre los trastornos de personalidad hasta la octava edición de su tratado (Millon, 2011). El libro “Personalidades Psicopáticas” (Schneider, 1923), donde el autor describe diez tipos de personalidad patológica³¹, fue el precursor de los trastornos de la personalidad en los manuales de consenso.

El diagnóstico de trastorno de personalidad se formalizó en el *DSM-I* (American Psychiatric Association, 1952) y no con la aparición del sistema multiaxial en el *DSM - III*. El manual incluía siete categorías y una de ellas era trastornos de la personalidad, que tenía tres secciones: tipos de personalidad cardinales³², perturbaciones de rasgos de personalidad³³ y perturbaciones de personalidad sociopática³⁴. Las descripciones eran breves, y no existían guías ni tests diagnósticos adecuados (Coolidge & Segal, 1998).

³¹Hipertímicas, depresivas, insegura de sí, fanática, afectada, explosiva, asténica, abúlica, histérica y desalmada.

³² Aquellas que raramente responden al tratamiento: inadecuada, esquizoide, ciclotímica y paranoica.

³³ Aquellos incapaces de mantener el equilibrio emocional: emocionalmente inestables, pasivo-agresivos, compulsivos y perturbaciones en rasgos.

³⁴ Aquellos con problemas en términos sociales: reacción antisocial, reacción disocial, desviación sexual y adicciones.

El *DSM-II* (American Psychiatric Association, 1968) presentó 10 categorías de trastornos mentales, incluyendo los 'Trastornos de Personalidad', que incluía 10 trastornos de personalidad específicos³⁵, caracterizados por comportamientos arraigados y maladaptativos, a menudo identificables desde la adolescencia. Las descripciones seguían siendo sucintas y sin una guía específica para el diagnóstico.

Con el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), la personalidad pasó a recibir mucha más atención. Se introdujo el sistema multiaxial en donde el eje 2 estaba dedicado específicamente a estos trastornos. La edición obligó a los clínicos a evaluar la personalidad y se hizo evidente la necesidad de pruebas diagnósticas confiables. Los trastornos se consideraron como patrones persistentes de percepción, relación y pensamiento y se definió que para ser patológicos, debían ser inflexibles, causar deterioro significativo y permear en todos los contextos (American Psychiatric Association, 1980). Se agruparon en clusters de personalidad, llamados A (raros o excéntricos³⁶), B (dramáticos, emocionales o erráticos) y C (ansiosos o miedosos) respectivamente. Se planteó que comenzaban en la adolescencia, disminuían con la edad, podían preexistir a los trastornos del eje I y era posible diagnosticar más de uno en un mismo paciente (Coolidge & Segal, 1998).

El *DSM-IV*, (American Psychiatric Association, 1994) mantuvo el sistema multiaxial y propuso 10 categorías de trastornos, eliminando el trastorno pasivo-agresivo, por su falta de confiabilidad y validez. Este, junto al nuevo trastorno de personalidad depresiva se pasaron a los apéndices y se propuso mayor investigación sobre ellos.

El *DSM-V* (American Psychiatric Association, 2013b) mantiene como propuesta central un enfoque categorial para el diagnóstico. Aún así, en su tercera sección, incluye un modelo alternativo que aborda la patología como niveles de funcionamiento de la personalidad, para abordar los trastornos de manera más efectiva (Krueger & Hobbs, 2020). Se incluyen el criterio A (deficiencias en el sentido del self y la relación interpersonal³⁷) y el criterio B, comillas?(5 dominios de rasgos maladaptativos, variantes del modelo Big five) (Widiger & McCabe, 2020). Los niveles de severidad se presentan como grados de perturbación: ausente, leve, moderado, severo y extremo (American Psychiatric Association, 2013b).

³⁵ Paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, obsesivo-compulsiva, histérica, asténica, antisocial, pasivo-agresiva e inadecuada.

³⁶ Cluster A: paranoide, esquizoide, esquizotípico; Cluster B: histriónico, narcisista, antisocial y borderline; Cluster C: evitativo, dependiente, compulsivo, pasivo-agresivo.

³⁷ Donde propone cuatro dimensiones: identidad, autodirección, empatía, intimidad.

Posteriormente, la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)* (World Health Organization, 2019) adoptó esta perspectiva dimensional como propuesta central y definió que los trastornos se caracterizan por deficiencias en el funcionamiento del sí-mismo³⁸ y problemas interpersonales³⁹ (Farnam & Zamanlu, 2018). Estas dificultades deben haber perdurado por lo menos durante un periodo de dos años, ser rígidas o deficientemente controladas, y resultar en un deterioro significativo. Los niveles de funcionamiento se categorizan como leve, moderado y grave (World Health Organization, 2019). El nuevo enfoque dimensional de la psiquiatría se alinea de manera consistente con las conceptualizaciones psicoanalíticas/psicodinámicas históricas y es por lo tanto muy coherente con un marco psicoanalítico/psicodinámico de la patología (Blüml & Doering, 2021b).

2.2.4. La patología de la personalidad desde la perspectiva psicodinámica.

El estudio de las patologías de la personalidad desde la perspectiva psicodinámica enfatiza la experiencia personal del individuo y la introspección (Gabbard, 2014) y pone en relieve la intencionalidad inconsciente⁴⁰. Su enfoque principal es la dinámica intrapsíquica del sujeto, aunque no se descarta la influencia del entorno, postulando un rol etiopatogénico significativo a la influencia de las figuras parentales, la sociedad y la cultura. Su visión es holística y fundamentalmente idiográfica, al destacar la singularidad de cada individuo, sus fortalezas y vulnerabilidades (Luyten et al., 2015). A pesar de esto, también reconoce patrones y categorías generales, lo que permite cierto grado de generalización y transferibilidad de los hallazgos, manteniendo un delicado equilibrio entre lo particular y lo general. (Wallerstein, 2009). Enfatiza la complejidad del desarrollo humano, con un reconocimiento de la regresión y la progresión en líneas de desarrollo. Acepta la existencia de patrones de personalidad estables, aunque reconoce la plasticidad y la capacidad de cambio del sujeto. Es fundamentalmente psicogenética, aunque la teoría no desestima la relevancia de la biología, de los descubrimientos neurocientíficos, los avances en imagenología cerebral, los estudios en apego y la teoría psicosomática. La teoría psicodinámica fue considerada interdisciplinaria desde su concepción (Steinmair & Löffler-Stastka, 2021).

³⁸ Identidad, autoestima, precisión de la autopercepción, autodirección

³⁹ Capacidad para desarrollar y mantener relaciones cercanas y mutuamente satisfactorias, habilidad para comprender las perspectivas de los demás y para gestionar el conflicto en las relaciones)

⁴⁰ Donde factores no accesibles a la conciencia del sujeto, desempeñan un papel vital en el desarrollo y el mantenimiento de la psicopatología.

En esta perspectiva, la patología de la personalidad se comprende a través del concepto de *estructura psíquica*, que refiere a un entramado de características del self que determina un estilo personal y el equilibrio subjetivo (Cierpka et al., 2008). El concepto denomina aspectos constantes de la personalidad y funciones que no son originadas o creadas nuevamente frente a situaciones similares (Schwartz, 1981), siendo un aspecto estable del sujeto que puede cambiar, aunque lentamente (Gullestad & Killingmo, 2019).

La estructura psíquica tiene diferentes interpretaciones dentro de la teoría psicodinámica, ya que esta se diversificó en varias psicologías o enfoques teóricos diferentes. Como vieramos previamente, estas pueden categorizarse en: psicología pulsional, psicología del yo, psicología de las relaciones objetales y psicología del self⁴¹ (Pine, 1988; Luyten et al., 2015). La concepción del sujeto de cada una de estas influirá, en la forma de considerar el concepto de estructura psíquica y su patología.

En la psicología pulsional o psicoanálisis clásico, la estructura remite al segundo modelo de la mente de Freud, que fuera abordado en “El Yo y el Ello” (Freud, 1923) y en las “Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” (Freud, 1932/1980). En este modelo, el Ello, el Yo y el Superyó son estructuras fundamentales del psiquismo (Gullestad & Killingmo, 2019) y la teoría aborda fundamentalmente las características de cada instancia así como su interdependencia como causa de psicopatología.

En la psicología del Yo, la estructura psíquica se refiere a su organización estructural y funcional, que media entre los impulsos internos y las demandas sociales y utiliza los mecanismos de defensa para protegerse de la ansiedad (Freud, 1936). Se definieron niveles de funcionamiento del Yo⁴² (Hartmann, 1951; Hartmann et al., 1946), se operacionalizaron y se evaluaron, entre otros, sus capacidades para percibir la realidad y para mediar con otras instancias de la mente (Cierpka et al., 2008). La eficacia del Yo para realizar estas tareas es un reflejo de la fortaleza o debilidad de la estructura psíquica del individuo.

La psicología de las relaciones objetales, conceptualiza la estructura psíquica como una entidad dinámica, un espacio en el que interactúan diversas representaciones del Self y los Objetos⁴³. Esta teoría surge como respuesta al foco exclusivamente intrapsíquico de la psicología pulsional y del yo (Luyten et al., 2015).

⁴¹ A estas puede sumarse el psicoanálisis relacional (Perlman & Frankel, 2009).

⁴² El Yo nuclear, pilar de la conciencia y toma de decisiones, el Yo autónomo de funciones automáticas y de adaptación al entorno y el Yo secundario de funciones defensivas y adaptativas (Hartmann, 1950)

⁴³ Entendidos estas representaciones psíquicas de las personas y relaciones significativas del sujeto

La misma considera que las representaciones del Self y los Objetos se internalizan para formar la base de la estructura de la personalidad (Kernberg, 1988). La estructura psíquica se entiende como una matriz de dramas internalizados (Pine, 1988), conformada por las interacciones repetidas con las figuras significativas en la vida del sujeto. Estas representaciones están en la base del fenómeno de transferencia, proporcionando la matriz sobre la que se construyen las interacciones futuras. Algunos critican la falta de consideración de factores biológicos y cognitivos en la teoría (Hamilton, 1989), aunque actualmente se han propuesto los correlatos neurobiológicos de sus constructos teóricos (Kernberg, 2015).

Desde la psicología del self, la estructura psíquica refiere a la estructura del self, sus componentes, sus vulnerabilidades y sus fortalezas frente a demandas internas o externas. (OPD Task Force, 2008). El self se comprende como una experiencia subjetiva relacionada con cuestiones como los límites, la diferenciación con los demás, la sensación de continuidad y el equilibrio de la autoestima (Pine, 1988). Refleja la organización interna de procesos psíquicos, que incluyen los pensamientos, las emociones, las motivaciones, los deseos, las defensas, y la organización espacio-temporal. Esta se desarrolla a través de las interacciones con las figuras de apego, el entorno social y cultural del individuo.

El concepto de self tiene una larga historia en la teoría psicoanalítica (Blum, 1982; Ticho & Richards, 1982) y su comprensión como entidad discreta o como simple síntesis perceptiva refiere a discusiones filosóficas históricas, fundamentalmente a Descartes y Hume (Kirshner, 1991). En la psicología científica, el término se le adjudica a William James (James, 1890a). En el psicoanálisis, sus representantes son Heinz Hartman (Hartmann et al., 1946), Donald Winnicott (1960) y Heinz Kohut (1978).

En esta perspectiva, la salud mental es concebida a través de la presencia de un Self coherente, con una identidad desarrollada, capaz de diferenciarse correctamente del otro, y de regular las emociones y las relaciones. El sujeto está integrado y cuenta con un espacio interior reflexivo bien desarrollado, así como la capacidad para separarse sin problemas de los objetos. Las teorías psicodinámicas contemporáneas ubican al Self como concepto central. Entre estas, se destaca la “Teoría de la Mentalización”, con una amplia base de evidencia (Fonagy et al., 2018). Además, los hallazgos neurocientíficos apoyan la base neurobiológica del mismo (Spagnolo, 2021) ubicándolo en estructuras corticales de la línea media (Northoff, 2013; Scalabrini et al., 2018).

2.2.4.1. La organización de la personalidad y la integración de la estructura psíquica como representantes del funcionamiento de la personalidad en la teoría psicodinámica.

El funcionamiento de la personalidad se puede comprender en la teoría psicodinámica, a través los conceptos de niveles de organización de la personalidad, y/o, integración de la estructura psíquica, relacionadas con la psicología de relaciones objetales y la psicología del self, profundamente influidas por la psicología del desarrollo (Fonagy et al., 2018), la teoría del apego (Hartmann, 2009) y los hallazgos neurocientíficos contemporáneos (Ensink et al., 2015; Spagnolo, 2021).

Aunque el origen del concepto “Borderline” puede trazarse a la primera mitad del siglo XX (Stern, 1938), fue Otto Kernberg quien publicó un artículo fundacional llamado “La Entrevista estructural” (1981), donde refiere que la organización de la personalidad está definida en niveles de funcionamiento y propone los siguientes niveles de estructuración: neurótico, borderline⁴⁴ y psicótico⁴⁵. Estos niveles de organización de la personalidad, se definían para el autor a través de la integración de la identidad, el nivel de los mecanismos de defensa predominantes y a la capacidad para la prueba de realidad⁴⁶. En la evolución definió los niveles como saludable, intermedio, bajo y psicótico. Además amplió los criterios para definir los niveles: identidad del yo, prueba de realidad, desarrollo de los impulsos, defensas, rasgos del carácter, relaciones de objeto y afectos (Cierpka et al., 2008). Si bien el autor es un pionero en el modelo de organización de la personalidad y sus niveles de funcionamiento, su trabajo se apoya en notables contribuciones previas, fundamentalmente en Melanie Klein. (Guntrip & Sutherland, 1961).

De forma genérica, *las personas con una organización neurótica* tienen un self bien integrado, mecanismos de defensa maduros y prueba de realidad mantenida. *Aquellos con organización límite* tienen el self menos integrado, defensas más primitivas y dificultades en la prueba de realidad. *En la organización psicótica* esta se pierde definitivamente y la identidad se desintegra. El concepto de los niveles de organización es fundamental para la comprensión psicodinámica actual del desarrollo de la personalidad (Biberdzic et al., 2018).

⁴⁴ Este término se refiere a la estructura borderline, diferente al trastorno de personalidad borderline.

⁴⁵ Si bien el autor no es referido en los manuales de consenso psiquiátrico que adoptaron la perspectiva dimensional, puede considerarse que su trabajo es el precursor de esta concepción.

⁴⁶ Referido al sentido coherente e integrado de uno mismo, la madurez o inmadurez de los mecanismos y la capacidad para discernir fantasía de realidad y dentro de fuera, respectivamente

Entre otros autores, McWilliams expandió y elaboró estas ideas a las que llamó niveles de desarrollo de organización de la personalidad (McWilliams, 2011a), posicionando a las mismas como el resultado del proceso de maduración⁴⁷. La autora aporta diferentes matices a la comprensión de la estructura psíquica y sus niveles de integración y sugiere, como Kernberg, que cada nivel de organización incluye una variedad de patrones de carácter y estilos de defensa. En su trabajo, la autora describe además las implicancias que los niveles de integración tienen para la postura terapéutica (McWilliams, 2011b).

Es importante resaltar que, entre las diferentes dimensiones consideradas para evaluar la severidad del funcionamiento de la personalidad, la conformación de *la identidad* juega un papel central. Son considerados fundacionales los trabajos “Ciclo de vida: Epigénesis de la Identidad”(Erikson, 1968) y “Teoría del Desarrollo de la Identidad” (Erikson, 1959). En estos el autor se refiere a la construcción de la identidad normal del yo, que permite el desarrollo de una personalidad normal. La crisis de identidad es referida al reordenamiento de la misma en la adolescencia y la llamada difusión de identidad, se comprende como un deterioro en la integración del self y los límites entre el self y el otro (Benzi & Madeddu, 2017).

El concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo, y se ha estudiado su relación con la estructura psíquica y la psicopatología (Eizirik, 2009; Klimstra & Denissen, 2017). La conformación de la identidad está íntimamente vinculada a los procesos de diferenciación e integración de la estructura psíquica (Kernberg, 2006) Según la teoría psicodinámica y la psicología del desarrollo, esta se logra a través de interacciones repetidas entre el sujeto y objetos externos que promueven el “ensayo de funciones estructurales”, en donde tienen un rol central para la conformación normal “la sensación de ser comprendido y tratado empáticamente” (OPD Task Force, 2008). Esto establece las bases para el pensamiento reflexivo, la toma de decisiones autónoma, la empatía y la intimidad.

El concepto de *Difusión de la Identidad* fue tomado por Otto Kernberg, para hacer referencia a un aspecto central para realizar el diagnóstico de la organización Borderline de la personalidad. La identidad difusa configura un síndrome clínico con fallas en la representación de sí mismo y del objeto, que se expresa entre otros por rasgos contradictorios, falta de autenticidad, sensación de vacío, falta de continuidad temporal del self y confusión con el otro. (Akhtar, 1984; S. Taylor & Goritsas, 1994)

⁴⁷ Si bien la etiología de la patología de la personalidad, sigue siendo tema de estudio, el enfoque madurativo y su relación con las relaciones de apego tempranas, aporta coherencia teórica al modelo y tiene un amplio desarrollo en la literatura (Fonagy et al., 2003; Fonagy & Luyten, 2009).

Históricamente, el cambio en la estructura de la personalidad es una de las principales metas de la psicoterapia psicodinámica (Hörz-Sagstetter et al., 2021). La evidencia sugiere que la técnica debe adaptarse al nivel de organización de la personalidad del paciente (Leichsenring & Leibing, 2007; Sahin et al., 2017). Por esto, el nivel de organización de la estructura debe ser evaluado de manera rutinaria (Gullestad & Killingmo, 2019).

La intención es evaluar si las técnicas deben ubicarse a uno u otro lado de un continuo de intervenciones, llamado “expresivo - de apoyo”, que va del apoyo puro a la interpretación (Sahin et al., 2017). En general, las organizaciones limítrofes y bajas, requieren situarse en el polo del apoyo y las organizaciones más altas en el polo expresivo o interpretativo. (Killingmo, 1989). Además, los resultados de la investigación sugieren que los niveles iniciales más elevados de organización están moderada a fuertemente vinculados con resultados de tratamiento más positivos (Koelen et al., 2012). Los niveles más bajos se vinculan al abandono terapéutico, a las alteraciones de la alianza y a la disposición a recibir tratamiento, así como a los riesgos de autolesión o daño a otros (Bach & Simonsen, 2021).

Como vemos, la organización jerárquica de estos niveles es una herramienta útil en la clínica. Según estos niveles de integración, el fenómeno clínico tendrá características diferentes (Killingmo, 1989). Muchas veces, habrá fenómenos mixtos en pacientes que parecen funcionar en niveles borderlines, para luego funcionar de manera más alta estructuralmente. Esto refiere a la controversia entre los rasgos de personalidad y los estados situacionales en la psicología de la personalidad. ¿Los rasgos son consistentes y estables (enfoque de rasgo) o pueden cambiar en diferentes situaciones (enfoque de estado)? (Fontana, 1983; Yager, 2005). Por otra parte, el hecho de que las estructuras representan componentes relativamente estables de la personalidad no significa que permanezcan inalterables. Estas pueden regresar y volver a un estado más precoz del desarrollo, menos diferenciado y menos conectado con la realidad (Gullestad & Killingmo, 2019).

Por lo tanto, los niveles de funcionamiento de la personalidad *no deben considerarse de manera lineal, ni como categorías excluyentes*. Existirá una interrelación entre el nivel de estructuración con los afectos, los impulsos, las relaciones objetales, la conflictiva inconsciente y la historia longitudinal y subjetiva del paciente (Tyson, 1988). Deberán considerarse, entre otros, las diferencias individuales, la presencia de estresores externos, la influencia de hechos traumáticos y la presencia de psicopatología para analizar la interrelación entre esta y el nivel de integración estructural del paciente (Bagattini, 2021a).

2.2.4.2. La operacionalización psicodinámica de los niveles de integración de la estructura de la personalidad.

La operacionalización de los niveles de organización e integración de la personalidad, busca objetivar y cuantificar áreas específicas utilizando herramientas psicométricas. Puede incluir la administración de entrevistas, escalas de evaluación administradas por clínicos o cuestionarios auto-administrados (Waldron et al., 2017). A través de estos instrumentos se obtiene una comprensión más precisa del funcionamiento de la personalidad. Esto permite identificar fortalezas y vulnerabilidades, diseñar intervenciones adecuadas y el seguimiento objetivo de los cambios a lo largo del tiempo (Keller, 2004), los cuales han demostrado ser predictores del pronóstico a largo plazo (Grande et al., 2009a).

Entre estas se destacan, sin ser exhaustivos, la “Entrevista Estructurada de Organización de la personalidad” (Clarkin et al., 2004), el “Perfil Psicodinámico de Karolinska (KAPP)” (Weinryb & Rössel, 1991), el “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)”, (Cierpka et al., 2008), el “Inventario de relaciones objetales” (Huprich et al., 2016), la “Escala de Funcionamiento Reflexivo” (Fonagy et al., 2008), la escala de “Escala de Puntuación de Mecanismos de Defensa” (Perry & Henry, 2004) y las escalas derivadas del Manual de Diagnóstico Psicodinámico, llamadas “Tablas Psicodiagnósticas” (Fortunato et al., 2022; Gordon & Bornstein, 2018; Gordon & Stoffey, 2014b). Una revisión minuciosa de todas los instrumentos disponibles para esto puede encontrarse en el capítulo “La Evaluación en el Marco PDM-2” (Waldron et al., 2017)⁴⁸.

Debido a que las herramientas de evaluación del presente trabajo se derivan de éste, nos referiremos específicamente a la evaluación del funcionamiento de la personalidad a través de la integración de la estructura psíquica en los manuales OPD-2 (OPD Task Force, 2008) y OPD-IJ-2 (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2022). Estos manuales proponen un sistema de diagnóstico multiaxial que aborda aspectos profundos, multidimensionales y útiles para comprender y evaluar a los pacientes. Surgen como respuesta a la insatisfacción con los manuales psiquiátricos (Cierpka, 2007) y el fenómeno de la *Torre de Babel del Psicoanálisis*, un término que se refiere a la diversidad y falta de coherencia entre las diferentes escuelas y teorías psicoanalíticas (Dreher, 2019).

⁴⁸El *Manual Psicodinámico de Diagnóstico (PDM2)* aborda el funcionamiento de la personalidad a través del concepto de niveles de organización de la personalidad (Lingiardi & McWilliams, 2017), y los describe como saludable, neurótico, borderline y psicótico, en función de la calificación del compromiso en la identidad, las relaciones objetales, el nivel de defensas utilizadas y la prueba de realidad.

Complementa las clasificaciones psiquiátricas, y unifica los enfoques psicoanalíticos mediante un lenguaje común, que intenta facilitar la comunicación entre profesionales. El modelo propone cuatro ejes de evaluación: eje I = experiencia de enfermedad y requisitos para el tratamiento, II = relaciones interpersonales, III = conflicto, IV = estructura, y V = trastornos mentales y psicosomáticos (OPD Task Force, 2008; OPD-CA-2 Task Force et al., 2017). El eje estructura se desarrolló integrando varios conceptos psicodinámicos para brindar una descripción funcional de la estructura de la personalidad, (Hörz-Sagstetter et al., 2021). El mismo propone cuatro dimensiones estructurales: la percepción/cognición (de sí-mismo y el objeto), la regulación (autorregulación y regulación de las relaciones), la comunicación con el mundo interno y externo, y el apego a los objetos internos y externos. (Zimmermann et al., 2012). Estos tienen distintos grados de severidad: nivel alto de integración, nivel medio de integración, nivel bajo de integración y nivel desintegrado. El manual ha demostrado su utilidad clínica, confiabilidad y validez (Cierpka, 2007). Abordaremos en detalle las características de las herramientas de auto reporte utilizadas en nuestro estudio, derivadas del manual de niños y adolescentes.

2.2.5. La patología de la personalidad en la adolescencia.

La etapa de la adolescencia se define por una configuración psicológica compleja que es el resultado de las transformaciones biológicas, morfológicas y cognitivas propias de este período vital. Estos cambios amenazan las identificaciones establecidas durante la infancia y la fase de latencia. Esta reestructuración del marco mental tiene como objetivo primordial la consolidación de la identidad, un reto de extrema complejidad al que el individuo en la adolescencia debe enfrentarse de manera ineludible. (Bagattini, 2021a). Debido a la volubilidad de la etapa, es razonable que existan diferentes posturas respecto a los diagnósticos realizados en este grupo de edad, y que las controversias sobre las categorías o dimensiones sean aún mayores. El diagnóstico de la patología de la personalidad en este grupo de edad encuentra resistencia de los clínicos, entre otros, debido a que los diagnósticos sugieren rigidez en lugar de flexibilidad y pueden tener un impacto negativo en la autoimagen del niño o sesgar a los demás en su evaluación (Sharp & Tackett, 2014b). Además, la persistencia de esta patología se cuestiona y muchas veces se habla del *diagnóstico en lápiz*, argumentando que la identidad no se encuentra conformada y no es cohesiva ni estable previo a los 18 años, o que la fenomenología de la patología de la personalidad es similar o indiscriminable de la trayectoria normal de la adolescencia.

Al analizar el tema desde una perspectiva histórica, es claro que, desde el advenimiento del DSM-III, existe cierto consenso en que la patología de la personalidad se inicia en la adolescencia (American Psychiatric Association, 1980). Además, en la década del 90 se publicó un foro de debate entre expertos llamado, “Resuelto: la personalidad borderline existe en niños menores de 12” (Terr & Kernberg, 1990). En el mismo se argumenta que los niños poseen personalidades distintivas con rasgos particulares que persisten a lo largo del tiempo. De volverse inflexibles, maladaptativos, causar un deterioro funcional o angustia significativa, el diagnóstico de patología de la personalidad tiene lugar, independientemente de la edad del individuo.

Posteriormente, en el año 2000 se publica "Trastornos de la Personalidad en Niños y Adolescentes" (Kernberg et al., 2000), y en el año 2004 "Actualidad de las Patologías Límite en Niños" (Misès, 2004). A pesar de esto, el DSM-5 advertía en el 2013 específicamente acerca de realizar el diagnóstico de patología de la personalidad en menores de 18 años (American Psychiatric Association, 2013b). Esto ha llevado a que algunos digan que la patología de la personalidad en la adolescencia es un diagnóstico al que los clínicos evitan referirse (Chanen & Mccutcheon, 2008).

Debido a que muchos de los hallazgos de la investigación se dieron con herramientas diseñadas para adultos, corresponde evaluar si los sistemas propuestos para estos son igualmente válidos y confiables en adolescentes. (Sharp & De Clercq, 2020). La evaluación se realiza tanto con el uso de entrevistas clínicas estructuradas, como de herramientas de auto reporte, sea midiendo aspectos categoriales y/o dimensionales (Ammaniti et al., 2012; Bach & Hutsebaut, 2018; DeFife et al., 2013; Fossati & Somma, 2021).

La evaluación de la validez de constructo del trastorno en jóvenes muestra un nivel de evidencia que permite asegurar que estas herramientas capturan dimensiones sólidamente respaldados científicamente y que cuentan con utilidad clínica (Sharp et al., 2022). Además, la mayoría de la investigación realizada se centra en el *Trastorno Borderline de la Personalidad*. Aún así, los trabajos de análisis factorial que cuestionan el carácter de categorías discretas de la patología de la personalidad en jóvenes (Biberdzic et al., 2018, 2022), sugieren que el trastorno borderline propiamente dicho⁴⁹, describe en realidad, características que son comunes a toda la patología de la personalidad y a la gravedad de su deterioro (Sharp & De Clercq, 2020).

⁴⁹ Para diferenciarlo de la estructura borderline de la personalidad.

Por lo tanto, la investigación de los últimos 20 años, llevada a cabo con una perspectiva desarrollista y longitudinal (d'Huart et al., 2022; Lenzenweger & Cicchetti, 2005), ha acumulado evidencia sustancial que indica que la patología de la personalidad es una forma clara de psicopatología en la adolescencia, por lo que la idea del diagnóstico en este grupo de edad debe asentarse (Sharp & Tackett, 2014b). Existe evidencia firme acerca de la su presentación, su etiología bio-psico-social, así como de validez demostrada de diferentes enfoques de tratamiento (Sharp & Tackett, 2014a).

Si bien los estudios sobre la prevalencia del trastorno borderline son escasos, puede decirse que la misma ronda entre el 1 al 3% según diferentes reportes, lo que aumenta al 15-22% en muestras clínicas ambulatorias y 35-45% en muestras hospitalarias. De forma genérica, las tasas son comparables a las tasas en adultos (Kerr et al., 2021; Sharp & De Clercq, 2020). Un apartado importante se refiere a identificar las causas de la mayor prevalencia en mujeres. Es importante dilucidar si depende de la genética, aspectos vinculados al género o a mayor frecuencia de abuso sexual (Lenzenweger & Cicchetti, 2005).

La etiología de la patología de la personalidad parece involucrar vulnerabilidad genética y factores ambientales adversos. La investigación sugiere una heredabilidad cercana al 40-60% y se ha encontrado evidencia preliminar de alteración en los genes implicados en la secreción de diferentes neurotransmisores. Además de estos, se han investigado factores neurobiológicos (neurotransmisores, hormonas, neuropéptidos, estructuras y funciones cerebrales y temperamento), factores de riesgo contextuales (abuso y negligencia, psicopatología parental, apego, victimización por pares) (Cohen et al., 2005; Fonagy et al., 2003). Parecen existir precursores de la patología en la infancia temprana, que reflejan una vulnerabilidad para el desarrollo del compromiso de la personalidad⁵⁰ (Kerr et al., 2021). Aún así, es claro que estos factores precursores, pueden alterarse también por el estrés traumático en la infancia, muy prevalente en estos trastornos. Por lo tanto, es probable que las personas hereden las predisposiciones y vulnerabilidades que subyacen a la enfermedad, más que el trastorno en sí mismo (Kerr et al., 2021)

Parece evidente que el carácter multidimensional hace difícil la identificación etiológica. Aún así, es importante continuar los esfuerzos dirigidos a comprender la etiología de esta patología (Lenzenweger & Cicchetti, 2005).

⁵⁰ Esta puede manifestarse de una manera diferente a lo largo de las etapas del desarrollo, lo que es llamado continuidad heterotípica (Kerr et al., 2021).

Algunos no muestran la disminución normativa de rasgos o síntomas maladaptativos (Kerr et al., 2021). Debido a las exigencias de la etapa, donde se dan nuevas demandas subjetivas e interpersonales, los síntomas tienden a ser más frecuentes en la adolescencia, con un pico en la adultez temprana (d'Huart et al., 2022; Sharp & De Clercq, 2020). El seguimiento longitudinal de la patología de la personalidad a esta edad muestra que si bien la estabilidad categórica es moderada en adolescentes y adultos y la patología disminuye con la edad (Cohen et al., 2005). Aún así, la desaparición del diagnóstico categórico no significa que los pacientes estén libres de patología (Sharp & De Clercq, 2020). Esto va en línea con la estabilidad de la evaluación dimensional que es un poco más alta.

Un aspecto muy importante para el presente trabajo, son los hallazgos de que los pacientes con patología de la personalidad en la adolescencia tienen tasas más altas de depresión, ansiedad, trastornos disruptivos y del pensamiento en comparación con los controles, lo que es comprendido como comorbilidad por los autores (Ahmadi Marvilli, 2019; Benzi & Madeddu, 2016; Sekowski et al., 2022). Al referirse al carácter de la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en este grupo de edad, el presente trabajo aborda, entre otros, la interpretación teórica de esta comorbilidad y su validez externa.

Además, el seguimiento a largo plazo, muestra que los sujetos diagnosticados en la adolescencia, tienen además, un riesgo más elevado de psicopatología futura, con un funcionamiento deteriorado en resultados sociales, académicos y de salud mental (consumo de sustancias, malestar general, suicidio), así como mayor enfermedad física y mortalidad. (Cohen et al., 2007; Sekowski et al., 2021, 2022; Wright et al., 2016).

Esta evidencia subraya la importancia de la detección temprana para prevenir la consolidación de la patología de la personalidad en desarrollo. Sus implicancias futuras, hacen que algunos consideren que esta es un tema central de salud pública, que necesita de programas de detección e intervención precoz (Chanen et al., 2008, 2017)

3. LA RELACIÓN ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PERSONALIDAD : INTERROGANTES ACTUALES Y EL CASO ADOLESCENTE.

3.1.1. La relación entre personalidad y psicopatología: aspectos conceptuales

El estudio de la relación entre personalidad y psicopatología es fundamental, especialmente al considerar las distintas etapas del desarrollo, donde las interacciones entre el desarrollo emergente de la personalidad y la aparición de trastornos mentales pueden tener implicaciones profundas y duraderas (Castellanos-Ryan, Brière, O’Leary-Barrett, et al., 2016). Sin la intención de ser abarcativo, se abordarán teorías, perspectivas clínicas y empíricas sobre la vinculación de ambos campos, contemplando tanto enfoques dimensionales como categoriales. Se explorará cómo la personalidad puede influir en la aparición, desarrollo y severidad de los trastornos mentales, así como de qué forma la psicopatología puede afectar a la personalidad.

Inicialmente la distinción entre la psicopatología y la patología de la personalidad no estaba claramente definida y ambas eran consideradas dominios relacionados. Los problemas se entendían como variantes menos intensas de trastornos psiquiátricos graves (Tyrer & Mulder, 2022). Con el surgimiento del sistema multiaxial del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), las diferentes teorías previas (Freud, 1912; Kraepelin & Barclay, 1919) acerca de la relación entre la psicopatología y la patología de la personalidad se abandonaron y el estudio de ambos constructos comenzó a separarse⁵¹. La investigación acerca de esta relación se enfrenta a algunos problemas metodológicos (De Fruyt et al., 2017). Por un lado, es pertinente el cuestionamiento acerca de la consistencia de la personalidad⁵². Por otro lado, es necesario considerar de qué manera influye la heterogeneidad de los cuadros psicopatológicos y la discusión ya referida entre rasgo y estado (Maher & Maher, 1994). Sin dudas, el estudio de la relación es complejo. Algunos autores se refieren al mismo como un área en situación de estancamiento que requiere desarrollo adicional (Durbin & Hicks, 2014).

⁵¹ El cambio determinó una significativa superposición entre trastornos, tanto dentro como entre ejes (Clark, 2005), donde la comorbilidad entre el eje I y el II fue la norma (Westen et al., 2006).

⁵² Los estudios encuentran que esta es considerablemente estable (Bleidorn et al., 2022). Aunque existe cierta variabilidad demostrada y las evaluaciones de las discrepancias entre individuos y los puntajes promedio de características en poblaciones muestran transformaciones a medida que pasa el tiempo (Wilks, 2009), estos cambios son relativamente pequeños. Se demostraron diferencias individuales de diferente consistencia según los sujetos (Wright & Jackson, 2022).

De manera esquemática, se han identificado tres modelos de relación entre la personalidad y la psicopatología. Estos no son mutuamente excluyentes y pueden coexistir. La relación entre estos constructos se aborda desde su *interdependencia mutua* (relación patoplástica), *su etiología común* (relación de espectro) y su *papel causal en la etiología* de uno y de otro. (Widiger, 2011). Los diferentes marcos impactan significativamente en la comprensión de la interacción entre personalidad y psicopatología.

La relación patoplástica implica una influencia bidireccional entre ambos aspectos considerados distintos etiológicamente. Por un lado, la psicopatología se expresa en función de determinadas características de personalidad. Por ejemplo, la presencia de rasgos perfeccionistas en la anorexia (Bastiani et al., 1995) o impulsividad en la bulimia (Lilenfeld et al., 2006; Wonderlich, 2004). Por otro lado, la personalidad puede verse influida por un cuadro psicopatológico, haciendo que su presentación y percepción se alteren. En este contexto, la evaluación de la personalidad puede no ser precisa. A veces, la mejoría en la patología de la personalidad puede ser provocada por la remisión de la psicopatología, de una situación social o del retiro de fármacos, lo que da cuenta de ésta (Widiger, 2011).

La relación de espectro describe la situación en la cual ambos constructos obedecen a una base etiológica común y existen en un continuo funcional. Este puede ser entre los rasgos de personalidad y la patología de la personalidad (Krueger et al., 2011; Samuel & Widiger, 2011) o entre la patología de la personalidad y la psicopatología (Kotov et al., 2010). Un ejemplo es el cambio de concepción alrededor del trastorno esquizotípico de la personalidad en el ICD, considerado una variante de la esquizofrenia, debido a la evidencia acerca que estos comparten rasgos genéticos, neurobiológicos y psicofisiológicos” (Widiger, 2011), así como las alteraciones del neurodesarrollo y estrategias de tratamiento efectivas (Raine, 2006; Siever & Davis, 2004; Widiger, 2011).

La relación causal se centra en cómo los constructos determinan la génesis del otro, a diferencia de la relación patoplástica que refiere a cómo los cuadros se manifiestan. La psicopatología puede influir en el desarrollo de la patología de la personalidad. Es comprensible que experimentar un trastorno mental grave puede tener un impacto duradero en la cognición, las emociones y las relaciones interpersonales (Widiger, 2011). De manera similar, la psicopatología puede ser el resultado de la patología de la personalidad, cuando ciertas dimensiones de esta aumentan la vulnerabilidad a los trastornos. Entre otros, la personalidad obsesivo-compulsiva puede desencadenar un cuadro depresivo o una trastorno del apego estar en la base de un cuadro ansioso generalizado (Lucas & Diener, 2008).

3.2. La relación entre personalidad y psicopatología desde la perspectiva psicodinámica y las taxonomías empíricas.

En la perspectiva psicodinámica, la personalidad y la patología están intrínsecamente vinculadas (Luyten & Fonagy, 2021). Se considera que no existe una distinción fundamental entre ambas y que esta dicotomía parece no considerar que toda expresión de malestar psíquico es un síntoma en sí mismo (Gullestad & Killingmo, 2019). Desde esta perspectiva, comprender la psicopatología requiere conocer a la persona que la experimenta. Se asume que tanto la alteración de la personalidad como la psicopatología son intentos dinámicos de adaptación (Luyten & Fonagy, 2021) otorgándole al ambiente y a la epigénesis, un rol central.

A pesar las críticas recibidas durante la segunda mitad del siglo XX por su falta de una base empírica (Grünbaum, 1977; Popper, 1963), la investigación contemporánea apoya su efectividad terapéutica (Lilliengren, 2023; Shedler, 2010; Sneed et al., 2023). En este sentido, parece existir un resurgimiento de los conceptos psicodinámicos a través de nuevas relaciones epistemológicas, lo que puede verse en la integración de estos conceptos a los trabajos neurocientíficos (Hartmann, 2009; Scalabrini et al., 2018; Spagnolo, 2021), en los estudios de validación empírica de las teorías psicodinámicas (Luborsky, 1998; Luyten et al., 2015) y en las nuevas taxonomías basadas en evidencia, que comparten principios con la teoría psicodinámica (Hopwood et al., 2018; Remmers et al., 2023). Por ejemplo, en el ya referido modelo HiTOP (Kotov et al., 2017), la personalidad se considera una base fundacional de la psicopatología (Widiger, Sellbom, et al., 2019)⁵³. Esta nueva visión permite reinterpretar la comorbilidad observada al aplicar los manuales de consenso (Kessler et al., 2005), a través de la presencia de factores trans-diagnósticos dimensionales subyacentes, que son parte de un continuo entre normalidad y patología, lo que ha definido históricamente la visión psicodinámica (Luyten & Fonagy, 2021). Se han estudiado por ejemplo, la afectividad negativa de la personalidad, como un elemento compartido por casi todos los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad (Westen et al., 2006). De la misma manera, el factor externalizante puede relacionarse con diferentes formas de patología de la personalidad (Krueger et al., 2021; Tackett et al., 2014)

⁵³ Esto va en línea con la antigua tradición de la psiquiatría dinámica, combinando la perspectiva descriptiva, enfocada en el trastorno, con una perspectiva etiológica, orientada al desarrollo y centrada en el individuo (Luyten & Fonagy, 2021).

En este nuevo marco para la relación entre personalidad y psicopatología, es central la necesidad de integrar las teorías con los modelos empíricos disponibles. La evidencia sugiere que esta integración es posible y que hace posible diagnósticos más integrales que lo que resulta de su consideración por separado (Luyten & Blatt, 2011). Para esto, lo internalizante y lo externalizante es un buen punto de partida (De Bolle et al., 2012), y la personalidad es allí considerada una referencia estructural para el desarrollo de la psicopatología, donde la identidad tiene un rol central (Ahmadi Marvilli, 2019; Sekowski et al., 2021). Esto va en línea con los planteos históricos psicodinámicos acerca de la organización y el funcionamiento de la personalidad, que ya fueran abordados (Koelen et al., 2012; Widiger, Bach, et al., 2019). Además, la relación entre ambas parece ser influenciada por la gravedad, de manera que un aumento en la gravedad conlleva a una mayor interconexión intrínseca entre ambas (Luyten & Fonagy, 2021).

Por otro lado, esta nueva aproximación enfatiza el rol de factores ambientales en la etiología de los trastornos. Esto resalta la necesidad de investigación longitudinal, y de la ponderación de la influencia específica de los factores (de riesgo y/o protectores), que pueden de orden formal o físico (familia, amigos, instituciones) o psicológicos, es decir como el ambiente es percibido o experimentado psicológicamente por el sujeto (De Fruyt et al., 2017).

Debido a las características epistemológicas descritas en el enfoque, se hace difícil abordar esta compleja interrelación desde un punto de vista únicamente nomotético. Es por esto que los estudios de caso, analizados con el método clínico (Roussos, 2007) pueden desempeñar un papel crucial para la comprensión de la relación entre personalidad y psicopatología. Estos permiten ofrecer suposiciones, teorías causales y observaciones adicionales a la investigación empírica que se enfoca en la validez externa (Westen et al., 2006). Abordaremos un ejemplo de estudio de caso en el apartado de resultados, para mostrar la comprensión acerca de esta interdependencia.

3.3. La adolescencia como período sensible para la relación entre personalidad y psicopatología.

La adolescencia es un período fundamental para explorar la relación entre la personalidad y la psicopatología. Si bien diferentes estudios reportan relaciones sistemáticas entre ambos constructos en la adolescencia (Moselli et al., 2021; Sekowski et al., 2021, 2022) falta aún una comprensión completa de la naturaleza de esta relación.

Esto parece ser central ya que las demandas cognitivas y sociales, así como los cambios neurobiológicos, exacerbando vulnerabilidades preexistentes y/o precipitan el inicio de trastornos psicopatológicos (Bunge & Wright, 2007; Walker, 2002), marcando así la adolescencia como un tiempo de sensibilidad particular en este contexto. En los últimos años ha surgido una fuerte corriente de investigación en el área (Allegrini et al., 2020; Biberdzic et al., 2022; Murray et al., 2016; Patalay et al., 2015), que destaca (como en adultos) la estructura factorial dimensional de la psicopatología y la personalidad adolescente (Biberdzic et al., 2018). Abordaremos en detalle estos hallazgos al relacionarlos con lo encontrado en nuestro estudio.

Es necesario más estudio acerca de la relación entre estos conceptos en la adolescencia. El desafío metodológico es relevante y se debe, entre otros, a la falta de consideración de la patología de la personalidad en la adolescencia, a los límites artificiales entre las disciplinas científicas, siendo la personalidad estudiada por psicólogos del desarrollo y la psicopatología por psicólogos clínicos (Frick, 2004; Tackett, 2006a). Además, la investigación es difícil debido a la multiplicidad de factores implicados, como los cambios hormonales (Balzer et al., 2015; Graber, 2013; Mendle, 2014) la influencia de los factores ambientales, entre los que está la presión de los compañeros (Troop-Gordon et al., 2021), las relaciones con las figuras primarias que han demostrado ser predictores de los niveles de funcionamiento de la personalidad (Skabeikyte-Norkiene et al., 2022), así como la adversidad en todas sus formas, entre las que se destacan la exposición al trauma, la negligencia y el abuso sexual (Afifi et al., 2011; Newnham & Janca, 2014). Todos estos factores pueden afectar el desarrollo de la personalidad y favorecer la presentación de psicopatología, haciendo que los síntomas sean más variables y posiblemente más severos durante este período.

Así como en adultos, se ha observado un aumento en el uso de medidas dimensionales para caracterizar la psicopatología y la patología de la personalidad en adolescentes (DeFife et al., 2013; Waldman et al., 2016). Algunos argumentan que es necesario fusionar ambas áreas de investigación ya que puede enriquecer la comprensión de la patología mental en esta etapa (Frick, 2004). Aún así, los modelos teóricos acerca de la relación entre constructos no han sido probados empíricamente de forma consistente y la mayoría de la investigación disponible es aún correlacional, lo que limita la comprensión teórica de la relación per se y la causalidad atribuida a los factores estudiados (Durbin & Hicks, 2014; Tackett, 2006a).

3.4. La encrucijada adolescente: hacia un enfoque integrado de la patología de la personalidad y la psicopatología.

El reconocimiento de la posible interacción entre los trastornos de la personalidad y la psicopatología, marca un cambio significativo en la forma en que se aborda la salud mental en la adolescencia. Debido a esto, es razonable plantearse si es pertinente seguir separando la psicopatología en trastornos clínicos y de personalidad (Krueger, 2005). Para abordar este problema es necesario referirse a la investigación, que apoya o contradice la continuidad de los constructos, así como a los modelos actuales que abordan la metaestructura de los trastornos mentales como condiciones continuas (Carragher et al., 2015). Esta discusión considera la interrelación como un sistema dinámico, en constante interacción con el entorno y el bienestar del individuo. Algunos consideran necesario adoptar una imagen global de la relación entre constructos (Krueger & Tackett, 2003).

En un trabajo del 2005, Robert F. Krueger propone que para abordar empíricamente la continuidad o discriminación de los constructos, es necesario considerar seis áreas principales: *la estabilidad, la edad de inicio, el efecto de los tratamientos, la capacidad para el insight, la comorbilidad y la etiología de los trastornos*. Luego de analizar en detalle la evidencia disponible acerca de estas áreas, el autor concluye que estos no son marcadores distintivos y que se requiere un modelo que establezca conexiones entre los trastornos clínicos, los trastornos de la personalidad y la estructura de la personalidad tanto normal como anormal, debido a la evidencia disponible acerca de su vinculación (Krueger, 2005).

Se parte de la noción de que existen dimensiones latentes responsables de la psicopatología y los trastornos, por lo que aquellos que comparten dimensiones latentes específicas, tienden a estar estrechamente vinculados (Carragher et al., 2015). En este sentido, las dimensiones propuestas por Achenbach (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1978, 1984) se han encontrado en adultos (Brislin et al., 2022; Krueger et al., 2021; Wolf et al., 1988) y este modelo tiene un respaldo importante en diferentes culturas, géneros y edades (Carragher et al., 2015). Si bien en niños y adolescentes, la investigación de la relación entre personalidad y psicopatología se ha abordado en diferentes trabajos, la comprensión de la misma y sus implicancias para la edad no es exhaustiva (Tackett, 2006a). Además, parece necesario comprender esta relación de manera longitudinal (De Fruyt et al., 2017; Luyten & Blatt, 2011).

Los diferentes modelos referidos para la relación entre constructos fueron testeados en niños y adolescentes. Hay prueba empírica sólida de la asociación entre rasgos de la personalidad y psicopatología en niños y adolescentes (Tackett, 2006a). Los hallazgos sugieren que estas asociaciones apoyan la hipótesis de continuidad a lo largo de la vida y se asemejan en gran medida a las asociaciones encontradas en adultos. Por esto, parece ser que personalidad y psicopatología están estrechamente vinculadas y deben ser consideradas conjuntamente al investigar y en la asistencia clínica de pacientes en este grupo de edad (De Bolle et al., 2012). La mayoría de la investigación en el área ha tratado de identificar relaciones entre rasgos y tipos de psicopatología, sin intentar entenderlas o integrar los hallazgos en un modelo. Los modelos patoplásticos, causales o de espectro, parecen coexistir y probablemente deban ser considerados en conjunto para tener una visión más integral. Aunque su investigación es escasa, debido a dificultades metodológicas y a la necesidad de estudios longitudinales, las revisiones apoyan el modelo de vulnerabilidad para la patología, mientras que otros modelos están menos estudiados (Kerr et al., 2021; Tackett, 2006a).

Las implicancias de un modelo unificado de la personalidad, su patología y la psicopatología, son múltiples. (Frick, 2004). Una comprensión taxonómica que integre ambos conceptos permitirá identificar aspectos jerárquicos e interrelaciones específicas entre las dimensiones propuestas y poner a prueba su rol causal o moderador. Además, comprender su asociación es crucial para las intervenciones clínicas. Identificar a la personalidad como un factor crítico, puede permitir prevenir y guiar intervenciones para subgrupos específicos y predispuestos a determinadas patologías. Estas intervenciones podrían fortalecer o modificar aspectos de la personalidad, o dirigirse a los factores ambientales que la modelan (Huang et al., 2020; Lahey et al., 2011). Si bien algunos estudios han puesto a prueba que los niveles de funcionamiento de la personalidad (saludable, neurótico y borderline) se manifiestan de la misma manera que en adultos (Biberdzic et al., 2018), y que las dimensiones estudiadas son en principio similares (Both, Benetti, & Goodman, 2019; Sekowski et al., 2021/ 2022), aún es necesaria más investigación. Esta debe enfocarse en develar la estructura latente de la interrelación entre psicopatología y personalidad en esta etapa (Castellanos-Ryan, Brière, O'Leary-Barrett, et al., 2016), así como las diferencias, continuidades y discontinuidades entre muestras generales y clínicas (Hyland et al., 2022a). Por lo tanto, lograr una visión verdaderamente unificada e integrada de la personalidad, los trastornos de la personalidad y los trastornos clínicos requiere un mayor conocimiento y comprensión de estas interacciones y la investigación continúa en este campo es vital.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia, como fase crítica del desarrollo humano, se caracteriza por una interacción compleja de cambios biológicos, psicológicos y sociales que proporcionan el contexto para el inicio de la consolidación de la personalidad. Además es una etapa crítica en la posible emergencia de trastornos psicopatológicos. Como referimos previamente, la evidencia científica reciente, apunta a una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la presencia y severidad de la psicopatología durante esta etapa. Sin embargo, la literatura científica que explora exhaustivamente esta relación es escasa en el contexto uruguayo, lo que crea una notable brecha en nuestra comprensión de cómo estos procesos interactúan y afectan al desarrollo de los jóvenes en nuestro país.

Por otro lado, en el campo del diagnóstico y la psicoterapia psicodinámica, hay una notable ausencia de la integración de herramientas de evaluación rigurosas y confiables. Esto limita la comprensión sistematizada de la interacción entre el funcionamiento de la personalidad y las manifestaciones psicopatológicas. Esta limitación se ve exacerbada por la ausencia de datos epidemiológicos precisos sobre la prevalencia y distribución de los trastornos psicopatológicos y el funcionamiento de la personalidad en la población adolescente uruguaya. Ambos aspectos comprometen la detección temprana, la prevención y el tratamiento efectivo de los trastornos de salud mental durante la adolescencia.

En este sentido, la presente investigación propone utilizar una metodología mixta para estudiar la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en adolescentes uruguayos. Para evaluar la personalidad, se analizará el nivel de integración de la estructura psíquica, utilizando una herramienta de autoreporte derivada del manual de diagnóstico psicodinámico operacionalizado para niños y adolescentes (OPD-IJ-2). El tipo y severidad de la psicopatología serán evaluados utilizando el autoinforme de adolescentes de Achenbach (Youth Self Report).

Para investigar la relación entre los constructos se adoptará un enfoque multimétodo. Por un lado se presentará un estudio de un caso clínico, analizado tanto cualitativa como cuantitativamente, utilizando las herramientas de evaluación mencionadas. Además, se realizarán análisis cuantitativos en una muestra clínica de 35 pacientes, y en una muestra en 409 adolescentes pertenecientes a dos liceos distintos. Este diseño proporcionará una visión detallada a nivel individual y permitirá además detectar patrones más generales de la relación estudiada, con el propósito de aportar a la literatura científica y a la práctica clínica.

5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como se deriva del marco teórico, existe evidencia que apoya la necesidad de adoptar un enfoque integrador que considere el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en conjunto, para comprender los trastornos mentales durante la adolescencia. Por esta razón, la presente investigación se propone explorar en profundidad la relación existente entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, desde la perspectiva psicodinámica de los niveles de integración de la estructura psíquica, y el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de adolescentes uruguayos, desde la perspectiva de la taxonomía empírica. El propósito reside en la necesidad de aportar un sustento empírico que pueda dar luz sobre la complejidad de esta interrelación en una muestra de adolescentes de Uruguay.

La relevancia de un estudio de este tipo se deriva de múltiples aspectos:

1. *Desde una perspectiva teórica*, la investigación busca aportar sustento empírico a la interrelación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en la población adolescente general y clínica del Uruguay. Como dijéramos en apartados previos, los estudios existentes que exploran la interrelación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en adolescentes son escasos y la comprensión de cómo se entrelazan y se influyen mutuamente sigue siendo limitada. Nuestro estudio pretende aportar en este aspecto y proporcionar una primera aproximación a la interrelación entre ambas instancias en la población estudiada.
2. *Desde una perspectiva clínica*, el estudio puede tener implicancias significativas para la formación y la práctica. Si logramos demostrar una relación estrecha y significativa entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en los adolescentes uruguayos, esto podría subrayar la necesidad de considerar esta relación en el diagnóstico y tratamiento temprano de trastornos psiquiátricos potencialmente graves en la adultez temprana. Al comprender mejor la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en los adolescentes uruguayos, se puede mejorar el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento en este grupo de población. Como referimos, la detección precoz durante la adolescencia puede permitir una intervención temprana y específica, lo que podría contribuir a prevenir el desarrollo de patologías mentales más graves en etapas posteriores de la vida.

3. *Al considerar la necesidad de integración entre la clínica y la investigación*, el estudio tiene el potencial de integrar aspectos de ambos mundos y mejorar sustancialmente el diagnóstico realizado en la psicoterapia psicodinámica de adolescentes. La utilización de herramientas de evaluación fidedignas y confiables, complementarias a la impresión clínica no es una práctica habitual en el país. De obtener resultados válidos, será posible sustentar la integración de las herramientas de investigación para el respaldo de la toma de decisiones clínicas. Las mismas pueden proporcionar una base más sólida para el diseño y la implementación de intervenciones terapéuticas más efectivas y adaptadas a las necesidades individuales de los adolescentes. Esto puede tener un impacto positivo en los servicios.
4. *Desde una perspectiva epidemiológica*, el estudio permitirá obtener información detallada sobre la prevalencia y la distribución de la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en la muestra de adolescentes uruguayos. Aunque parcial debido a las limitaciones del estudio, contar con datos fiables y actualizados, permitirá tener una visión empírica sobre la carga de enfermedad mental en este grupo de edad, así como de las necesidades y demandas de salud mental de los adolescentes en Uruguay. A pesar de existir un estudio epidemiológico previo sobre la salud mental en niños uruguayos (Viola et al., 2008), no contamos con información detallada sobre la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en adolescentes. Al proporcionar una descripción exhaustiva de la frecuencia y distribución de estos fenómenos en la población adolescente uruguaya, nuestro trabajo permitirá obtener una imagen más completa de la salud mental en este grupo de edad, lo que puede brindar información relevante para la potencial planificación e la implementación de políticas de salud mental dirigidas a la población adolescente. Los resultados obtenidos podrán contribuir a identificar grupos de riesgo y a diseñar programas de prevención y promoción de la salud mental dirigidos a esta población.

Por estas razones, la investigación busca abordar la comprensión de la psicopatología y la personalidad durante la adolescencia, desde una perspectiva integral, a través del análisis de las agrupaciones sindromáticas, las dimensiones y la distribución poblacional de ambas variables en estudio, con especial énfasis en la teoría psicodinámica.

6. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

6.1. Pregunta principal.

- a. ¿Cuál es la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, evaluado mediante el nivel de integración de la estructura psíquica, con el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de la población adolescente en Uruguay?

6.2. Preguntas Subordinadas.

- a. ¿Cómo se distribuyen el tipo, severidad de psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra estudiada?
- b. ¿Existe relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada?
- c. ¿Existe relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el tipo de psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada?
- d. ¿Cuáles son las agrupaciones sindrómicas de la psicopatología empírica identificadas en la muestra estudiada y cómo se relacionan con el nivel de funcionamiento de la personalidad?
- e. ¿Qué subdimensiones específicas de la personalidad están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia?
- f. ¿Existen diferencias notables en esta relación entre la muestra clínica y la muestra general de adolescentes en dos liceos distintos?
- g. ¿Cómo se puede manifestar esta relación en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica?
- h. ¿Cómo se pueden utilizar las herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) en la clínica, para comprender mejor esta relación y, por tanto, mejorar la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia.

7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

7.1. Hipótesis central de investigación

- (H1): Existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, el tipo y la severidad de la psicopatología en la muestra de población adolescente estudiada.
- (H0) : No existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, el tipo y la severidad de la psicopatología en la muestra de población adolescente estudiada.

7.2. Hipótesis secundarias

- (H1.1): Existen patrones específicos en la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra de adolescentes uruguayos estudiada.
- (H0.1): No existen patrones específicos en la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra de adolescentes uruguayos estudiada.
- (H1.2): Existe una correlación significativa donde a menor nivel de funcionamiento de la personalidad se observa mayor nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.
- (H0.2): No existe una correlación significativa donde a menor nivel de funcionamiento de la personalidad se observa mayor nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.
- (H1.3): Existen agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada que se relacionan de manera particular con el nivel de funcionamiento de la personalidad.
- (H0.3): No existen agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada que se relacionen de manera particular con el nivel de funcionamiento de la personalidad.

- (H1.4): Existen subdimensiones específicas de la personalidad que están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia.
- (H0.4): No existen subdimensiones específicas de la personalidad que estén asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia.
- (H1.5): La relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología se manifiesta de manera única y específica en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica.
- (H0.5): No se puede identificar una relación única y específica entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica.
- (H1.6): El uso de herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) mejora la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología, y por lo tanto puede mejorar la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia.
- (H0.6): El uso de herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) no mejora la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología, ni mejora la detección, prevención o tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia.

IX. OBJETIVOS

1. Objetivo general:

- Investigar la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de la población adolescente del Uruguay.

2. Objetivos específicos:

- Describir la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en una muestra de la población adolescente del Uruguay.
- Analizar la correlación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.
- Analizar la correlación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el tipo de psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.
- Identificar las agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada y su relación con el nivel de funcionamiento de la personalidad.
- Investigar qué subdimensiones específicas de la personalidad están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia.
- Estudiar la manifestación singular y específica de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología a través de un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica.
- Evaluar la utilidad de las herramientas de diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) y el autoinforme de adolescentes de Achenbach (Youth Self Report) para mejorar la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología, así como la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia.

X. METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN A LA SECCIÓN DE METODOLOGÍA

La presente sección de metodología describe los materiales y métodos utilizados para investigar la relación entre el tipo y la severidad de la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en la adolescencia. Este estudio tiene como objetivo contribuir al creciente cuerpo de conocimiento en salud mental durante esta etapa crucial del desarrollo, enmarcados en el creciente interés en comprender los factores psicológicos que influyen en la salud mental de los adolescentes. Se ha adoptado un enfoque multimétodo para obtener una comprensión más completa y profunda de los fenómenos estudiados.

Se combina el estudio de caso clínico detallado, con el análisis cuantitativo de una muestra clínicas y una muestra de la población general. Para garantizar la validez y la confiabilidad de los datos, hemos utilizado herramientas de evaluación bien establecidas, confiables y validadas. Nuestro objetivo es proporcionar una base sólida para futuras investigaciones y prácticas clínicas más efectivas en este campo. Hemos buscado asegurar la calidad y la confiabilidad de nuestros resultados, priorizando la idoneidad de los métodos para responder las preguntas en estudio. Pretendemos aportar a la literatura científica y a la práctica clínica en el campo de la salud mental en la adolescencia.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del diseño del estudio.

Este estudio se basa en un diseño de investigación de carácter transversal y descriptivo, de alcance correlacional y que utiliza métodos mixtos. Para esto, se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas para investigar la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el tipo y severidad de la psicopatología en adolescentes. El componente cuantitativo del estudio incluye la recopilación de datos de dos muestras diferentes. Una muestra clínica de 35 pacientes adolescentes que solicitaron iniciar un proceso de psicoterapia en un centro universitario, y otra muestra de 409 adolescentes que forman parte de las nóminas institucionales de dos liceos con diferentes contextos geográficos.

El componente cualitativo del estudio se centra en un caso clínico específico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica. Este caso se analizará tanto cualitativa como cuantitativamente utilizando las herramientas de evaluación mencionadas.

2.2. Justificación de la elección del diseño del estudio

El diseño del estudio se seleccionó para responder de manera adecuada a las preguntas de investigación planteadas. Este diseño permite examinar tanto el panorama general como los detalles específicos de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en los adolescentes.

Por un lado, el análisis cuantitativo permitirá responder a preguntas sobre cómo se distribuyen el tipo y la severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra estudiada, y si existen relaciones entre estos factores. También, identificar agrupaciones sindrómicas de psicopatología y determinar si existen diferencias en estas relaciones entre la muestra clínica y la muestra general de adolescentes.

Por otro lado, el estudio de caso proporcionará una visión más profunda de cómo se manifiesta esta relación en un caso clínico de un adolescente uruguayo, que se encuentra realizando un proceso de psicoterapia psicodinámica. Este enfoque permitirá una comprensión más detallada de la interacción entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología.

Finalmente, el diseño transversal fue seleccionado por razones de eficiencia en términos de tiempo y recursos, permitiendo recoger datos de un amplio rango de edades de manera rápida y rentable. Se consideró importante analizar y entender el panorama general a través de una instantánea de la situación actual, reflejando la prevalencia y distribución de la psicopatología y las características de personalidad en la población estudiada, lo que resulta útil para responder a preguntas sobre cómo se distribuyen estos factores y su posible interrelación, siendo una base potencial para futuras investigaciones longitudinales, que permitirán la exploración más profunda de las tendencias identificadas y las correlaciones observadas.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.1. Descripción de la población del estudio

La población de estudio estuvo compuesta por adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, que formaban parte de dos muestras. Por un lado, una muestra clínica (n=35), donde se incluyeron adolescentes que se encontraban en un proceso de psicoterapia en el servicio asistencial del Centro Universitario UNO. Estos pacientes se seleccionaron de manera consecutiva, por orden de llegada.

Por otro lado, una muestra general (n=409) donde se incluyeron adolescentes que asistían a dos liceos ubicados en diferentes contextos geográficos de Uruguay (Montevideo-Atlántida). Los adolescentes formaban parte de las nóminas institucionales de sus respectivos liceos y se seleccionaron de manera intencional para participar en el estudio.

El paciente para el estudio de caso fue seleccionado intencionalmente de una muestra inicial de 8 pacientes pertenecientes al primer semestre del estudio en curso en Uruguay, por ser un buen ejemplo con respecto a las relaciones entre las dimensiones estudiadas y para estudiar la posible contribución de los cuestionarios de autoinforme OPD-CA-2 e YSR a la interpretación de los fenómenos clínicos.

3.2. Procedimiento de selección de la muestra (muestreo).

La selección de la muestra se realizó de forma intencional y no probabilística. Este procedimiento se eligió por la falta de alternativas viables, teniendo que insertarse en una lógica asistencial y docente. Aunque este enfoque limita la generalización de los resultados, se consideró la opción más adecuada dadas las restricciones del estudio. Se seleccionaron sujetos de ambos sexos, entre 12 y 18 años. En el Centro Universitario UNO, la selección fue consecutiva y por orden de llegada, en los liceos, el procedimiento de selección incluyó charlas informativas a los padres y recolección de consentimientos informados. Posteriormente, jornadas de recolección de datos con todos aquellos que asistieron ese día y que contaban con los consentimientos correspondientes. Finalmente, se elaboró un informe y se realizó la devolución al equipo directivo, docente y psicoemocional del liceo.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Tener entre 12 y 18 años de edad.
2. Que los tutores legales hayan proporcionado el consentimiento informado y que los adolescentes hayan asentido a participar.
3. Para los pacientes del Centro Universitario UNO, haber solicitado iniciar un proceso de psicoterapia.
4. Para los participantes de los liceos, formar parte de las nóminas institucionales y haber asistido al liceo en el día de la recogida de datos.

Criterios de exclusión:

1. No cumplir con el rango de edad establecido.
2. No contar con el consentimiento informado de los tutores legales o no haber asentido a participar en el estudio.
3. Para los participantes de los liceos, no formar parte de las nóminas institucionales o no haber asistido al liceo el día de la recogida de datos.

4. RECOPIACIÓN DE DATOS

4.1. Herramientas de recopilación de datos y su justificación

4.1.1. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ)

El OPD-CA2-SQ es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar las dimensiones de la estructura de la personalidad en adolescentes. El mismo ha sido validado en español muy recientemente (Kassin & Hackradt, 2020). Este cuestionario se utilizó para evaluar el funcionamiento de la personalidad en el estudio de caso, *en la muestra clínica y en la muestra general*.

La herramienta se basa en el enfoque psicodinámico de diagnóstico operacionalizado de niños y adolescentes (OPD-IJ-2) y proporciona una evaluación dimensional de la estructura psíquica, identificando el nivel de funcionamiento de la personalidad y el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad. Es utilizado ampliamente (Akin et al., 2023; Bach & Hutsebaut, 2022; Sarrar & Goth, 2022; Schmeck et al., 2022) consta de 81 ítems y se administra en formato de escala de respuesta de 5 puntos. El mismo se estructura en cuatro dimensiones principales: regulación, identidad, interpersonalidad y apego. Cada dimensión se desglosa en subescalas que permiten una evaluación más específica de las áreas relacionadas con el nivel de estructura de la personalidad, con un total de 16 subescalas:

- *La dimensión de regulación* incluye las subescalas de regulación de impulsos, tolerancia afectiva, instancias de regulación/formación de conciencia y regulación de la autoestima.
- *La dimensión de identidad*, incluye subescalas de coherencia, percepción de uno mismo, diferenciación yo -objetos, percepción de objetos y pertenencia.
- *La dimensión de interpersonalidad*, incluye subescalas de fantasías, toma de contacto emocional, reciprocidad, percepción de afectos, empatía, y capacidad para separarse.
- *La dimensión de apego*, incluye subescalas de acceso a representaciones de apego, base segura interna, capacidad para estar solo y uso de las relaciones.

El estudio de validación incluyó una muestra de $N = 1393$ adolescentes, compuesta por estudiantes y pacientes con trastornos de personalidad. Ha demostrado ser altamente confiable, con coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) de .96 para la escala total y .85, .87, .87 y .75 para las escalas primarias. Para evaluar la validez clínica, se compararon las puntuaciones del OPD-CA2-SQ entre los adolescentes de la población general y una submuestra de pacientes con trastornos de personalidad. Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones totales y en las escalas de regulación, identidad, interpersonalidad y apego, con tamaños de efecto grandes ($d > 1.4$). Estos resultados respaldan la capacidad del OPD-CA2-SQ para detectar diferencias entre adolescentes sanos y aquellos en riesgo de trastornos de personalidad.

4.1.2. *Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR)*

El YSR es un cuestionario de autoreporte para jóvenes, que forma parte del Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach & Verhulst, 2010). Este cuestionario se utilizó para evaluar el funcionamiento de la personalidad *en el estudio de caso y en la muestra clínica*, proporcionando información valiosa sobre el tipo y la severidad de la psicopatología en la muestra de estudio y permitiendo identificar agrupaciones sindrómicas de psicopatología. Es uno de los inventarios más utilizados globalmente para la evaluación de psicopatología en la edad adolescente (Barcelata-Eguiarte, 2019; Ebesutani et al., 2011; Giráldez et al., 2002). Este cuestionario se utilizó para evaluar el funcionamiento de la personalidad en el estudio de caso, *en la muestra clínica*. Como referimos, sus dimensiones no se derivan de la observación clínica sino de la aplicación de técnicas estadísticas a largas listas de problemas que se evalúan a través de análisis factoriales. Estas están formadas por conductas observables, que se agrupan en dos grandes espectros, llamados *externalizantes e internalizantes* (Achenbach, 1966, p. 196; Brislin et al., 2022). En este sistema, hablar de síndrome no implica un diagnóstico clínico, sino de correlación factorial. Estos síndromes agrupan un conjunto de síntomas presentes en la mayoría de las muestras medidas en múltiples sociedades diferentes (Ivanova et al., 2007). Existen ocho síndromes fuertes del punto de vista estadístico: 1) *la ansiedad/depresión*, 2) *la evitación/depresión*, 3) *las quejas somáticas*, 4) *los problemas sociales*, 5) *los problemas de pensamiento*, 6) *los problemas de atención*, 7) *la conducta delictiva* y 8) *la conducta agresiva*. Suma además ítems para evaluar competencias y aspectos más positivos del funcionamiento (Achenbach et al., 2008).

En cuanto a sus fortalezas psicométricas, los valores alfa encontrados para la YSR oscilaron entre 0,71 y 0,95. Las únicas alfas inferiores a 0,75 fueron en la escala de retraimiento/depresión y los problemas sociales del YSR. La fiabilidad test-retest fue muy alta en la mayoría de los casos, con valores de r en la mayoría de los casos entre 0,80 y 0,90. Específicamente para la escala total de problemas los valores encontrados fueron de 0,87 y la de competencias de 0,89. La confiabilidad y validez del inventario ha sido replicada en múltiples trabajos posteriores (Song et al., 1994; Liu et al., 1997; Abad et al., 2000; Barcelata-Eguiarte, 2019). De manera relevante para nuestro trabajo, hay evidencia de que todos los ítems discriminan de forma estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre sujetos que atienden a consulta y los que no atienden. (Achenbach, 2001).

4.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ)

El SDQ (Goodman, 1997) es una herramienta de evaluación breve de comportamiento que se aplica en niños y adolescentes. Esta herramienta de recopilación de datos se utiliza tanto en la investigación como en la práctica clínica y cuenta con varias versiones que incluyen entre uno y tres componentes diferentes. El primer componente consiste en 25 ítems que se agrupan en 5 categorías: problemas emocionales, problemas de vínculos con pares, problemas de conducta, hiperactividad, y prosocialidad. Las primeras dos categorías se refieren a los síntomas internalizantes, mientras que las otras dos categorías a los externalizantes. Cada escala consta de cinco ítems y la suma de las primeras cuatro escalas da una puntuación total de dificultades. Se deben sumar las respuestas a los ítems de cada escala, que se puntúan como 0, 1 o 2. Cada escala puede variar desde 0 hasta 10. Las puntuaciones del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) se han definido y estandarizado en cuatro categorías principales: normal, límite, elevada y muy elevada⁵⁴. *Para la puntuación total de dificultades*, se considera normal un rango de 0 a 14, límite de 15 a 17 y anormal de 18 a 40. *Para la psicopatología internalizante*, se considera normal un rango de 0 a 4, límite de 5 a 8 y anormal de 9 a 20. En cuanto a *la psicopatología externalizante*, el rango normal es de 0 a 5, el límite es de 6 a 10, y el rango anormal es de 11 a 20. *Para los síntomas emocionales*, el rango normal es de 0 a 4, el límite es 5 y el rango anormal es de 6 a 10. *Para los problemas de conducta* se consideran normales de 0 a 3, límite en 4 y anormal de 5 a 10. *La hiperactividad* se clasifica como normal de 0 a 5, límite en 6 y anormal de 7 a 10. *Los problemas con los compañeros* se consideran normales de 0 a 2, límite de 3 a 4 y anormal de 5 a 10. Finalmente, *la conducta prosocial* se considera normal con una puntuación de 7 a 10, límite en 6 y anormal de 0 a 5. En el estudio se usó la versión autoadministrada para adolescentes que utiliza los mismos 25 atributos, aunque con una redacción ligeramente diferente. Esta versión, de acceso gratuito, en su adaptación al Río de la Plata, es la que utilizaremos en el proyecto, para medir *a la muestra general* de adolescentes en los liceos⁵⁵.

⁵⁴ Se espera que la categoría normal comprenda alrededor del 80% de la población, la categoría límite cubra alrededor del 10% de los niños y las categorías elevada y muy elevada, que engloban las puntuaciones más altas el 10% restante. La interpretación de las puntuaciones del SDQ no es sólo un ejercicio numérico, sino que también requiere una consideración cuidadosa del contexto y del propósito de la evaluación.

⁵⁵ La escala tiene algunos módulos adicionales que pueden utilizarse de forma opcional, el suplemento de impacto, y las preguntas de seguimiento.

4.1.4. Cuestionario General de Salud (GHQ-12).

El instrumento “General Health Questionnaire” (GHQ-12), desarrollado por Goldberg y Williams (1978), es una de las herramientas más utilizadas para valorar la prevalencia de los problemas de SM poblacional. Brinda una medida del grado de Malestar emocional de la población en estudio. Fue desarrollado inicialmente como un instrumento para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Goldberg, 1982).

Los participantes califican el grado en el que están de acuerdo con las afirmaciones en una escala de 4 puntos, que se codifican de forma dicotómica (0 o 1=0, 2 ó 3=1) o va con tilde?. Por lo tanto, el puntaje total va de 0 a 12. Los puntajes elevados indican mayor malestar emocional y probabilidad de problemas de SM. Los puntos de corte que definen un caso probable, fueron sometidos a prueba empírica en un gran estudio multicéntrico, conducido en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (Goldberg et al., 1997).

La herramienta tiene una excelente fiabilidad, validez discriminante y se adapta bien como medida de los trastornos afectivos en encuestas públicas de SM (Anjara et al., 2020; Baksheev et al., 2011; Lundin et al., 2017). Si bien su estructura factorial es motivo de debate (Gnams & Staufenbiel, 2018; Padrón et al., 2012), en Uruguay fue realizado el estudio psicométrico de la escala y un análisis factorial confirmatorio (Luzardo et al., 2020), que se ajustó al modelo de dos dimensiones, una de ellas intra-subjetiva, referida a la ansiedad/depresión y otra inter-subjetiva, referida a la disfunción social.

Diversos estudios en diferentes países (Chile, Brasil y España) han adaptado y estandarizado la herramienta. El punto de corte es tema de debate y varía según contextos. Mientras que en los estudios de Brasil y España se considera una división entre no caso (valores <4) y caso (valores ≥ 5), en Chile, se consideran valores de 0 a 4 como ausencia de psicopatología, de 5 a 6 como subumbral y de 7 a 12 como presencia de psicopatología (Fullerton et al., 2003). La normalización chilena se elige para tener más categorías, evitando exagerar la prevalencia de trastornos con puntos de corte más altos.

Este cuestionario se utilizó para evaluar el malestar emocional de *la muestra general*, considerado como una medida transdiagnóstica y complementaria, cuyos hallazgos pueden apoyar la validez externa de las medidas de psicopatología descriptiva y personalidad utilizadas.

4.1.5. *Entrevista Estructurada del Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado de Niños y Adolescentes (OPD-IJ-2).*

La entrevista estructurada del manual OPD-IJ-2 es una técnica de evaluación y diagnóstico que se basa en el método semi-estructurado del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). El OPD-2 es un instrumento destinado a la población adulta que permite describir y diferenciar a los pacientes según cinco ejes: 1) Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, 2) Relación, 3) Conflicto, 4) Estructura y 5) Trastornos psíquicos y psicosomáticos (Cierpka et al., 2010; OPD Task Force, 2008).

El manual OPD-IJ-2, adaptado para la población infanto-juvenil, respeta la estructura de los cinco ejes del OPD-2 y tiene una similitud conceptual con este instrumento. El OPD-IJ-2 también permite evaluar la experiencia de enfermedad, la relación, el conflicto, la estructura y los trastornos psíquicos y psicosomáticos de los niños y adolescentes, teniendo en cuenta las particularidades de su desarrollo evolutivo y su contexto familiar y social (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2022).

La entrevista estructurada del OPD-IJ-2 fue la herramienta utilizada para realizar el diagnóstico psicodinámico en el estudio de caso presentado. La misma puede realizarse en 2 o 3 sesiones de 50 minutos cada una, en las que se exploran los aspectos relevantes de cada eje mediante preguntas abiertas y cerradas. Consta de una fase inicial o de apertura donde se realiza la toma de contacto, una fase de profundización donde se exploran los ejes, una fase de despedida y una fase de reflexión y evaluación. El entrevistador debe seguir la guía de entrevista del manual presente en el manual, que contiene los criterios e indicadores específicos a seguir (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2022). Posteriormente, debe registrar las observaciones e impresiones subjetivas para formular el diagnóstico psicodinámico.

La entrevista estructurada del OPD-2 tiene varias ventajas para la evaluación y el diagnóstico de niños y adolescentes: Permite una comprensión integral y profunda de la personalidad, el funcionamiento psíquico y el sufrimiento del paciente, Facilita la comunicación y la alianza terapéutica entre el paciente, el terapeuta y la familia y orienta la elección del tipo, la modalidad, la duración y los objetivos de la psicoterapia. Además, como veremos en el estudio de caso, favorece el monitoreo y la evaluación de los cambios terapéuticos a lo largo del proceso.

4.2. Procedimiento de administración de las herramientas

Para la recolección se administraron los formularios de autorreporte por medio de la plataforma en línea *SurveyMonkey* (Momentive, 2023). La plataforma permite la recolección de datos eficiente y garantiza la protección de la privacidad de los participantes, cumpliendo con los estándares de protección de datos personales definidos por la legislación vigente. En el servicio asistencial del Centro Universitario UNO, el procedimiento de recogida de datos implicó el envío de enlaces a los formularios de autorreporte a los pacientes. Se presentarán datos cuantitativos considerando la totalidad de pacientes estudiados, se presentan datos cuantitativos. Sin embargo, para ofrecer una visión más completa y detallada, se seleccionó un caso específico para un análisis más profundo. En este caso seleccionado, se realizó un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, lo que permitió explorar de manera más intensiva la interrelación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en la adolescencia.

En los liceos, se llevaron a cabo jornadas de recolección de datos, supervisadas por los equipos directivos y de adscripción de los centros educativos. Durante el horario de clase, los adolescentes que contaban con el consentimiento informado firmado, fueron conducidos a un salón especial. Allí, tuvieron la oportunidad de completar los formularios en computadoras proporcionadas por el liceo. Esta dinámica se repitió durante la jornada con todos los adolescentes presentes ese día. En ambos casos, en la plataforma los participantes accedieron a instrucciones por escrito donde se les indicó que debían responder a todas las preguntas (las cuales fueron configuradas como obligatorias por defecto), y se les instó a responder con sinceridad, enfatizando que no había respuestas correctas o incorrectas. Además, se les informó que si encontraban alguna pregunta confusa o incómoda, podían dirigirse a su referente específico en caso de necesitarlo.

4.3. Manejo de los datos

El manejo de los datos, identificados como de naturaleza sensible, se llevó a cabo en estricta conformidad con las normativas tanto nacionales como internacionales. En Uruguay, el manejo de datos y su privacidad está regulado por la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 18.331).

Debido a que los datos recolectados a través de la plataforma de encuestas en línea se almacenarían en un centro de datos europeo⁵⁶, y conscientes de que la legislación prohíbe taxativamente "la transferencia de datos personales hacia países u organismos internacionales que no ofrezcan niveles de protección adecuados acorde con los estándares internacionales o regionales", se garantizó el cumplimiento de estas disposiciones. Para ello, nos apoyamos en la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales (URCDP)⁵⁷, instituida por la ley como autoridad en la materia. Este organismo, en su resolución N° 23/021, ha proporcionado una lista de países con niveles adecuados de protección. Según esta resolución, se consideran adecuados, y por ende apropiados para las transferencias internacionales de datos, todos aquellos países que, a juicio de la URCDP, cuenten con normas de protección adecuadas y medios para asegurar su aplicación efectiva. Esta resolución incluye una *lista de países con niveles adecuados de protección*, en la que se encuentran los miembros de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, entre otros (URCDP, 2021). Por lo tanto, el proceso de manejo de datos elegido se alinea completamente con las estipulaciones de las normativas locales e internacionales vigentes.

5. ASPECTOS ÉTICOS

La implementación de intervenciones experimentales en el ámbito de la salud, debe regirse por los principios éticos de la investigación médica en seres humanos. Estos principios tienen dos marcos de referencia fundamentales a nivel internacional: a) la Declaración de Helsinki, firmada por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud por primera vez en 1968 y cuyo última enmienda es del año 2013 (World Medical Association, 2013), b) Las normas éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, realizada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS⁵⁸, por sus siglas en inglés).

⁵⁶ El servicio cumple además con la Regulación General de Protección de Datos de la Unión Europea (GDPR) (Regulation, 2016) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de Estados Unidos (HIPAA).

⁵⁷ Su cometido sustantivo es realizar "todas las acciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones de la Ley". Esta depende de la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC), que a su vez depende de la Presidencia de la República.

⁵⁸ Organización sin fines de lucro establecida conjuntamente por la OMS y la UNESCO en 1949, cuya misión es promover la salud pública a través de la orientación sobre la investigación en salud, incluida la ética, el desarrollo de productos médicos y la seguridad.

La edad adolescente supone algunas premisas especiales al momento de considerar cualquier intervención. Para la consideración de las mismas nos referimos principalmente al documento que detalla las normas y procedimientos éticos en la evaluación, recopilación y análisis de datos en menores de UNICEF ⁵⁹. Según estas normas internacionales, deberán ser reflejados en los procedimientos, los principios de: respeto, beneficencia y la *no maleficencia, justicia, integridad y rendición de cuentas*. La investigación se alineó además, con el código de ética médica nacional (Ley 19.286, 2014), en particular en sus artículos referidos a la investigación científica con seres humanos, artículos 63 al 70 y se puso a consideración de la revisión ética externa, para seguir las disposiciones y regulaciones nacionales.

5.1. Comité de ética de la investigación

La investigación se presentó al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica, según las directrices y normas éticas proporcionadas por el mismo, siendo revisada y aprobada el día 14 de septiembre de 2021.

5.2. Consentimiento informado

Tanto en la muestra clínica como en la general, se obtuvieron los consentimientos informados de cada padre, madre o tutor, así como el asentimiento del adolescente antes de su inclusión en el estudio. Sólo los adolescentes que contaban con dicho consentimiento firmado y que además daban su propio asentimiento se consideraron para el estudio. A cada participante se le proporcionó una descripción detallada del propósito de la investigación, los procedimientos implicados, los posibles beneficios y riesgos, y la naturaleza voluntaria de su participación, asegurándonos de que todos comprendieran esta información y tuvieran la oportunidad de hacer preguntas. Además, se les informó que tenían el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin sufrir ninguna repercusión, garantizando que todas las acciones estuvieran en línea con los principios éticos establecidos. De esta manera, la recopilación de datos se llevó a cabo con el máximo respeto por la privacidad y los derechos de los participantes. Se adjuntan los consentimientos utilizados en el apartado de anexos.

⁵⁹ Llamado “Procedimiento de UNICEF sobre Normas Éticas en Investigación, Evaluación, Recopilación de Datos y Análisis”.

5.3. Protección de la privacidad y confidencialidad

El respeto por la privacidad y confidencialidad de los participantes estuvo garantizado en todo momento. A cada participante le fue asignado un número de identificación único, reemplazando su nombre y cualquier otro dato que pudiera identificarlo. Solo los miembros del equipo de investigación tenían acceso a esta información, y estaban obligados a mantener la confidencialidad de los datos personales.

Todos los datos recolectados durante el estudio se almacenaron de manera segura en el servidor antedicho que cumple con las disposiciones nacionales de protección de datos y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea, uno de los estándares más altos en cuanto a protección de datos personales.

Este sistema de almacenamiento asegura que la información solo sea accesible para los investigadores implicados en el estudio, y siempre bajo estrictas medidas de seguridad. Para las grabaciones en audio de las entrevistas, se tomaron medidas adicionales para garantizar su seguridad y confidencialidad. Estas grabaciones no se almacenaron en la nube sino que fueron almacenadas bajo contraseña en los discos duros de la computadora disponible para la investigación. Esta era solo accesible por el equipo de investigación y los participantes tenían la opción de solicitar en cualquier momento que estas grabaciones se destruyeran.

Además, se tomaron todas las medidas para garantizar que los resultados del estudio no pudieran ser utilizados para identificar a ningún participante, tanto durante el proceso de análisis de datos como durante la divulgación de los mismos. Estas medidas se implementaron rigurosamente durante todo el proceso de investigación y redacción para garantizar el respeto de los derechos y la dignidad de los sujetos. Para esto, se ocultó toda información que pudiera relacionarse con la identidad de los individuos. En particular, en el estudio de caso utilizado se le asignó un seudónimo al mismo, y todos los detalles identificables, incluyendo el lugar, la ocupación, la edad exacta y cualquier otra información específica se modificaron para evitar la identificación directa o indirecta. Además, cualquier característica única o distintiva que pudiera conducir a la identificación del mismo fue cuidadosamente alterada o eliminada, sin afectar la integridad de los datos o los hallazgos del estudio. Las narrativas y descripciones de las experiencias y situaciones de vida del paciente se presentaron de tal manera que se conservó el significado y contexto esencial, pero se excluyó cualquier detalle que pudiera ser identificable.

6. ANÁLISIS DE DATOS

6.1. Software utilizados para el procesamiento de datos.

Para el análisis de los datos se utilizaron principalmente el *Software Jamovi*, en su versión de escritorio. Jamovi es una interfaz gráfica de usuario para el lenguaje de programación “R”, que permite usar este lenguaje y realizar análisis de datos complejos de manera sencilla (The jamovi project, 2023).

6.2. Justificación de la elección de técnicas de análisis de datos.

La selección de técnicas estadísticas en este estudio fue guiada por la pertinencia metodológica y la robustez necesaria para abordar los objetivos, preguntas de investigación y las hipótesis planteadas. Se llevaron a cabo evaluaciones psicométricas básicas en todas las escalas, midiendo su consistencia interna y fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach y Omega de McDonald, lo cual fue crucial para confirmar que las herramientas de medición eran adecuadas para los constructos psicológicos de interés.

En todas las muestras y cuestionarios, se calcularon estadísticos descriptivos que incluyeron: medias, intervalos de confianza al 95%, desviaciones estándar, varianzas, asimetrías y curtosis, además de pruebas de normalidad de los datos. Estos proporcionaron una comprensión fundamental de las características de la muestra y sentaron las bases para análisis más avanzados.

Para examinar la distribución del tipo y la severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad, se clasificó la muestra utilizando variables demográficas y los antecedentes de consulta psicológica. Se utilizaron representaciones gráficas para una visualización clara de estas distribuciones. Además, se llevó a cabo un análisis de la distribución porcentual de los sujetos según las categorías de severidad definidas previamente para todas las escalas.

La significancia estadística de las diferencias de medias observadas en las respuestas a los cuestionarios, categorizadas por sexo, edad y experiencia previa con psicología, se testó utilizando la prueba t de Student para aquellos conjuntos de datos que demostraron normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk. Cuando los datos desviaban de la normalidad, se optó por la prueba U de Mann-Whitney, adecuada para analizar muestras de tamaño más reducido y datos que no se distribuyen normalmente, respetando la independencia y naturaleza transversal de las comparaciones.

Los análisis correlacionales y de componentes principales, así como los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, se implementaron para profundizar en la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología. Estos análisis, que se detallan en secciones posteriores, son fundamentales para identificar patrones y validar los constructos teóricos implicados.

Para el análisis detallado del caso clínico, se recurrió a herramientas de autoinforme y a la estructuración basada en la entrevista OPD-CA-2. Esto permitió un análisis mixto que integró cambios cuantitativos en el autoinforme durante el proceso de psicoterapia, con las inferencias clínicas, ofreciendo una perspectiva enriquecida de la relación entre las variables en estudio.

Es importante subrayar que el diseño correlacional de este estudio implica que las asociaciones encontradas no implican causalidad, sino que revelan patrones que podrían explorarse en investigaciones futuras para comprender mejor los mecanismos causales subyacentes. En el anexo 1 se incluye una tabla resumen de los objetivos, preguntas e hipótesis, junto con las técnicas estadísticas específicas aplicadas

6.3. Procedimiento de análisis de datos.

Antes de proceder con el análisis de datos, se realizó una limpieza exhaustiva de los mismos. Esto implicó la eliminación de valores atípicos y omisos para asegurar la precisión y fiabilidad del análisis posterior. Posteriormente, se investigaron las propiedades psicométricas de cada una de las escalas utilizadas por separado, con un enfoque específico en su fiabilidad.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y MANEJO DE POSIBLES SESGOS

El estudio presente reconoce algunas limitaciones y posibles sesgos. En primera instancia, aunque *el tamaño y la naturaleza de la muestra* fueron apropiados para los objetivos de esta investigación, podrían restringir la generalización de los resultados. Se aclara que la muestra fue seleccionada intencionalmente, y por tanto, no representa a la población en general. Este aspecto puede introducir un *sesgo de selección*, ya que los participantes no se seleccionaron de manera aleatoria.

A pesar de que la investigación empleó instrumentos de medición precisos y fiables, aún existe la posibilidad de un *sesgo de medición*. No obstante, es relevante destacar que se implementaron medidas para controlar variables específicas, como la edad, el sexo, el género, y si los participantes habían participado previamente en psicoterapia. Se procuró mitigar el *sesgo de respuesta*, asegurando a los participantes que sus respuestas serían tratadas con confidencialidad y seguridad. Sin embargo, no se puede eliminar completamente la posibilidad de que los participantes hayan proporcionado respuestas socialmente aceptables en lugar de reflejar sus verdaderas opiniones o experiencias.

Además, surgen otras limitaciones por el *carácter transversal y el alcance correlacional* del estudio. A pesar de que los diseños transversales permiten la recolección de datos de diferentes grupos etarios al mismo tiempo, es preciso ser cauteloso con la interpretación de dichos datos. No se puede asumir que las diferencias entre los grupos de edad son resultado del desarrollo o realizar inferencias longitudinales⁶⁰. Por otro lado, el alcance correlacional limita las conclusiones sobre la causalidad. El mismo permite identificar relaciones y patrones, pero no posibilita inferir relaciones causales definitivas. Para contrarrestar algunas de estas limitaciones, se realizó un análisis cualitativo en forma de estudios de caso. Este método complementario ofreció una visión más enriquecida y contextualizada de las experiencias individuales, lo que ayudó a profundizar la interpretación y comprensión de los resultados cuantitativos. A pesar de las limitaciones antedichas, creemos se han tomado todas las medidas posibles para asegurar la validez y fiabilidad de los resultados y se espera que estos hallazgos sirvan como un punto de partida para futuras investigaciones en este campo.

8. Garantía de reproducibilidad y conflictos de interés.

Para garantizar la reproducibilidad de nuestro estudio, hemos implementado una serie de medidas: en primer lugar, proporcionamos una descripción detallada del diseño del estudio, el proceso de recopilación de datos y la metodología utilizada. No existen conflictos de intereses que declarar. Ni los investigadores ni las instituciones involucradas se beneficiaron de manera personal o financiera de los resultados de la investigación.

⁶⁰ Esto se debe a la falacia de la "cohorte cruzada", que asume que las diferencias entre cohortes (grupos de edad) son equivalentes a los cambios a lo largo del tiempo dentro de los individuos. (Pitkin & Myers, 1994).

XI. RESULTADOS OBTENIDOS

Presentamos los resultados de la investigación en tres partes principales. Primero, los hallazgos obtenidos de nuestra muestra general. En segundo lugar, los resultados específicos de la muestra clínica. Finalmente, los hallazgos particulares del estudio de caso que realizamos. Esta estructura nos permitirá comprender mejor la diversidad y la profundidad de nuestras observaciones y su interacción entre diferentes contextos.

1. Resultados del estudio en la muestra de población general.

1.1. Resultados Descriptivos

1.1.1. Aspectos demográficos generales.

La muestra consistió en 409 adolescentes de dos liceos en Montevideo, con una edad media de 14.3 años. De estos, 229 sujetos (56%) eran menores de 15 años y 180 (44%) eran mayores de 15 años (Tabla 1). Al discriminar por sexo, 234 sujetos eran hombres (57%) y 175 eran mujeres (43%). La correspondencia sexo-genero fue del 96,5% (395 sujetos), mientras que el 3,5% (9 mujeres y 5 hombres), contestó “Prefiero no responder” u “Otro” en la variable “Género”. Al analizar según la experiencia previa con la terapia psicológica, 161 sujetos (39%), tenían experiencia previa, mientras que 248 (61%) no la tenían. Entre los que tenían experiencia previa con psicólogo, la mayoría había tenido un enfoque individual. Las edades en los diferentes grupos, según el sexo y la experiencia previa con psicólogo, se distribuyeron de manera similar (Figura 1).

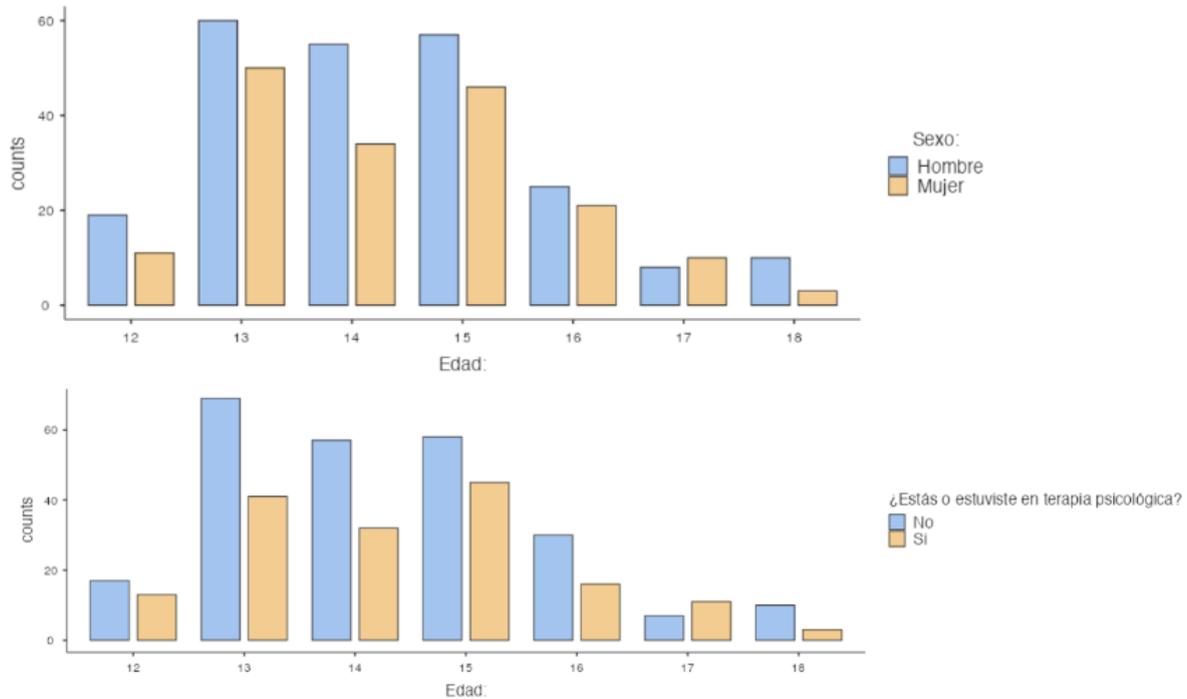
Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de Edad

	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles				
								25th	50th	75th	5th	95th
Edad:	409	0	14.3	14	1.44	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0

Figura 1

Distribución de Edades según Sexo y Experiencia Previa con Psicólogo.



1.1.2. Cuestionario General de Salud (GHQ-12).

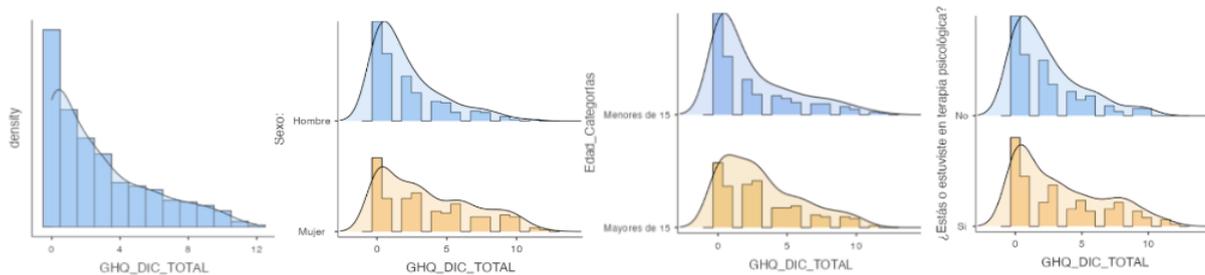
1.1.2.1. Estadísticos descriptivos generales

En esta escala se obtuvieron datos válidos en 391 individuos (95,6%), mientras que se registraron 18 casos perdidos (4,6%). Se registró una media global de 2.79 , con una ligera asimetría positiva leptocúrtica (Tabla 4). La fiabilidad de la escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.854 y un omega de McDonald de 0.855. Ninguno de los ítems, de eliminarse mejoraba la fiabilidad general. Los hombres presentaron una media de 2.14 y las mujeres una media más alta, de 3.64. Los menores de 15 años obtuvieron una media de 2.50 y los mayores de 15 años, una media más alta de 3.17. Aquellos que no tenían experiencia previa con el psicólogo registraron una media de 2.38, mientras que los que sí la tenían, reportaron una media más alta de 3.41. Las distribuciones según sexo, edad y experiencia previa con psicólogo pueden verse en la figura 2.

Tabla 2*Estadísticos Descriptivos del Cuestionario General de Salud*

	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%		DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles			
			Media	Inferior			Superior	Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
GHQ_DIC_TOTAL	391	18	2.79	2.50	3.08	2.93	8.56	1.03	0.123	0.119	0.246	0.855	<.001	0.00	2.00	4.50

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud.

Figura 2*Distribución del score total del cuestionario general de salud, según Sexo, Edad y Experiencia Previa con Psicólogo.*

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud.

1.1.2.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos

Según los puntos de corte establecidos para definir categorías de severidad ⁶¹, el 74.9% de los sujetos mostró ausencia de psicopatología, el 11.3% presentó una condición subumbral y el 13.8% se ubicó por encima del punto de corte superior.

1.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ)

1.1.3.1. Estadísticos descriptivos generales.

Se obtuvieron datos válidos de 360 individuos (88,01%), con 49 casos perdidos (11.99%). (Tabla 3). La fiabilidad de la escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.854 y un omega de McDonald de 0.855. Aunque la eliminación de ítems podría elevar el Alfa de Cronbach a 0.769, se decidió mantenerlos para no comprometer las puntuaciones secundarias y la validez del instrumento.

⁶¹ (0 a 4 = ausencia de psicopatología, 5 a 6 = psicopatología subumbral, 7 a 12 = presencia de psicopatología)

Tabla 3

Estadísticos Descriptivos del Cuestionario de Fortalezas y Debilidades y sus Subescalas.

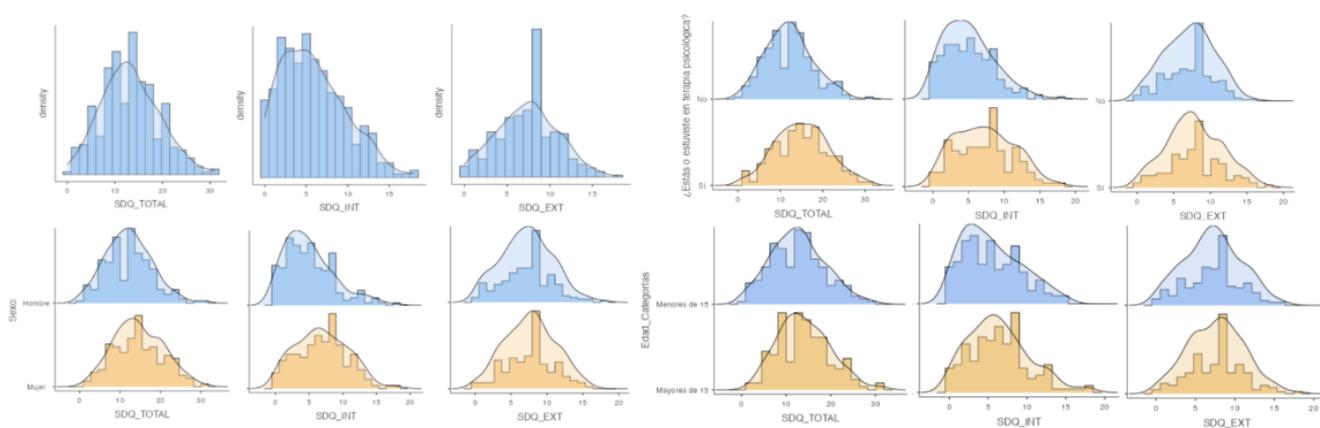
	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
SDQ_TOTAL	360	49	13.24	12.62	13.86	13.00	6.00	36.01	0.3129	0.129	-0.129	0.256	0.989	0.007	9.00	13.00	17.00
SDQ_INT	360	49	5.83	5.43	6.23	5.00	3.90	15.21	0.5957	0.129	-0.194	0.256	0.957	< .001	3.00	5.00	8.00
SDQ_EXT	360	49	7.41	7.04	7.78	7.00	3.56	12.69	0.0963	0.129	-0.388	0.256	0.987	0.002	5.00	7.00	10.00
SDQ_PARES	360	49	2.06	1.85	2.26	2.00	1.94	3.77	1.1248	0.129	1.402	0.256	0.877	< .001	0.00	2.00	3.00
SDQ_EMO	360	49	3.77	3.49	4.06	4.00	2.73	7.43	0.4008	0.129	-0.767	0.256	0.944	< .001	2.00	4.00	6.00
SDQ_HIPERACT	360	49	4.84	4.60	5.09	5.00	2.40	5.78	-0.0794	0.129	-0.486	0.256	0.974	< .001	3.00	5.00	7.00
SDQ_CONDUCT	360	49	2.56	2.37	2.76	2.00	1.87	3.50	0.6925	0.129	0.338	0.256	0.934	< .001	1.00	2.00	4.00

Nota. SDQ_TOTAL = Score global del Psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología Externalizante, SDQ_PARES = Problemas de Relacionamiento con Pares, SDQ_EMO = Problemas Emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta

Las mujeres presentaron una media más alta en todas las escalas y subescalas del cuestionario, a excepción de la subescala de problemas de conducta . Aquellos mayores de 15 años registraron medias más altas en todas las escalas y subescalas del cuestionario, mientras que los que reportaron tener experiencia previa con psicólogo, registraron medias más altas en todas las escalas y subescalas del mismo. Las distribuciones según sexo, edad y experiencia previa con psicólogo pueden verse en la figura 3.

Figura 3

Distribución de las Escalas y Subescalas del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades según Sexo, Edad y Experiencia Previa con Psicólogo.



Nota. SDQ_TOTAL = Score global del Psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología Externalizante, SDQ_PARES = Problemas de Relacionamiento con Pares, SDQ_EMO = Problemas Emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta

1.1.3.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Según los puntos de corte establecidos para definir categorías de severidad, considerado de forma global, el 23,9% de la muestra se presentó en rango clínico. Este porcentaje osciló entre 14,4% y 26,7% según las escalas (Tabla 4).

Tabla 4

Distribución según Categorías de Severidad del Score Global de Psicopatología y sus Subescalas.

SDQ_TOTAL_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	223	61.9 %	61.9 %
Límite	51	14.2 %	76.1 %
Elevado	29	8.1 %	84.2 %
Muy elevado	57	15.8 %	100.0 %

SDQ_INT_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	SDQ_EXT_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	149	41.4 %	41.4 %	Normal	110	30.6 %	30.6 %
Límite	123	34.2 %	75.6 %	Límite	175	48.6 %	79.2 %
Elevado	41	11.4 %	86.9 %	Elevado	49	13.6 %	92.8 %
Muy elevado	47	13.1 %	100.0 %	Muy elevado	26	7.2 %	100.0 %

SDQ_EMO - SDQ_EMO_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	SDQ_PARES_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	226	62.8 %	62.8 %	Normal	237	65.8 %	65.8 %
Límite	38	10.6 %	73.3 %	Límite	55	15.3 %	81.1 %
Elevado	28	7.8 %	81.1 %	Elevado	20	5.6 %	86.7 %
Muy elevado	68	18.9 %	100.0 %	Muy elevado	48	13.3 %	100.0 %

SDQ_CONDUCT_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	SDQ_HIPERACT_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	257	71.4 %	71.4 %	Normal	217	60.3 %	60.3 %
Límite	51	14.2 %	85.6 %	Límite	51	14.2 %	74.4 %
Elevado	27	7.5 %	93.1 %	Elevado	41	11.4 %	85.8 %
Muy elevado	25	6.9 %	100.0 %	Muy elevado	51	14.2 %	100.0 %

Nota. SDQ_TOTAL_CATEGORÍAS = Score global del Psicopatología según categorías de severidad, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante según categorías de severidad, SDQ_EXT = Psicopatología externalizante según categorías de severidad, SDQ_PARES = Problemas de Relacionamiento con Pares según categorías de severidad, SDQ_EMO = Problemas Emocionales según categorías de severidad, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad según categorías de severidad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta según categorías de severidad.

1.1.4. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ)

1.1.4.1. Estadísticos descriptivos generales

Se obtuvieron datos válidos de 371 individuos (90.71%), con 38 casos perdidos (9.29%). En el análisis de las escalas de integración estructural total, control emocional, identidad, interpersonalidad y apego, se observaron medias entre 48.8 y 51.0 (Tabla 5). La escala mostró un Alfa de Cronbach y un Omega de McDonald de 0.97.

Tabla 5

Estadísticos Descriptivos las Escalas y Subescalas del Cuestionario de Autorreporte de Estructura.

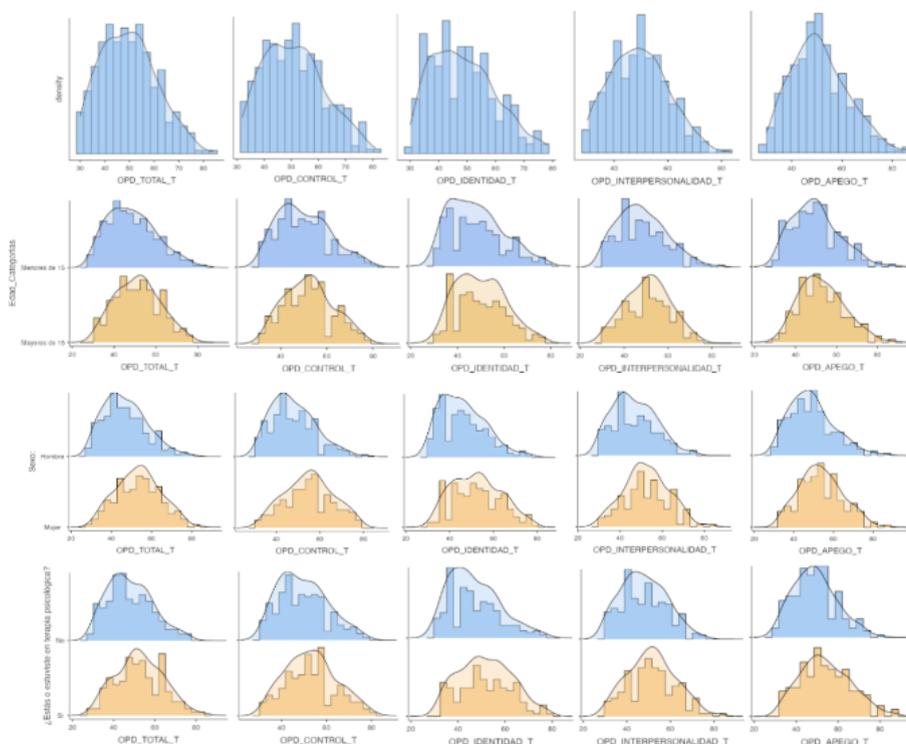
	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	371	38	49.8	48.6	50.9	49.0	11.2	126	0.355	0.127	-0.433	0.253	0.980	< .001	41.0	49.0	57.0
OPD_CONTROL_T	371	38	51.0	49.8	52.1	50.0	11.1	122	0.362	0.127	-0.554	0.253	0.976	< .001	42.0	50.0	59.0
OPD_IDENTIDAD_T	371	38	48.8	47.6	49.9	47.0	11.0	122	0.467	0.127	-0.501	0.253	0.967	< .001	40.0	47.0	57.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	371	38	49.2	48.1	50.3	49.0	10.7	115	0.278	0.127	-0.405	0.253	0.985	< .001	41.0	49.0	57.0
OPD_APEGO_T	371	38	51.0	49.9	52.2	50.0	11.2	126	0.477	0.127	-0.117	0.253	0.979	< .001	43.0	50.0	58.5

Nota. OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

Las mujeres registraron medias más altas en todas las escalas y subescalas del cuestionario. Los mayores de 15 presentaron medias más altas en todas las escalas y subescalas del cuestionario. Aquellos con experiencia previa con psicólogo, mostraron medias más altas en todas las escalas y subescalas del cuestionario. Las distribuciones según sexo, edad y experiencia previa con psicólogo pueden verse en la figura 5.

Figura 5

Distribución de las Escalas y Subescalas del Cuestionario de Autorreporte de Estructura, según Sexo, Edad y Experiencia Previa con el Psicólogo.



Nota. OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

1.1.4.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Se estableció un punto de corte ($T > 60$) para diferenciar entre individuos con integración psíquica normal y alterada. La proporción de individuos con integración alterada varió entre el 15.4% y el 19.7%, dependiendo de la dimensión específica. Por lo tanto, en todas las dimensiones evaluadas (integración estructural total, control emocional, identidad, funcionamiento interpersonal y apego), la mayoría de los participantes mostraron una integración normal, oscilando entre el 80.3% y el 84.6% (Tabla 6).

Tabla 6

Distribución según Categorías de Severidad del Cuestionario de Autoreporte de Estructura.

OPD_TOTAL_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	69	18.6 %	18.6 %
Integración normal	302	81.4 %	100.0 %

OPD_CONTROL_T_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	69	18.6 %	18.6 %
Integración normal	302	81.4 %	100.0 %

OPD_IDENTIDAD_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	61	16.4 %	16.4 %
Integración normal	310	83.6 %	100.0 %

OPD_INTERPERSONALIDAD_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	57	15.4 %	15.4 %
Integración normal	314	84.6 %	100.0 %

OPD_APEGO_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	73	19.7 %	19.7 %
Integración normal	298	80.3 %	100.0 %

Nota. OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global según categorías de severidad, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional según categorías de severidad, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad según categorías de severidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal según categorías de severidad, OPD_APEGO_T = Score T de Apego según categorías de severidad.

1.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.

Se aborda la significancia de las diferencias obtenidas en los cuestionarios según las diferentes variables de corte. Según los resultados obtenidos de la prueba de Shapiro-Wilk, se observó que la mayoría de las variables no cumplen con el supuesto de normalidad ($p < 0.05$). Por lo tanto, se utilizó Prueba U de Mann-Whitney y se decidió además estudiar el tamaño del efecto de las mismas.

Se hallaron diferencias significativas en los valores globales de las escalas entre sexos, con un compromiso mayor en mujeres en todos los cuestionarios. La misma tendencia se observó en las subdimensiones del SDQ referentes a psicopatología internalizante, problemas emocionales e hiperactividad. Sin embargo, no hubo diferencias en la psicopatología externalizante y problemas de relación con pares y de conducta. En las subdimensiones del Cuestionario de Autoreporte de Estructura, las mujeres presentaron un mayor compromiso en todas las áreas, con una alta significancia ($p < .001$). El tamaño del efecto fue medio en la mayoría de las áreas (Tabla 7).

Tabla 7

Significancia de las Diferencias según Sexo.

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	13922	< .001	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.2579
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	12437	< .001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.2227
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	11222	< .001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.2987
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	14752	0.101	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.0780
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	9839	< .001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.3851
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	15783	0.411	-3.58e-5	Correlación biseriada de rangos	0.0136
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	13199	0.002	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.1751
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	14636	0.921	3.47e-5	Correlación biseriada de rangos	0.0853
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	11062	< .001	-7.000	Correlación biseriada de rangos	0.3475
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	10451	< .001	-8.000	Correlación biseriada de rangos	0.3835
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	11382	< .001	-7.000	Correlación biseriada de rangos	0.3286
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	12429	< .001	-5.000	Correlación biseriada de rangos	0.2668
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	11680	< .001	-6.000	Correlación biseriada de rangos	0.3110

Nota. H_1 μ Hombre \leq μ Mujer

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud, SDQ_TOTAL = Score global del Psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología Externalizante, SDQ_PARES = Problemas de relacionamiento con Pares, SDQ_EMO = Problemas Emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

Al analizar las diferencias según edad en los valores globales de las escalas, se encontraron diferencias significativas, con valores más altos de compromiso en los mayores de 15 años. Los tamaños del efecto fueron bajos, por lo que las diferencias pueden no ser clínicamente relevantes (Tabla 8).

Tabla 8*Significancia de las Diferencias según Grupos de Edad.*

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	15532	0.002	Correlación biseriada de rangos	0.1709
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	13905	0.021	Correlación biseriada de rangos	0.1248
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	13677	0.012	Correlación biseriada de rangos	0.1392
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	14793	0.131	Correlación biseriada de rangos	0.0689
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	15267	0.259	Correlación biseriada de rangos	0.0391
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	13189	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1699
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	15070	0.200	Correlación biseriada de rangos	0.0515
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	14920	0.158	Correlación biseriada de rangos	0.0609
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	14210	0.005	Correlación biseriada de rangos	0.1556
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	14712	0.019	Correlación biseriada de rangos	0.1257
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	14704	0.019	Correlación biseriada de rangos	0.1262
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	14007	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1676
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	13981	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1691

Nota. H, U Menores de 15 < U Mayores de 15

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud, SDQ_TOTAL = Score global del Psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología Externalizante, SDQ_PARES = Problemas de relacionamiento con Pares, SDQ_EMO = Problemas Emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

Se encontraron diferencias significativas en los valores globales de las escalas según la experiencia previa con un psicólogo, con un compromiso mayor en aquellos con experiencia previa. Esta diferencia también se observó en las subdimensiones del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades: psicopatología internalizante, problemas emocionales y de relación con pares, pero no en la psicopatología externalizante, hiperactividad y problemas de conducta. En todas las subdimensiones del Cuestionario de Autoreporte de Estructura, se hallaron diferencias significativas (Tabla 9).

Tabla 9

Significancia de las Diferencias según Grupos Experiencia Previa con Psicólogo.

Prueba T para Muestras Independientes					
		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	15502	0.005	Correlación biseriada de rangos	0.1524
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	10957	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2807
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	10368	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.3194
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	13823	0.070	Correlación biseriada de rangos	0.0925
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	10233	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.3282
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	11716	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2308
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	14918	0.370	Correlación biseriada de rangos	0.0206
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	12915	0.007	Correlación biseriada de rangos	0.1521
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	12497	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2354
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	13293	0.001	Correlación biseriada de rangos	0.1867
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	12210	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2529
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	13172	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.1941
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	12309	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2469

Nota. $H_0: \mu_{No} < \mu_{Si}$

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud, SDQ_TOTAL = Score global del Psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología Externalizante, SDQ_PARES = Problemas de relacionamiento con Pares, SDQ_EMO = Problemas Emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de Conducta, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

1.3. Estudio Correlacional

Se realizó un análisis correlacional entre las variables psicométricas del Cuestionario General de Salud (GHQ-12), el Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ) y el Autoreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ), con el coeficiente de correlación de Spearman. Todas las correlaciones fueron positivas, significativas y fuertes ($p < 0.001$), indicando relaciones no aleatorias entre las variables que podrían tener relevancia clínica. El GHQ-12 mostró una fuerte correlación con los puntajes totales del SDQ y del OPD-CA2, así como con varias subescalas de ambos. Las subdimensiones del SDQ también mostraron fuertes correlaciones con las subdimensiones del OPD-CA2 (Tabla 22). Los resultados fueron confirmados con el estadístico Tau de Kendall, proporcionando robustez a los hallazgos.

Tabla 10

Matriz de Correlaciones (Spearman) de los Scores Globales de las Escalas y sus Subdimensiones.

		GHQ_DIC_TOTAL	SDQ_TOTAL	SDQ_INT	SDQ_EXT	SDQ_EMO	SDQ_PARES	SDQ_HIPERACT	SDQ_CONDUCT	OPD_TOTAL_T	OPD_CONTROL_T	OPD_IDENTIDAD_T	OPD_INTERPERSONALIDAD_T	OPD_APEGO
GHQ_DIC_TOTAL	Rho de Spearman	—												
	gl	354												
	valor p	< .001												
SDQ_TOTAL	Rho de Spearman	0.569***	—											
	gl	354												
	valor p	< .001												
SDQ_INT	Rho de Spearman	0.584***	0.811***	—										
	gl	354	358											
	valor p	< .001	< .001											
SDQ_EXT	Rho de Spearman	0.300***	0.740***	0.270***	—									
	gl	354	358	358										
	valor p	< .001	< .001	< .001										
SDQ_EMO	Rho de Spearman	0.592***	0.740***	0.896***	0.296***	—								
	gl	354	358	358	358									
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001									
SDQ_PARES	Rho de Spearman	0.340***	0.532***	0.728***	0.093*	0.369***	—							
	gl	354	358	358	358	358								
	valor p	< .001	< .001	< .001	0.039	< .001								
SDQ_HIPERACT	Rho de Spearman	0.294***	0.659***	0.232***	0.861***	0.279***	0.044	—						
	gl	354	358	358	358	358	358							
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.203							
SDQ_CONDUCT	Rho de Spearman	0.193***	0.399***	0.214***	0.798***	0.199***	0.123**	0.393***	—					
	gl	354	358	358	358	358	358	358						
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.010	< .001					
OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.675***	0.736***	0.772***	0.388***	0.756***	0.472***	0.313***	0.328***	—				
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358					
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001				
OPD_CONTROL_T	Rho de Spearman	0.645***	0.712***	0.698***	0.425***	0.735***	0.350***	0.339***	0.367***	0.918***	—			
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369				
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001			
OPD_IDENTIDAD_T	Rho de Spearman	0.634***	0.695***	0.745***	0.350***	0.705***	0.498***	0.270***	0.308***	0.956***	0.831***	—		
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369			
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001		
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Rho de Spearman	0.625***	0.681***	0.723***	0.358***	0.703***	0.448***	0.290***	0.297***	0.960***	0.849***	0.897***	—	
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369	369		
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	
OPD_APEGO_T	Rho de Spearman	0.639***	0.684***	0.718***	0.340***	0.697***	0.448***	0.311***	0.290***	0.902***	0.785***	0.822***	0.829***	—
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369	369	369	
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota. H₀ es correlación positiva
 Nota: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, una cola

Nota. GHQ_DIC_TOTAL = Score Global del Cuestionario General de Salud , SDQ_TOTAL = Score global del psicopatología, SDQ_INT = Psicopatología Internalizante, SDQ_EXT = Psicopatología externalizante, SDQ_PARES = Problemas de relacionamiento con pares, SDQ_EMO = Problemas emocionales, SDQ_HIPERACT= Hiperactividad, SDQ_CONDUCT= Problemas de conducta, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de integración estructural global , OPD_CONTROL_T = Score T de control emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de funcionamiento interpersonal , OPD_APEGO_T = Score T de apego.

1.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad

1.4.1. Análisis de componentes principales

El análisis de componentes principales (ACP) se realizó con tres variables globales: el nivel general de malestar, el nivel de psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran fuertes y el índice KMO mostró que las mismas compartían suficiente cantidad común de varianza. La matriz resultante para las variables globales reveló un solo factor que explicaba el 79,4 % de la varianza total, lo que indica que existe una dimensión subyacente común que explica una gran proporción de la variabilidad en las tres variables. Además, en el análisis de las subdimensiones de las escalas, se identificaron dos componentes que explicaban el 71.8% de la varianza total, *indicando la existencia de dos dimensiones subyacentes comunes*⁶².

⁶² Puede accederse a las tablas de estos resultados en el anexo de análisis estadísticos.

1.4.2. Análisis factorial exploratorio (AFE)

En el caso de las variables globales, el AFE sugiere una estructura unifactorial. La prueba de esfericidad de Bartlett fue altamente significativa ($p < .001$), la medida de idoneidad del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0.701, y las medidas individuales de KMO para las variables son todas superiores a 0.6. Las cargas factoriales fueron altas para todas las variables en el factor único, con la escala global del Cuestionario de Autoreporte de Estructura cargando más fuertemente, seguido por la Cuestionario de Fortalezas y Dificultades y el Cuestionario de Malestar Emocional. Todas están fuertemente asociadas con el factor único y comparten una gran cantidad de varianza común (70.2%). *En cuanto a las subdimensiones de las escalas*, el AFE reveló dos factores principales que explican el 66.7% de la varianza total. El primer factor está conformado por todas las subdimensiones del Autoreporte de Estructura, la subdimensión de psicopatología internalizante del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades y la escala que evalúa el malestar emocional. El segundo factor incluye las variables referidas a la psicopatología externalizante. Todas las variables contribuyen significativamente a los factores. Mientras las subdimensiones de psicopatología externalizante deterioraba el ajuste del modelo, las de psicopatología internalizante lo mejoraban, sugiriendo que lo internalizante capta efectivamente la varianza compartida entre subdimensiones y las subdimensión externalizante capta aspectos únicos. Por lo tanto, las variables globales podrían ser representadas por un solo factor subyacente y las subdimensiones de las escalas por dos.

1.4.3. Análisis factorial confirmatorio (AFC).

El análisis de las variables globales y las subdimensiones de las escalas mostró una estructura unifactorial y bifactorial. A pesar de un ajuste perfecto para las variables globales, se debe tener precaución por un posible sobreajuste. Todas las cargas factoriales fueron significativas (Tabla 27). En cuanto a las subdimensiones, el AFC respaldó la estructura de dos factores, con el primer factor compuesto por todas las subdimensiones del Cuestionario de Autoreporte de Estructura, la psicopatología internalizante y la escala de malestar emocional, y el segundo factor, por las subdimensiones de la psicopatología externalizante. Aunque el valor del chi-cuadrado fue significativo, otros indicadores señalan un buen ajuste. Por lo tanto el AFC respaldó la estructura de dos factores sugerida por el ACP y el AFE.

2. Resultados del estudio en la muestra clínica.

2.1. Resultados Descriptivos

2.1.1. Aspectos demográficos generales.

La muestra clínica contó con la participación de 35 individuos. La media de edad de los participantes fue de 14.7 años y un rango de 12 a 18. La muestra se dividió en menores de 15 años (57%) y mayores de 15 años (43%) para los análisis (Tabla 11). En términos de distribución por sexo, la muestra constaba de 17 hombres y 18 mujeres. Los hombres eran ligeramente mayores en promedio (15.1 años) que las mujeres (14.3 años). La mayoría de los participantes (98.2%) reportaron correspondencia entre sexo y género.

Tabla 11

Estadísticos Descriptivos de Edades y Categorías de Edad.

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
Edad:	35	0	14.7	14.0	15.3	14	1.88	3.53	0.277	0.398	-1.02	0.778	0.921	0.015	13.0	14.0	16.0

Edad_Categorías	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Mínimo	Máximo	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior	Mediana					Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
Menores de 15	20	0	13.3	12.9	13.6	13.5	0.851	0.724	12	14	-0.534	0.512	-1.416	0.992	0.753	<.001	12.8	13.5	14.0
Mayores de 15	15	0	16.5	16.0	17.1	16	0.990	0.981	15	18	0.149	0.580	-0.844	1.121	0.887	0.061	16.0	16.0	17.0

2.1.2. Autoinforme de Adolescentes (YSR)

2.1.2.1. Estadísticos descriptivos generales.

Se obtuvieron datos válidos de 34 individuos, recopilando datos de las escalas global y subescalas del Autoinforme de Adolescentes (YSR), que incluyen psicopatología internalizante, externalizante y otros problemas (Tabla 12). La fiabilidad de la escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.917 y un omega de McDonald de 0.918. Al comparar por sexo, las mujeres presentaron una media más alta en los valores globales de psicopatología, en la psicopatología internalizante y en otros problemas. Sin embargo, los hombres presentaron una media más alta en psicopatología externalizante. Los mayores de 15 años tenían puntuaciones más altas en todas las categorías de la escala. Puede verse la distribución de estas variables según sexo y grupo de edad en la figura 6.

Tabla 12

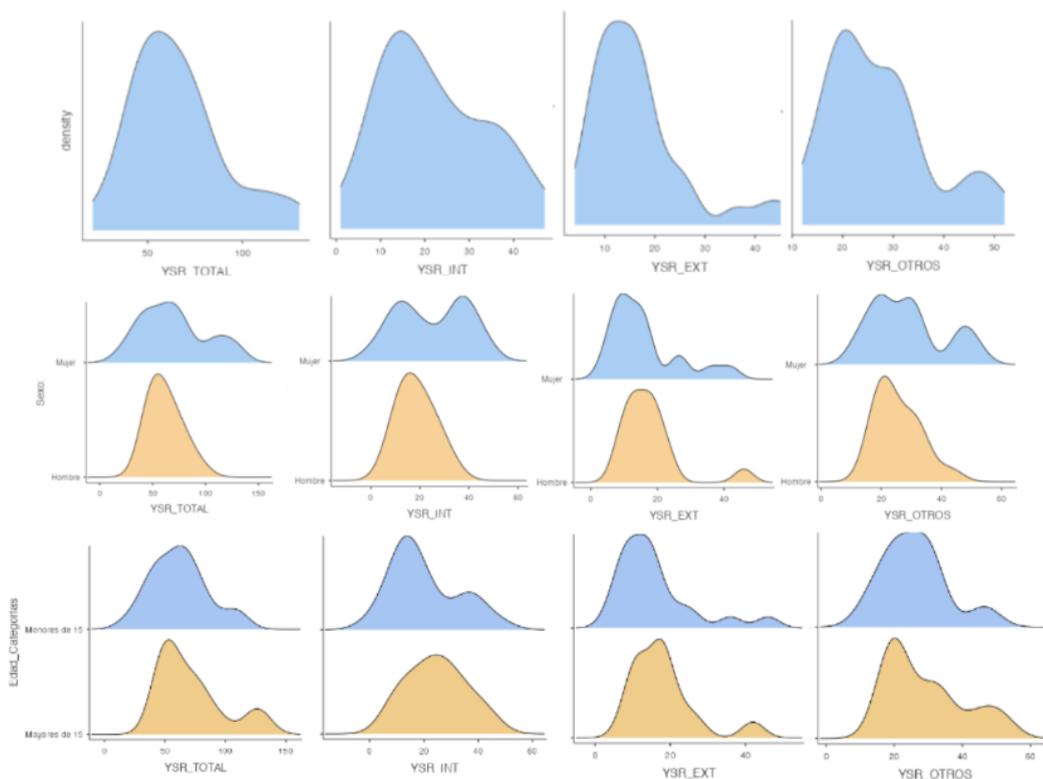
Estadísticos Descriptivos de las Escalas Globales y Subescalas del Autoinforme de Adolescentes

	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%			Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles	
			Media	Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th
YSR_TOTAL	34	1	65.88	57.14	74.63	61.00	25.06	627.99	0.873	0.403	0.6191	0.788	0.941	0.067	47.25	61.00
YSR_INT	34	1	22.00	17.88	26.12	19.00	11.81	139.58	0.448	0.403	-0.7575	0.788	0.954	0.157	12.25	19.00
YSR_EXT	34	1	16.62	13.26	19.98	14.50	9.62	92.61	1.587	0.403	2.6241	0.788	0.852	<.001	11.00	14.50
YSR_OTROS	34	1	27.26	23.68	30.85	25.00	10.27	105.41	0.885	0.403	0.1587	0.788	0.912	0.010	20.00	25.00

Nota. YSR_TOTAL = Score Global de Psicopatología, YSR_INT = Psicopatología Internalizante, YSR_EXT = Psicopatología Externalizante, YSR_OTROS = Otros Problemas.

Figura 6

Distribución de las Escalas y Subescalas del YSR, según Sexo y Grupo de Edad.



Nota. YSR_TOTAL = Score Global de Psicopatología, YSR_INT = Psicopatología Internalizante, YSR_EXT = Psicopatología Externalizante, YSR_OTROS = Otros Problemas.

2.1.2.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

El 50.0% estaba en el rango clínico para la escala global. El 55.9% lo estaba en la subescala de psicopatología internalizante y de 20,6% en la subescala externalizante. Los resultados pueden observarse en detalle en la tabla 13.

Tabla 13

Distribución según Categorías de Severidad del Autoinforme de Adolescentes

YSR_TOTAL_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	YSR_INT_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	YSR_EXT_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	12	35.3 %	35.3 %	Normal	11	32.4 %	32.4 %	Normal	18	52.9 %	52.9 %
Border	5	14.7 %	50.0 %	Border	4	11.8 %	44.1 %	Border	9	26.5 %	79.4 %
Clínico	17	50.0 %	100.0 %	Clínico	19	55.9 %	100.0 %	Clínico	7	20.6 %	100.0 %

ANSIOSO_DEPRIMIDO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	PROBLEMAS_SOCIALES_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	20	58.8 %	58.8 %	Normal	24	70.6 %	70.6 %
Border	2	5.9 %	64.7 %	Border	6	17.6 %	88.2 %
Clínico	12	35.3 %	100.0 %	Clínico	4	11.8 %	100.0 %

EVITATIVO_DEPRIMIDO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	PROBLEMAS_PENSAMIENTO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	21	61.8 %	61.8 %	Normal	27	79.4 %	79.4 %
Border	5	14.7 %	76.5 %	Border	3	8.8 %	88.2 %
Clínico	8	23.5 %	100.0 %	Clínico	4	11.8 %	100.0 %

QUEJAS_SOMÁTICAS_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	PROBLEMAS_ATENCIONALES_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	21	61.8 %	61.8 %	Normal	23	67.6 %	67.6 %
Border	8	23.5 %	85.3 %	Border	4	11.8 %	79.4 %
Clínico	5	14.7 %	100.0 %	Clínico	7	20.6 %	100.0 %

CONDUCTA_DISRUPTIVA_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	CONDUCTA_AGRESIVA_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	28	82.4 %	82.4 %	Normal	26	76.5 %	76.5 %
Border	2	5.9 %	88.2 %	Border	5	14.7 %	91.2 %
Clínico	4	11.8 %	100.0 %	Clínico	3	8.8 %	100.0 %

Nota. YSR_TOTAL_T = Score T de Psicopatología Global según categorías de severidad, YSR_INT_T = Score T de Psicopatología Internalizante según categorías de severidad, YSR_EXT_T = Score T de Psicopatología Externalizante según categorías de severidad, YSR_OTROS_T = Score T de Otros Problemas según categorías de severidad.

2.1.3. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ)

2.1.3.1. Estadísticos descriptivos generales.

Se obtuvieron datos válidos en 35 participantes, con valores de media ubicados en el rango de 51.7 a 55.6. El nivel de integración estructural total, se obtuvo una media de 53.4, mientras que control emocional, identidad, interpersonalidad y apego obtuvieron medias de 55.6, 52.9, 51.7 y 52.9 respectivamente (Tabla 14). El coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue de 0.955 y el coeficiente omega de McDonald fue de 0.956. Las mujeres presentaron una media más alta en todas las escalas y subescalas del cuestionario. Los participantes mayores de 15 años reportaron medias más altas en todas las subescalas del cuestionario, a excepción de la subescala de control emocional. Puede verse la distribución de las variables según sexo y grupo de edad en la figura 7.

Tabla 14

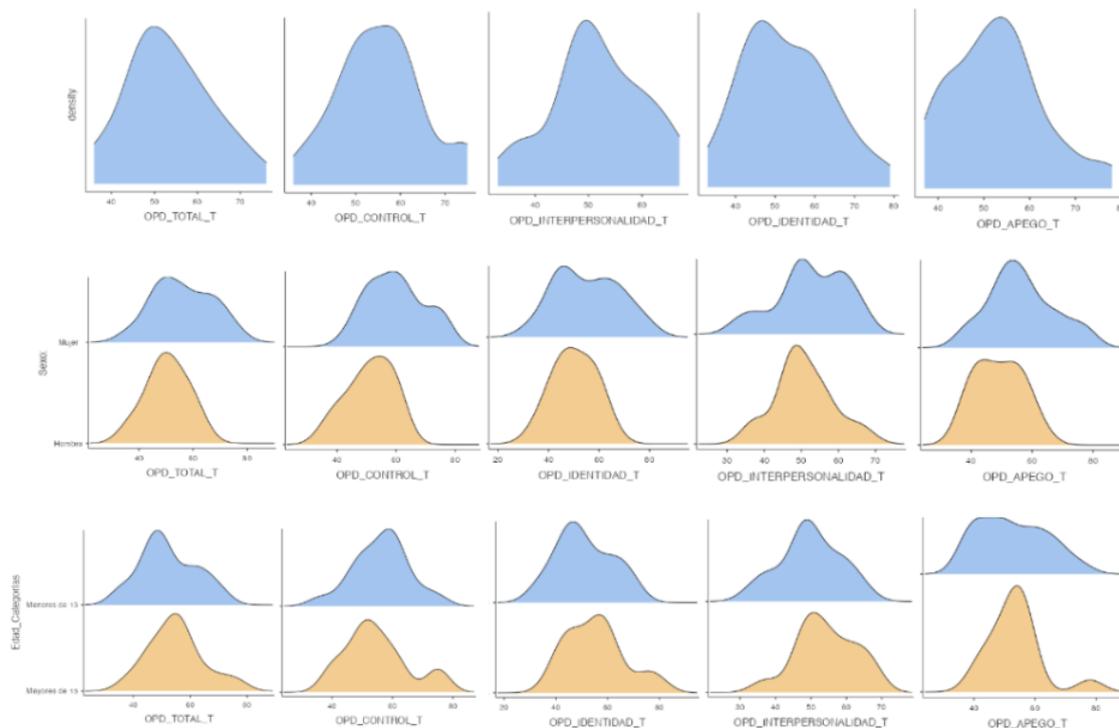
Estadísticos Descriptivos del Cuestionario de Autoreporte de Estructura.

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Percentiles		
				Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	35	0	53.4	50.1	56.7	52.0	9.74	94.8	0.321	0.398	-0.2258	0.778	46.5	52.0	60.0
OPD_CONTROL_T	35	0	55.6	52.3	58.9	56.0	9.66	93.4	0.247	0.398	-0.0557	0.778	49.0	56.0	61.0
OPD_IDENTIDAD_T	35	0	52.9	49.1	56.6	50.0	10.97	120.4	0.409	0.398	-0.2864	0.778	44.0	50.0	59.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	35	0	51.7	48.8	54.7	50.0	8.60	74.0	-0.136	0.398	-0.3330	0.778	47.0	50.0	58.0
OPD_APEGO_T	35	0	52.9	49.5	56.4	53.0	10.07	101.5	0.561	0.398	0.1309	0.778	46.0	53.0	58.0

Nota. OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de funcionamiento interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

Figura 7

Distribución de Cuestionario de Autoreporte de Estructura y sus Subdimensiones, según Sexo y Grupo de Edad.



Nota. OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de funcionamiento interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

2.1.3.2. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Un total del 22.9% de los sujetos demostró una integración alterada en la puntuación global de la estructura psíquica. El rango de alteración en las subdimensiones fluctuó entre el 17.1% y el 28.6%. Es importante destacar que la mayoría de los participantes (77.1%) exhibió una integración psíquica normal en la valoración global (Tabla 15).

Tabla 15

Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

OPD_TOTAL_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	8	22.9 %	22.9 %
Integración normal	27	77.1 %	100.0 %

OPD_CONTROL_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	10	28.6 %	28.6 %
Integración normal	25	71.4 %	100.0 %

OPD_INTERPERSONALIDAD_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	6	17.1 %	17.1 %
Integración normal	29	82.9 %	100.0 %

OPD_APEGO_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	6	17.1 %	17.1 %
Integración normal	29	82.9 %	100.0 %

OPD_IDENTIDAD_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	7	20.0 %	20.0 %
Integración normal	28	80.0 %	100.0 %

Nota. OPD_TOTAL_CATEGORIAS = Score T del nivel de integración estructural global según categorías de severidad, OPD_CONTROL_CATEGORIAS = Score T de control emocional según categorías de severidad, OPD_IDENTIDAD_T_CATEGORIAS = Score T de identidad según categorías de severidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_CATEGORIAS = Score T de funcionamiento interpersonal según categorías de severidad, OPD_APEGO_CATEGORIAS = Score T de apego según categorías de severidad.

2.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios

Se aborda la significancia de las diferencias obtenidas en los cuestionarios según las diferentes variables. Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk revelaron que la mayoría de las variables cumplen con el supuesto de normalidad ($p < 0.05$), lo que condujo al uso de la Prueba T para Muestras Independientes en los análisis. Para las variables que no cumplieran con este supuesto, se aplicó la Prueba U de Mann-Whitney. *En el análisis de las diferencias según sexo*, no se encontraron diferencias significativas en la puntuación total del Cuestionario de Autoinforme de Adolescentes (YSR). Sin embargo, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas en psicopatología internalizante y en las subdimensiones ansioso-deprimido y problemas de pensamiento, con tamaños de efecto moderado a grande.

En la puntuación del cuestionario de estructura las mujeres mostraron puntajes significativamente más altos que los hombres, a excepción de de la dimensión Identidad e Interpersonalidad, donde la significancia no fue comprobada. Todas las demás dimensiones no mostraron diferencias significativas según sexo (Tabla 16). *Al analizar las diferencias por edad*, se encontraron diferencias significativas únicamente en la subdimensión de evitativo deprimido del Cuestionario de Autoinforme de Adolescentes (YSR). En todas las demás dimensiones y subdimensiones de las escalas, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 17).

Tabla 16

Significancia Estadística de las Diferencias según Sexo.

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
YSR_TOTAL	T de Student	0.974 *	32.0	0.169	8.396	8.617	La d de Cohen
YSR_INT	T de Student	1.672 *	32.0	0.052	6.611	3.953	La d de Cohen
YSR_OTROS	T de Student	0.909	32.0	0.185	3.215	3.537	La d de Cohen
ANSIOSO_DEPRIMIDO	T de Student	1.939 *	32.0	0.031	3.840	1.981	La d de Cohen
EVITATIVO_DEPRIMIDO	T de Student	0.434	32.0	0.334	0.569	1.312	La d de Cohen
QUEJAS_SOMATICAS	T de Student	1.544 *	32.0	0.066	2.201	1.426	La d de Cohen
PROBLEMAS_SOCIALES	T de Student	0.391	32.0	0.349	0.431	1.101	La d de Cohen
PROBLEMAS_ATENCIONALES	T de Student	-0.153	32.0	0.560	-0.188	1.225	La d de Cohen
OTROS_PROBLEMAS	T de Student	0.531	32.0	0.300	0.528	0.995	La d de Cohen
OPD_TOTAL_T	T de Student	1.824	33.0	0.039	5.810	3.185	La d de Cohen
OPD_CONTROL_T	T de Student	2.980	33.0	0.003	8.775	2.944	La d de Cohen
OPD_IDENTIDAD_T	T de Student	1.426 *	33.0	0.082	5.212	3.655	La d de Cohen
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	T de Student	0.669	33.0	0.254	1.961	2.933	La d de Cohen
OPD_APEGO_T	T de Student	2.361	33.0	0.012	7.552	3.198	La d de Cohen

Nota. $H_0: \mu_{\text{Mujer}} > \mu_{\text{Hombre}}$

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
YSR_EXT	U de Mann-Whitney	112	0.870	-3.00	Correlación biseriada de rangos	0.222
CONDUCTA_DISRUPTIVA	U de Mann-Whitney	119	0.813	-1.00	Correlación biseriada de rangos	0.174
CONDUCTA_AGRESIVA	U de Mann-Whitney	115	0.847	-2.00	Correlación biseriada de rangos	0.201

Nota. $H_0: \mu_{\text{Mujer}} > \mu_{\text{Hombre}}$

Nota. YSR_TOTAL = Score Global de Psicopatología, YSR_INT = Psicopatología Internalizante, YSR_EXT = Psicopatología Externalizante, YSR_OTROS = Otros Problemas, ANSIOSO_DEPRIMIDO = Síndrome de Ansiedad/Depresión, EVITATIVO_DEPRIMIDO = Síndrome de Evitación/Depresión, QUEJAS_SOMATICAS = Síndrome de Quejas Somáticas, PROBLEMAS_SOCIALES = Síndrome de Problemas Sociales, PROBLEMAS_ATENCIONALES = Síndrome de Problemas Atencionales, OTROS_PROBLEMAS = Síndrome de Otros Problemas, CONDUCTA_DISRUPTIVA = Síndrome de conductas disruptivas, CONDUCTA_AGRESIVA = Síndrome de conductas agresivas, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

Tabla 17

Significancia Estadística de las Diferencias según Grupo de Edad.

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia		Tamaño del Efecto
YSR_INT	T de Student	-1.095	32.0	0.282	-4.493	4.10	La d de Cohen	-0.3814
PROBLEMAS_SOCIALES	T de Student	-1.706	32.0	0.098	-1.829	1.07	La d de Cohen	-0.5945
PROBLEMAS_ATENCIONALES	T de Student	-1.601	32.0	0.119	-1.914	1.20	La d de Cohen	-0.5580
OTROS_PROBLEMAS	T de Student	0.169	32.0	0.867	0.171	1.01	La d de Cohen	0.0590
OPD_TOTAL_T	T de Student	-0.767	33.0	0.448	-2.567	3.35	La d de Cohen	-0.2620
OPD_CONTROL_T	T de Student	0.474	33.0	0.638	1.583	3.34	La d de Cohen	0.1620
OPD_IDENTIDAD_T	T de Student	-1.130	33.0	0.267	-4.217	3.73	La d de Cohen	-0.3859
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	T de Student	-1.552	33.0	0.130	-4.467	2.88	La d de Cohen	-0.5300
OPD_APEGO_T	T de Student	-0.196	33.0	0.846	-0.683	3.49	La d de Cohen	-0.0669

Nota. $H_0: \mu$ Menores de 15 \neq μ Mayores de 15

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia		Tamaño del Efecto
YSR_TOTAL	U de Mann-Whitney	114.0	0.186	-8.00		Correlación biserial de rangos	0.1857
YSR_EXT	U de Mann-Whitney	102.5	0.097	-3.00		Correlación biserial de rangos	0.2679
CONDUCTA_AGRESIVA	U de Mann-Whitney	137.0	0.465	-4.49e-6		Correlación biserial de rangos	0.0214
CONDUCTA_DISRUPTIVA	U de Mann-Whitney	92.5	0.049	-2.00		Correlación biserial de rangos	0.3393
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	U de Mann-Whitney	134.0	0.590	6.27e-5		Correlación biserial de rangos	0.0429
ANSIOSO_DEPRIMIDO	U de Mann-Whitney	127.5	0.337	-1.00		Correlación biserial de rangos	0.0893
EVITATIVO_DEPRIMIDO	U de Mann-Whitney	52.0	0.001	-4.00		Correlación biserial de rangos	0.6286

Nota. $H_0: \mu$ Menores de 15 $<$ μ Mayores de 15

Nota. YSR_TOTAL = Score Global de Psicopatología, YSR_INT = Psicopatología Internalizante, YSR_EXT = Psicopatología Externalizante, YSR_OTROS = Otros Problemas, ANSIOSO_DEPRIMIDO = Síndrome de Ansiedad/Depresión, EVITATIVO_DEPRIMIDO = Síndrome de Evitación/Depresión, QUEJAS_SOMATICAS = Síndrome de Quejas Somáticas, PROBLEMAS_SOCIALES = Síndrome de Problemas Sociales, PROBLEMAS_ATENCIONALES = Síndrome de Problemas Atencionales, OTROS_PROBLEMAS = Síndrome de Otros Problemas, CONDUCTA_DISRUPTIVA = Síndrome de Conductas Disruptivas, PROBLEMAS_PENSAMIENTO = Síndrome de Problemas del Pensamiento, CONDUCTA_AGRESIVA = Síndrome de Conductas Agresivas, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

2.3. Estudios Correlacionales

El estudio correlacional (Tabla 18), mostró fuertes relaciones positivas y significativas entre las variables derivadas de los cuestionarios. Las mismas se observaron entre las escalas totales y las subdimensiones de ambas herramientas. Únicamente la correlación entre las subdimensiones de psicopatología internalizante y externalizante del YSR fue baja y no significativa, lo que sugiere ambos representan aspectos diferentes de la psicopatología.

Tabla 18

Matriz de Correlaciones (Spearman) de los Scores Globales de las Escalas y sus Subdimensiones.

		YSR_TOTAL	YSR_INT	YSR_EXT	YSR_OTROS	OPD_TOTAL_T	OPD_CONTROL_T	OPD_IDENTIDAD_T	OPD_INTERPERSONALIDAD_T
YSR_TOTAL	Rho de Spearman	—							
	gl	—							
	valor p	—							
YSR_INT	Rho de Spearman	0.803***	—						
	gl	32	—						
	valor p	< .001	—						
YSR_EXT	Rho de Spearman	0.565***	0.078	—					
	gl	32	32	—					
	valor p	< .001	0.330	—					
YSR_OTROS	Rho de Spearman	0.853***	0.740***	0.351*	—				
	gl	32	32	32	—				
	valor p	< .001	< .001	0.021	—				
OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.865***	0.802***	0.369*	0.812***	—			
	gl	32	32	32	32	—			
	valor p	< .001	< .001	0.016	< .001	—			
OPD_CONTROL_T	Rho de Spearman	0.558***	0.470**	0.283	0.613***	0.715***	—		
	gl	32	32	32	32	33	—		
	valor p	< .001	0.003	0.052	< .001	< .001	—		
OPD_IDENTIDAD_T	Rho de Spearman	0.866***	0.813***	0.379*	0.782***	0.975***	0.656***	—	
	gl	32	32	32	32	33	33	—	
	valor p	< .001	< .001	0.014	< .001	< .001	< .001	—	
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Rho de Spearman	0.786***	0.829***	0.276	0.786***	0.900***	0.479**	0.866***	—
	gl	32	32	32	32	33	33	33	—
	valor p	< .001	< .001	0.057	< .001	< .001	0.002	< .001	—
OPD_APEGO_T	Rho de Spearman	0.792***	0.701***	0.352*	0.626***	0.896***	0.551***	0.849***	0.817***
	gl	32	32	32	32	33	33	33	33
	valor p	< .001	< .001	0.021	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota. H_s es correlación positiva

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, una cola

Nota. YSR_TOTAL = Score Global de Psicopatología, YSR_INT = Psicopatología Internalizante, YSR_EXT = Psicopatología Externalizante, YSR_OTROS = Otros Problemas, OPD_TOTAL_T = Score T del nivel de Integración Estructural Global, OPD_CONTROL_T = Score T de Control Emocional, OPD_IDENTIDAD_T = Score T de Identidad, OPD_INTERPERSONALIDAD_T = Score T de Funcionamiento Interpersonal, OPD_APEGO_T = Score T de Apego

2.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad

2.4.1. Análisis de componentes principales (ACP)

Se realizó un ACP en las variables globales, revelando un único factor que explicaba el 94.2% de la varianza total. A pesar de un índice KMO modesto (0.500), la prueba de esfericidad de Bartlett confirmó la relevancia del análisis ($X^2 = 48.0$, $gl = 1$, $p < 0.001$).

En la *exploración de las subdimensiones de las escalas*, se identificaron dos componentes principales que conjuntamente explican el 71.6% de la varianza total. Los supuestos para este análisis también se cumplieron adecuadamente. A pesar de un índice KMO similar, la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3355$, $gl = 120$, $p < 0.001$) confirmó la utilidad del ACP para entender las relaciones entre las variables. Los detalles de los componentes y cargas factoriales se encuentran en las Tablas 49 y 59 respectivamente.

2.4.2. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El AFE de las variables globales de psicopatología y funcionamiento de la personalidad también indicó la existencia de un único factor que explicaba el 85.9% de la varianza total. Las cargas factoriales para las variables fueron significativas, lo que indica que todas contribuyeron al componente principal. Un AFE similar se realizó para las subdimensiones de las escalas, resultando en la identificación de dos factores que explican el 59.1% de la varianza total. Se incluyó el puntaje total del cuestionario de estructura, para una visión más general de la estructura de personalidad y permitir que la psicopatología externalizante se distinguiera como un factor separado, debido a su correlación menos fuerte con el puntaje total del OPD .

2.4.3. Análisis Factorial Confirmatorio.

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) con las variables globales, que demostró un ajuste excelente del modelo de las variables globales en un único factor, con cargas factoriales significativas ($p < 0.001$). No se informaron los resultados del AFC para las subdimensiones debido a que el ajuste del modelo en las diferentes variaciones ensayadas no resultó satisfactorio, ni desde el punto de vista estadístico ni desde el punto de vista teórico. Se infiere que esta falta de ajuste puede ser atribuida al tamaño de muestra pequeño.

3. Estudio de caso clínico.

Este apartado aborda, a través de la descripción de un caso clínico de un adolescente en psicoterapia psicodinámica informado por herramientas de autorreporte, la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología. Se explora la hipótesis de que dicha relación se manifiesta de manera única y específica en cada caso (H1.6). Además, se examina el valor de las herramientas de autorreporte utilizadas para mejorar la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en la práctica clínica (H1.7). Para abordar ambas hipótesis, se implementará un análisis mixto que correlacione las mediciones cuantitativas y la percepción clínica acerca de la experiencia subjetiva del paciente, explorando así el significado de los cambios cuantitativos en el contexto individual del caso estudiado ⁶³.

El caso fue seleccionado intencionalmente desde una muestra inicial de 8 pacientes pertenecientes a la etapa inicial del proyecto, por ser un buen ejemplo con respecto a las relaciones entre las dimensiones estudiadas (Seawright et al., 2014). El paciente recibió psicoterapia psicodinámica (realizada por el autor) de forma bisemanal durante el primer año y semanalmente durante el segundo año. Se le solicitó que respondiera los cuestionarios de autorreporte tanto al inicio de la psicoterapia (*Tiempo 1*) como después de dos años de tratamiento (*Tiempo 2*). En ambos momentos, el psicoterapeuta realizó un informe escrito de la presentación del paciente y el paciente completó los siguientes cuestionarios de autorreporte.

3.1. Descripción del caso: "Octavio"

Octavio tiene 12 años cuando sus padres consultan inicialmente para iniciar la psicoterapia. Dicen que Octavio se ha estado enojando mucho y que le ha estado gritando a los demás en los últimos meses. No sabe cómo perder y no tolera ninguna crítica. Su madre específicamente dice que él toma la derrota a pecho y que "necesita igualdad".

Durante la entrevista, queda claro que el discurso parental en sí, muestra una lógica referida al valor: mientras que Octavio es "el más sensible", los demás son tranquilos y "más felices". Mientras él es "el más autoexigente", y "el más responsable", su hermano menor es un "genio" y "totalmente extrovertido".

⁶³ La discusión sobre las razones de la evolución del caso clínico excede el alcance de este artículo.

Aunque Octavio "juega bien al fútbol", también se nota que "la mayoría de los demás juegan mejor". A la edad de 4 años fue diagnosticado con hipotiroidismo, lo que ha llevado a que su altura esté por debajo del promedio de su clase. También emerge una historia obstétrica relevante: durante la gestación de Octavio, su madre sufrió un colapso placentario que llevó a un reposo prolongado en cama.

Cuando conozco a Octavio, me impresiona su poco desarrollo para su edad, tanto física como mentalmente. Deduzco que es inteligente, aunque sin mucha capacidad de autoreflexión. Durante los primeros meses de tratamiento, juega creando una historia: "*Hank*" es un niño superhéroe, que nació "con cosas de dragón" y en cuya familia "todos son normales". En una alusión casi directa a la fantasía de su propia gestación y baja estatura, Octavio me cuenta que Hank "*fue un caso raro, porque su madre había tenido una enfermedad que afectó su útero*", por eso Hank nació "*no con una deformidad, sino con superpoderes*".

Un día, después de una intervención sobre lo que "Hank" podría sentir, Octavio abandona abruptamente la historia. Creo que ha tenido un insight sobre el desplazamiento de sus propios aspectos en el personaje, pero que lo ha recibido de manera persecutoria. Después de cierta reticencia posterior, es capaz de restablecer un vínculo de confianza. Otro día, mientras habla de su estatura y de lo difícil que es "ser el más bajo", le digo que creo que esto debe ser difícil para él. Octavio me escucha y de repente llora incontrolablemente. Baja la cabeza sobre el escritorio y dice: "¡Te estás burlando de mí!" y "¿Por qué te estás burlando de mí?" Estos momentos también están presentes en sus patrones relacionales, donde Octavio siempre siente que es "excluido" y "dejado de lado".

Diferentes *hipótesis diagnósticas* surgieron de esta evaluación inicial: la presentación clínica podría deberse a una *crisis de desarrollo* y/o situacional manejada de una manera desfavorable. En este sentido, la crisis puede ser debido a "un momento temporal de desequilibrio impulsado por el desarrollo, cuando se enfrenta a la autonomía, nuevas demandas cognitivas, etc." (McWilliams, 2011a). La irritabilidad también podría ser una indicación de un *trastorno depresivo/ansioso en curso*. Muchas veces, "la metabolización de la ira es un problema específico del subtipo introyectivo de la depresión en la adolescencia" (Belvederi Murri et al., 2017). Antes de conocer los resultados del autoinforme, las inferencias psicodinámicas plantearon la hipótesis inicial de un conflicto de autoestima, referido al valor de uno mismo frente al valor de los demás.

Esto podría haber sido respaldado por un ambiente lleno de fuertes ideales, como evidencia el discurso familiar. Los momentos proyectivos en las sesiones también plantearon una pregunta con respecto *al nivel de integración de la estructura psíquica de Octavio*. Estos momentos podrían ser una expresión de un deterioro en la diferenciación self-objeto y/o en la regulación de la autoestima.

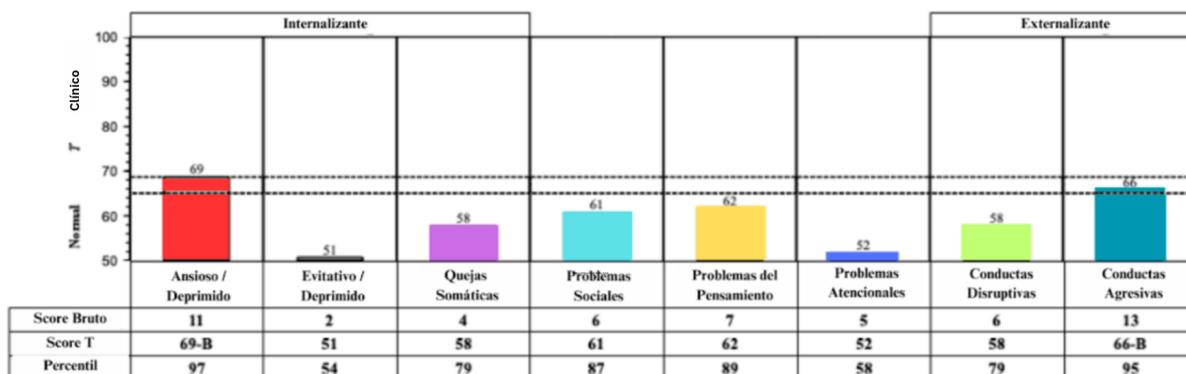
3.2. Resultados específicos del estudio de caso.

3.2.1. Tiempo 1

El análisis del Cuestionario de Autoinforme de Adolescentes (YSR), al inicio de la psicoterapia (Figura 23), muestra el agrupamiento sindrómico principalmente en las categorías "Ansioso/Deprimido" (T=69), y "Comportamiento Agresivo" (T = 66). Estos se ubican en el límite entre el rango fronterizo y el clínico (Figura 8). Esto indica que Octavio informa más problemas de los que normalmente informan los adolescentes de 12 años (Achenbach, 2001).

Figura 8

Autoinforme de Adolescentes - Tiempo 1.



Nota. ANSIOSO_DEPRIMIDO = Síndrome de ansiedad/depresión, EVITATIVO_DEPRIMIDO = Síndrome de evitación/depresión, QUEJAS_SOMATICAS = Síndrome de Quejas Somáticas, PROBLEMAS_SOCIALES = Síndrome de Problemas Sociales, PROBLEMAS_ATENCIONALES = Síndrome de Problemas Atencionales, OTROS_PROBLEMAS = Síndrome de Otros Problemas, CONDUCTA_DISRUPTIVA = Síndrome de Conductas Disruptivas, CONDUCTA_AGRESIVA = Síndrome de Conductas Agresivas.

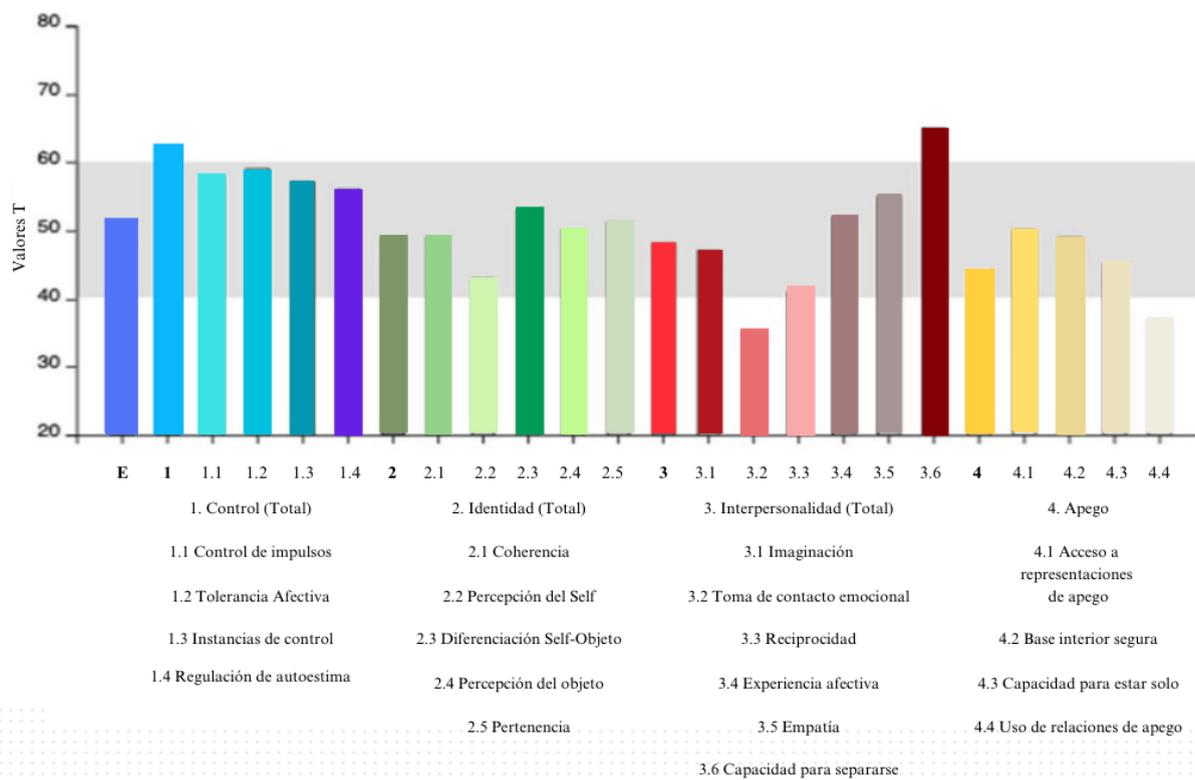
Los resultados del Autoinforme de Adolescentes son consistentes con el tipo de síntomas informados por sus padres, así como con la gravedad de los mismos.

Podemos decir que la sintomatología que presenta Octavio es producto de un trastorno “depresivo/ansioso” en curso. Este diagnóstico descriptivo no descarta la crisis evolutiva planteada en las hipótesis diagnósticas.

El análisis del Cuestionario de Autoreporte de Estructura al inicio de la psicoterapia, (Figura 9) muestra que el paciente tiene un valor de estructura de personalidad bien integrado de manera genérica ($T < 60$); sin embargo, *la dimensión referente al "control" se encuentra levemente a moderadamente afectada ($T > 60-70$)*. La subdimensión que hace referencia a la "capacidad para separarse" destaca como importante, también en el rango clínico.

Figura 9

Cuestionario de Autoreporte de Estructura - TIEMPO 1



Como vemos, la evaluación de la integración de la estructura psíquica a través del autorreporte también es coherente con los episodios de irritabilidad y comportamientos agresivos de Octavio. Vale la pena preguntarse si esta dimensión de la estructura psíquica siempre ha estado comprometida o si este es un hallazgo secundario debido a los aspectos depresivos actuales. La regulación de la autoestima está en el rango normal y la dimensión referida a la "diferenciación self-objeto" está intacta.

Esto es coherente con la impresión clínica, que denota una experiencia predominantemente neurótica con el paciente (McWilliams, 2011), y *sugiere que la hipótesis en torno al deterioro estructural derivado de sus momentos proyectivos debería descartarse*. La alteración de la subdimensión específica "capacidad para separarse" destaca un área de fragilidad referente al proceso natural de separación de su edad que debe integrarse en la formulación clínica inicial.

En este sentido, es pertinente preguntarse si la temática referida al "valor", tan presente en el discurso de Octavio, puede estar relacionada en realidad con el valor de su cuerpo y de este en relación a sus padres? En este sentido, el fenómeno de sentirse "excluido", y "menor", incluidos los momentos proyectivos dentro de sesiones, podría interpretarse como "impulsado por el conflicto" y referido a la dimensión edípica. Un extracto de una sesión casi un semestre después del inicio de la psicoterapia, en la que Octavio rapea con la música, muestra estos aspectos en el discurso de Octavio: *"Tal vez no sea muy fuerte, pero si me caigo, me levanto. Aunque no voy tan rápido, golpeo alto, soy un mono subiendo a la cima, pero cuidado que el elefante está esperando. No vamos a llorar. Vamos a intentar hacer amigos. La serpiente también está ahí, con sus dientes feroces... No son peligrosos, son amigables, vamos a construir una amistad muy... vulnerable"*.

3.2.2. Tiempo 2

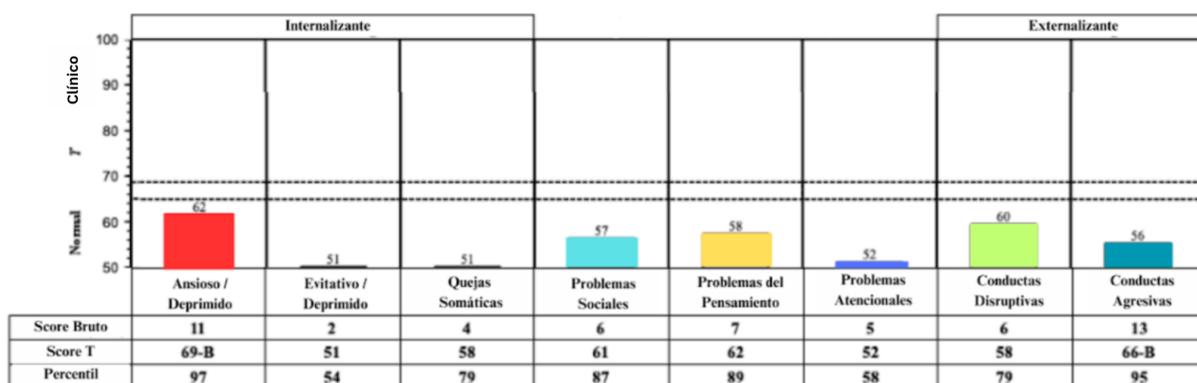
Después de dos años de tratamiento, su irritabilidad ha desaparecido y Octavio tolera perder en las sesiones. Juega sin cambios de humor, idealizaciones o devaluaciones excesivas. Elige el ajedrez para procesar la competitividad edípica y disfruta del proceso. Los momentos proyectivos han desaparecido. En sus patrones relacionales con sus pares, también han desaparecido los momentos conflictivos relacionados con el valor y la competencia en grupos de tres. Ha crecido físicamente y ya no parece pequeño para su edad. Las características sexuales secundarias, así como las fantasías exogámicas apropiadas para su edad, comenzaron durante el tratamiento. En las sesiones, Octavio habla sobre sí mismo directamente y aborda sus problemas más fácilmente y con mayor despliegue simbólico.

Por esta razón, previo a la evaluación mediante los cuestionarios de autoinforme en el tiempo 2, se presumía que la sintomatología depresiva/ansiosa había desaparecido. Las inferencias sobre la evolución de su vulnerabilidad estructural eran similares. Los resultados arrojados por los cuestionarios fueron consistentes con las inferencias clínicas.

El análisis de Autoinforme de Adolescentes (Figura 10) mostró que el agrupamiento sindrómico previamente comprometido ha disminuido en su nivel del rango limítrofe al rango normal ("Ansioso/Deprimido" T = 62 y "Comportamiento Agresivo" T = 56). El análisis del Cuestionario de Autoreporte de Estructura (Figura 11), mostró que ninguna de las dimensiones estructurales está afectada, lo que representa una estructura de personalidad que está bien integrada y es apropiada para la edad en todas las dimensiones.

Figura 10

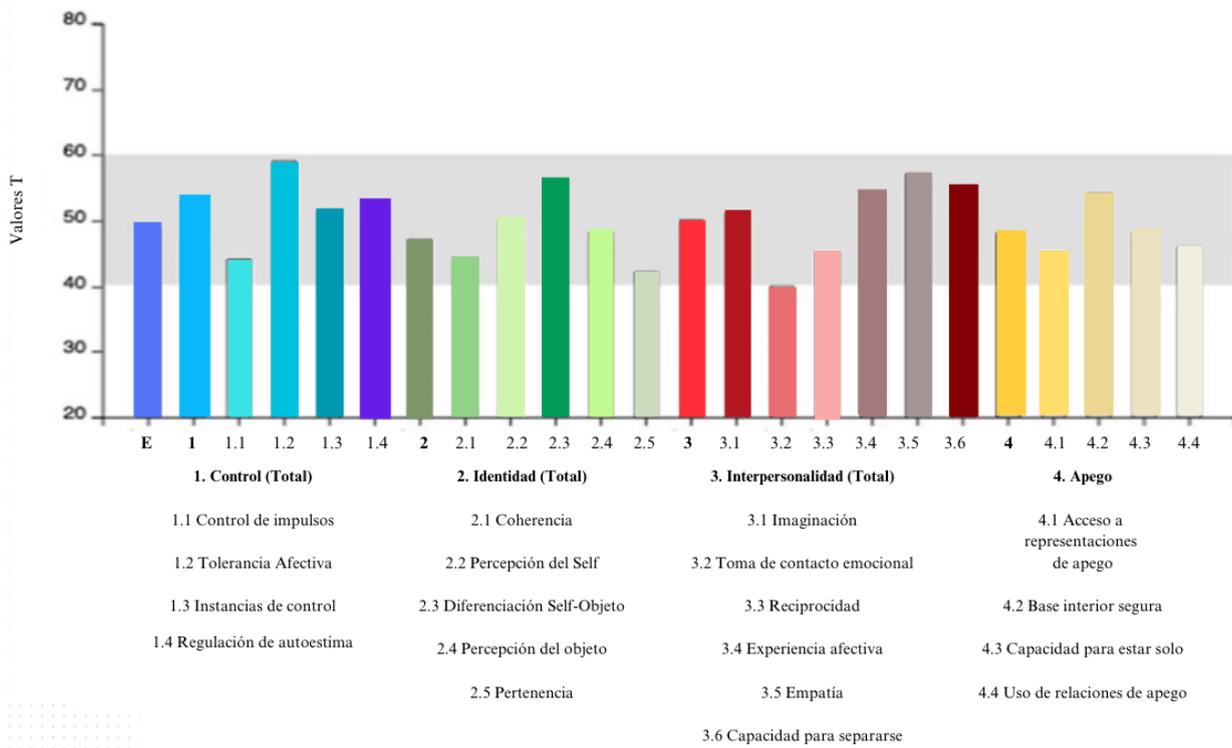
Autoinforme de Adolescentes - Tiempo 2.



Nota. ANSIOSO_DEPRIMIDO = Síndrome de ansiedad/depresión, EVITATIVO_DEPRIMIDO = Síndrome de evitación/depresión, QUEJAS_SOMATICAS = Síndrome de Quejas Somáticas, PROBLEMAS_SOCIALES = Síndrome de Problemas Sociales, PROBLEMAS_ATENCIONALES = Síndrome de Problemas Atencionales, OTROS_PROBLEMAS = Síndrome de Otros Problemas, CONDUCTA_DISRUPTIVA = Síndrome de Conductas Disruptivas, CONDUCTA_AGRESIVA = Síndrome de Conductas Agresivas.

Figura 11

Cuestionario de Autoreporte de Estructura - TIEMPO 2.



XII. DISCUSIÓN

1. Introducción

El presente trabajo investigó la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad con el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de la población adolescente del Uruguay. Para examinar las características de esta compleja relación, se adoptó una perspectiva integradora, que abordó el desarrollo histórico de los conceptos, la visión desde la psiquiatría, la teoría psicodinámica y la investigación taxonómica.

Los objetivos específicos fueron diversos. Se buscó describir la distribución del tipo y la severidad de la psicopatología así como del funcionamiento de la personalidad en la muestra estudiada. Además, se analizó la correlación entre estas variables y se identificaron agrupaciones sindromáticas, investigando asociaciones específicas entre los diferentes tipos de psicopatología y los niveles de funcionamiento de la personalidad.

Se estudiaron los constructos según diferentes variables de corte buscando analizar diferencias y valorar su significancia estadística. Además, se realizaron estudios de reducción de dimensionalidad de los datos para abordar aspectos teóricos y conceptuales de la relación que aporten a la discusión. Por último, se estudió la manifestación singular y específica de esta relación a través de un caso clínico y finalmente, se evaluó la utilidad de las herramientas utilizadas en el ámbito de la investigación psicométrica para mejorar la comprensión de la relación constructos en el ámbito clínico.

2. Limitaciones del estudio

La interpretación de los hallazgos debe considerarse en el contexto de varias limitaciones metodológicas. La naturaleza transversal y correlacional del diseño, impide inferencias causales. La selección intencional y no probabilística de la muestra, predominantemente urbana de adolescentes entre 12 y 18 años, que no incluye poblaciones vulnerables, puede restringir la generalización de los resultados a otros grupos demográficos y contextos. Los instrumentos de medición utilizados, aunque validados, pueden tener limitaciones inherentes en su capacidad para capturar completamente las variables de interés, y existen limitaciones inherentes a la interpretación matemática de los datos y su relación con la realidad.

Además, existen limitaciones teóricas debido a la imposibilidad de evaluar mecanismos de defensa en los sujetos. Por otro lado, a pesar de que el porcentaje de outliers y casos omisos fue bajo, pueden haber sesgos de medición o respuesta. A pesar de esto, los insights obtenidos contribuyen a la comprensión de la interacción entre la personalidad y la psicopatología en la adolescencia, sugiriendo direcciones para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas.

3. Discusión de los hallazgos.

3.1. Análisis crítico de las hipótesis de investigación.

Se plantearon una serie de hipótesis centrales y secundarias para explorar la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en una muestra de población adolescente en Uruguay, las cuales fueron confirmadas en su mayoría.

La hipótesis central, que postula una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, el tipo y la severidad de la psicopatología en la muestra estudiada (H1), ha sido confirmada. Esta afirmación se sustenta por un lado en la elevada correlación observada entre las variables analizadas, manifestándose de manera positiva, significativa y fuerte ,tanto en la muestra general como en la muestra clínica. Adicionalmente, el análisis de componentes principales y los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, revelaron un único factor que unifica la psicopatología y el deterioro del funcionamiento de la personalidad, al evaluar los puntajes globales de las escalas y un modelo bifactorial al analizar las subdimensiones.

La hipótesis secundaria (H1.1), que plantea la existencia de patrones específicos en la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en las muestras también fue confirmada. Los patrones encontrados evidencian que:

- a. En la muestra general, las mujeres muestran niveles significativamente más altos de psicopatología y compromiso del funcionamiento de la personalidad que los hombres, especialmente en malestar emocional y psicopatología internalizante. No se observan diferencias en psicopatología externalizante

- b. Quienes han tenido experiencia previa con un psicólogo, también presentan puntuaciones significativamente más altas, en la muestra general, malestar emocional, psicopatología internalizante y funcionamiento de la personalidad, pero no en psicopatología externalizante.
- c. Si bien los mayores de 15 años mostraron puntuaciones significativamente más altas que los menores en la muestra general, estas diferencias tienen un tamaño del efecto bajo y además no se confirman en la muestra clínica.
- d. En la muestra general, el 25.1% mostró niveles subumbrales y clínicos de psicopatología según el Cuestionario General de Salud (GHQ-12), el 23,9% según el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) y el 18,6% tuvo compromiso en la estructura psíquica. En la muestra clínica, el 50% estaba en rango clínico de psicopatología y el 22,9% presentó compromiso en la estructura psíquica.

Estos hallazgos destacan la relevancia de considerar el sexo, la edad y la experiencia previa con el psicólogo, ofreciendo insights para el diagnóstico e intervenciones específicas.

La hipótesis secundaria (H1.2), que plantea que existe una correlación significativa donde a menor nivel de funcionamiento de la personalidad, mayor nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra, también fue confirmada. Esta afirmación se sustenta en los análisis correlacionales realizados entre las variables que confirman la dirección, significancia y valor de esta relación.

La hipótesis secundaria (H1.3), que plantea que existen agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada que se relacionan de manera particular con el nivel de funcionamiento de la personalidad, también fue confirmada. Esta afirmación se sustenta en las técnicas de reducción de la dimensionalidad, que revelaron en ambas muestras, la presencia de :

- a. Un factor único general, que agrupa la psicopatología y el deterioro del funcionamiento de la personalidad, al considerar los scores globales de las escalas en ambas muestras.
- b. Un modelo bifactorial, al considerar las subdimensiones de las escalas. En este un factor agrupa el malestar emocional, la psicopatología internalizante y el deterioro de la personalidad y otro, la psicopatología externalizante.

La hipótesis secundaria (H1.4), que plantea que existen subdimensiones específicas de la personalidad que están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia, fue rechazada. Los análisis muestran que las subdimensiones tienen correlaciones muy elevadas, funcionando como un único factor, por lo que las subdimensiones específicas de la personalidad no se asocian con diferentes tipos de psicopatología en el análisis.

La hipótesis secundaria (H1.5), que plantea que la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología se manifiesta de manera única y específica en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica, fue confirmada. La descripción cualitativa del caso reveló que existe una relación única y específica entre los constructos analizados, que depende de las características personales, las particularidades del ambiente, el crecimiento y el desarrollo, así como a los sucesos vitales del sujeto. Esto resalta la importancia de considerar estos aspectos idiográficos de forma complementaria a los hallazgos nomotéticos descritos.

Por último La hipótesis secundaria (H1.6), que plantea que el uso herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) mejora la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología, y por lo tanto puede mejorar la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia, fue confirmada. Este hallazgo es respaldado por el análisis del caso clínico, donde la utilización de formularios como método de triangulación con las hipótesis fenomenológicas, permitió un análisis más ajustado de la relación entre constructos.

3.2. La necesidad de un enfoque integrado.

El análisis de las hipótesis formuladas revela una relación intrincada y multifacética entre la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la adolescencia. Esta complejidad, manifestada en múltiples dimensiones, exige una integración transdisciplinaria de epistemes, métodos, y teorías.

La confirmación de la hipótesis central sugiere que la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad no pueden ser consideradas separadamente. Las características de la relación, con altas correlaciones entre los constructos, así las dimensiones latentes, subrayan la importancia de una visión holística que supere las categorizaciones diagnósticas tradicionales, adoptando un enfoque transdiagnóstico y multidisciplinario (Colizzi et al., 2020).

Este enfoque tiene implicancias clínicas, pero también implicancias teóricas acerca de la metaestructura de los trastornos mentales (Wright & Krueger, 2013; Caspi et al., 2014; Black et al., 2019), que abordaremos en detalle en la sección siguiente.

Los hallazgos subrayan la necesidad de trascender la dicotomía entre lo nomotético y lo idiográfico, integrando tanto los factores comunes en todos los pacientes (Widiger, 2011), como los aspectos individuales y contextuales del desarrollo singular (Fonagy et al., 2017a, 2017b; Shulman & Scharf, 2018). Esto implica una convergencia metodológica entre lo cuantitativos y lo cualitativo, permitiendo una comprensión más profunda y matizada de los constructos. Además, los resultados ponen de manifiesto la necesaria conexión entre la investigación empírica y la práctica clínica. La triangulación de hallazgos cuantitativos con descripciones cualitativas informadas de casos, puede ofrecer una visión más rica de la dinámica entre la psicopatología y la personalidad en este grupo etario. Esto resuena con las revisiones de literatura contemporáneas que abogan por el diseño de medidas multidimensionales con relevancia clínica (Kwan & Rickwood, 2015). Los hallazgos sugieren que futuras investigaciones deben adoptar una perspectiva longitudinal, permitiendo una captura más precisa de las dinámicas y transformaciones a lo largo del desarrollo, un aspecto que las limitaciones de nuestro estudio no permitieron explorar. Esto, lejos de ser una mera recomendación metodológica, parecer ser una necesidad epistemológica.

3.3. Acerca de los resultados según categorías de severidad.

En relación a la presencia de psicopatología, en la muestra general, la presentación de los resultados indica que el 25,1% muestra signos de psicopatología subumbral y clínica según el Cuestionario General de Salud (GHQ-12), el 23,9% se encuentra en rango clínico de psicopatología según el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ). Estos datos concuerdan con hallazgos internacionales sobre la prevalencia de la psicopatología en este grupo de edad, que reportan cifras que varían desde un 10% (Schulte-Körne, 2016), hasta un 40% (Deighton et al., 2014). La variabilidad en estas prevalencias suele estar influenciada por factores como el sexo, la edad y las condiciones socioeconómicas de las poblaciones analizadas. Es notable que los puntajes más altos se observan en sistemas de protección infantil (Bronsard et al., 2016), y en países de bajos ingresos (Patel et al., 2021). La OMS reporta una media del 13% (World Health Organization, 2022). El porcentaje reportado del 50% de presencia de psicopatología en la muestra clínica es consistente con la búsqueda de ayuda psicoterapéutica en el entorno del estudio.

En relación a la patología de la personalidad, los resultados muestran que el 18,6% de la muestra general presenta un compromiso en el funcionamiento de la personalidad que supera el punto de corte, sugiriendo un posible riesgo de trastorno de la personalidad. Esto es consistente con los hallazgos internacionales. La prevalencia media reportada para los trastornos de personalidad en la población adulta no clínica, es del 10,6%, lo suficientemente consistente al analizar en seis estudios mayores en tres países diferentes (Lenzenweger, 2008). Si bien los datos de prevalencia en la adolescencia son limitados, se acepta que es posible que en las primeras etapas de la vida, los trastornos de la personalidad sean un poco más comunes que en la edad adulta (Shiner & Tackett, 2014).

El porcentaje de compromiso de la personalidad en la muestra clínica fue del 22,9%. Esto es inferior a lo que se reporta comúnmente en la literatura para las poblaciones clínicas, que oscila entre 41%, en el entorno de la psicoterapia ambulatoria (Feenstra et al., 2011; Shiner & Tackett, 2014) y tasas del 64% en pacientes ingresados (Grilo et al., 1998), siendo mucho mayores al considerar adolescentes encarcelados (Kaszynski et al., 2014). Creemos que el hallazgo notoriamente inferior en nuestra muestra clínica, podría reflejar el contexto específico del servicio asistencial donde se llevó a cabo el estudio, que no abarca poblaciones vulnerables ni individuos con altos factores de riesgo. Por lo tanto, es plausible que en la población general este porcentaje sea más elevado.

3.4. Acerca de las diferencias encontradas entre grupos específicos.

3.4.1. Diferencias por sexo

Los niveles significativamente más elevados de psicopatología en mujeres en ambas muestras, se alinean con la literatura científica. Los hallazgos son coincidentes en la psicopatología global e internalizante, pero no lo son en lo relativo a la ausencia de diferencias significativas en psicopatología externalizante. Habitualmente, las mujeres presentan más trastornos de ansiedad y del ánimo, mientras que los hombres muestran más trastornos externalizantes. Esta observación es frecuentemente respaldada por estudios epidemiológicos y ha sido comprobada, entre otros, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una investigación global, en todas las muestras y naciones analizadas, las mujeres mostraron mayores índices de ansiedad y trastornos del ánimo en comparación con los hombres, mientras que estos últimos presentaron una mayor prevalencia en trastornos de externalización y consumo de sustancias que las mujeres. (Seedat et al., 2009).

Por lo tanto, el hallazgo de que no hay diferencias significativas entre sexos en la psicopatología externalizante es inusual y merece análisis. Una explicación podría ser la baja prevalencia de la psicopatología externalizante en ambas muestras⁶⁴, lo que puede disminuir la potencia estadística y hacer más difícil la detección de diferencias significativas. Aún así, es particular que esta ausencia de diferencias significativas por sexo en psicopatología externalizante, se reproduzca en ambas muestras y con diferentes instrumentos de medida, lo que sugiere que el hallazgo podría no ser un artefacto estadístico. En este sentido, vale preguntarse si existen características culturales específicas que explican esta ausencia.

La mayor prevalencia de psicopatología en mujeres es uno de los descubrimientos más misteriosos y consistentes de la psiquiatría (Riecher-Rössler, 2017), del cual aún se debate la etiología. Entre estas, se postulan la reactividad mayor a los eventos vitales estresantes, la mayor vulnerabilidad interpersonal, las diferencias individuales en el autoconcepto (Leadbeater et al., 1999), la violencia y el abuso sexual (Oram et al., 2017), y las influencia de las hormonas sexuales, en particular del estradiol y la progesterona sobre los niveles de ansiolíticos endógenos, en particular la serotonina (Balzer et al., 2015; Li & Graham, 2017). Estas diferencias pueden explicar además las diferencias encontradas en el desarrollo cerebral (McCarthy, 2008), y la razón por la cual la emergencia de estas diferencias se da en la adolescencia (Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema, 1994; Salk et al., 2017). Aún así, no deben desestimarse las razones socioculturales, específicamente referidas a la desigualdad de los roles sociales de género y la discriminación (Riecher-Rössler, 2017; Seedat et al., 2009), ya que esta brecha de género en la depresión parece disminuir con el cambio en estos roles a lo largo del tiempo (Platt, 2020). Estos resultados subrayan la importancia de considerar el sexo como una variable crucial en la investigación y en la clínica.

El mayor compromiso en mujeres del nivel de funcionamiento de la personalidad deberá ser considerado en el contexto específico nacional y del estudio. Si bien es claro que algunos trastornos categoriales son más frecuentes en mujeres (borderline, histriónico, dependiente) y otros en hombres (antisocial, obsesivo y narcisista), la investigación demuestra que los resultados alrededor de las diferencias de género en los trastornos de personalidad no son uniformes y parecen estar fuertemente influenciados por el contexto en el que se realiza el estudio (Schulte Holthausen & Habel, 2018). El cambio hacia el modelo dimensional y la nueva investigación en el área permitirá saber si estas diferencias son en fenómenos específicos de sexo, aunque son en realidad consecuencia de un sustrato común.

⁶⁴ 26 sujetos (7,2%) en la muestra general y 7 sujetos (20%) en la muestra clínica.

Por lo tanto, como en el análisis de la psicopatología, es pertinente preguntarse si las diferencias significativas encontradas en el funcionamiento de la personalidad es producto de factores socioculturales, experiencias traumáticas específicas, diferencias biológicas o neuroquímicas, o incluso de expectativas y roles de género. La idea de que las mujeres son más propensas a la introspección al autoevaluarse ha sido refutada por los (Clancy & Gove, 1974; Tousignant et al., 1987).

3.4.2. Diferencias por edad

Los niveles de malestar emocional, psicopatología global e internalizante, y el compromiso del funcionamiento de la personalidad fueron significativamente más altos en los mayores de 15 años. Sin embargo, el tamaño del efecto fue bajo, lo que sugiere que la magnitud de esta diferencia, aunque relevante, es modesta⁶⁵. Ciertas formas de psicopatología, como la depresión, pueden ser más prevalentes en la adolescencia tardía (Hankin et al., 1998). Además, la investigación sugiere que esta tiene raíces profundamente arraigadas en la infancia, que se manifiestan con mayor prominencia durante la adolescencia, de la misma manera (continuidad homotípica) o de formas variadas en diferentes etapas (continuidad heterotípica) (Kerr et al., 2021; Snyder et al., 2017). Esto se da particularmente en la adolescencia tardía (Cohen et al., 2005). Estos hallazgos pueden estar influenciados por factores contextuales, desafíos socioemocionales y académicos que enfrentan los adolescentes mayores, combinados con vulnerabilidades temperamentales, genéticas y/o experiencias traumáticas, creando un entorno propicio para que estos trastornos emerjan y se expresen más intensamente. También es posible que las diferencias en la capacidad para reconocer y reportar síntomas entre grupos de edad, pueda estar influyendo.

3.4.3. Diferencias según experiencia previa con psicólogo.

Los niveles de malestar emocional, psicopatología global e internalizante, y el compromiso del funcionamiento de la personalidad, fueron significativamente mayores en aquellos con experiencia previa con psicólogo. Una interpretación es que aquellos que han buscado ayuda profesional, lo hicieron debido a niveles más altos de malestar o psicopatología, como lo muestran los datos de la literatura (Feenstra et al., 2011; Shiner & Tackett, 2014).

⁶⁵ Por otro lado, en la muestra clínica, esta diferencia no se confirmó.

Además, es esencial considerar la duración y naturaleza del tratamiento al interpretar estos hallazgos. Muchos de quienes tenían experiencia previa con el psicólogo, reportaron consultas puntuales o tratamientos de corta duración. Aunque estos tratamientos pueden ofrecer alivio a corto plazo, es claro que la terapia de mayor duración muestra beneficios mayores y más sostenidos (Leichsenring, 2008; Lindfors et al., 2014). Por esta razón, es plausible que un seguimiento inadecuado o inconsistente, no haya permitido a los jóvenes contar con las herramientas necesarias para mantener las mejoras a largo plazo. Por lo tanto, las diferencias significativas encontradas en aquellos con experiencia previa con un psicólogo pueden dar cuenta de que los sujetos de la muestra, tenían niveles más altos de malestar previo que motivaron la consulta, siendo posible que esta no haya proporcionado una solución. Los estudios de evaluación de resultados del sistema de psicoterapias en Uruguay muestran tasas de deserción de cerca del 50%. Este número revela la importancia de que los servicios implementen estrategias para prevenir el abandono temprano en jóvenes (Dogmanas et al., 2022).

3.5. Acerca de los hallazgos correlacionales

Los resultados del análisis correlacional entre las variables psicométricas de las escalas en la muestra general y clínica, revelan correlaciones positivas, significativas y fuertes entre las herramientas. Estas correlaciones indican que hay una relación no aleatoria entre las variables, lo que sugiere que podrían estar midiendo constructos relacionados o aspectos superpuestos de la psicopatología, como se confirma posteriormente en los resultados de los tests de reducción de la dimensionalidad. Por lo tanto, la fuerte correlación encontrada, sugiere que estas herramientas pueden estar capturando aspectos similares en los individuos evaluados. Se destaca además, que la correlación entre las subdimensiones de psicopatología internalizante y externalizante en la muestra clínica fue baja y no significativa. Esto sugiere que, aunque ambas herramientas miden aspectos relacionados de la psicopatología, representan constructos distintos y separados. Esta distinción es coherente con la literatura existente, que a menudo diferencia entre síntomas internalizantes, como la ansiedad y la depresión, y síntomas externalizantes, como la conducta disruptiva y la agresión. (Achenbach et al., 2016; Krueger et al., 2021; Watson et al., 2022)

3.6. Acerca de los hallazgos factoriales

Los hallazgos de las técnicas de reducción de dimensionalidad son cruciales para entender la relación entre los constructos estudiados. El análisis de la estructura subyacente respalda la hipótesis de que existe *un factor único que agrupa la psicopatología y el deterioro de la personalidad*. Esta conclusión es evidente en la muestra general y la clínica, considerando los scores globales de las escalas. Por otro lado, *se identifica un modelo bifactorial* con subdimensiones agrupadas en un factor que engloba malestar, psicopatología internalizante y deterioro de la personalidad y un factor separado de psicopatología externalizante. Estos hallazgos, que como veremos son consistentes con la literatura, refuerzan la relevancia del análisis de la relación y el significado de la dimensionalidad para comprender el tema en estudio. Por esta razón, es necesario un análisis más profundo sobre qué implican estos resultados para las teorías actuales.

3.6.1. Acerca de la estructura nomológica de los factores y la relación entre psicopatología y personalidad.

Los hallazgos factoriales plantean interrogantes acerca de la relación entre las variables, y específicamente de la relación nomológico - jerárquica de las mismas. ¿De qué manera categorizar los factores encontrados en un sistema conceptual teórico que describa las relaciones entre los múltiples conceptos o variables en términos coherentes? La característica más duradera de la concepción de la personalidad, contrasta con la naturaleza de “estado” de la psicopatología. Por lo tanto, parece fundamental abordar las interrogantes acerca de la estructuración jerárquica entre la personalidad y la psicopatología. Lo encontrado sugiere una estructura que nos interpela acerca de cómo se manifiestan estos factores en los sujetos del estudio. Utilizaremos los modelos de la relación entre constructos abordados en el marco teórico para referirnos a las interrogantes planteadas.

Desde una perspectiva patoplástica (o de interdependencia): ¿Podría el nivel de funcionamiento de la personalidad moldear o influir en la forma en que se manifiestan los trastornos psicopatológicos? y/o ¿Podría la psicopatología influir en el nivel de funcionamiento de la personalidad? *Desde una perspectiva de espectro (o de etiología común):* ¿Existe una base etiológica común entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología? De ser así, ¿es viable argumentar que por esta razón, algunos trastornos psicopatológicos están intrínsecamente relacionados con un nivel de funcionamiento específico de la personalidad?

Adicionalmente ¿cómo se explica el patrón de asociación con la psicopatología internalizante? y ¿Cómo se comprende que la psicopatología externalizante se diferencie de este tronco común? *Desde una perspectiva causal* (en la que un constructo determina la génesis del otro): ¿Es posible que la psicopatología surja como resultado directo del compromiso en el funcionamiento de la personalidad?. En este contexto, ¿De qué manera se explicaría la agrupación predominante con la psicopatología internalizante? o ¿De qué manera la psicopatología puede influir en el desarrollo y formación de patologías de la personalidad?. Como mencionamos previamente, estos modelos de comprensión de la relación no son mutuamente excluyentes. Para referirnos al problema, analizaremos nuestros hallazgos, a través de las diferentes perspectivas abordadas en el presente trabajo y trataremos específicamente el lugar otorgado en las mismas a la relación entre los constructos.

3.6.2. Acerca de la presencia de un factor único subyacente a la patología psiquiátrica.

La investigación contemporánea cuestiona la clasificación habitual de los trastornos psiquiátricos, identificando un factor único que permea su estructura. Este descubrimiento, enmarcado en una crisis de confianza en la nosología psiquiátrica, tiene implicancias científicas, socio-culturales y filosóficas profundas (Caspi & Moffitt, 2018). Los hallazgos contradicen la perspectiva convencional que ve a los trastornos mentales como entidades separadas y categóricas, planteando una conexión más profunda entre los diversos trastornos (Caspi et al., 2014). Esto refiere a la discusión entre divisores y agrupadores de la psicopatología, referida previamente (Lilienfeld, 2003). Históricamente, figuras como Bowlby ,ya argumentaban contra la idea de que las enfermedades mentales son entidades separadas. En su libro “Personalidad y Enfermedad Mental”, el autor argumenta que la subdivisión en patologías específicas es insostenible y que es la totalidad del estado mental, la única guía apropiada para la evaluación y la estimación pronóstica (Bowlby, 1942). Esta fue además, la perspectiva Freudiana y del psicoanálisis en general, ubicando a los síntomas como un fenómeno secundario a la etiología subyacente. Esta es, por lo tanto, una idea que parece nueva, pero tiene mucha historia previa (Caspi & Moffitt, 2018). La novedad parece radicar en que la investigación cuantitativa factorial actual apoya los constructos teóricos del pasado.

La literatura muestra que existe evidencia creciente acerca de la presencia de una dimensión general de psicopatología, conocida en la literatura como factor "p", que daría cuenta de las fuertes correlaciones entre tres factores de alto nivel: internalización, externalización y perturbación del pensamiento. (Luyten & Fonagy, 2021). Esto ha determinado que surja un movimiento de clasificación cuantitativa, o basado en evidencia. En general, cuanto más alta es la puntuación de una persona en el llamado factor "p", mayor será la discapacidad, las historias de desarrollo problemáticas, y los antecedentes psiquiátricos (Kotov et al., 2017). Los investigadores plantean que estas dimensiones latentes trans-diagnósticas, podrían ayudar a explicar la alta comorbilidad, la recurrencia de los trastornos y la dificultad para encontrar marcadores biológicos específicos. Por lo tanto, las redes factoriales estadísticas brindan una estructura conceptual jerárquica para explicar la comorbilidad a través factores latentes a los diagnósticos discretos (Luyten & Fonagy, 2021). Se plantea además que podrían explicar la falta generalizada de especificidad en psiquiatría, donde varios trastornos comparten factores de riesgo y biomarcadores comunes, y en muchas ocasiones responden a las mismas terapias (Caspi & Moffitt, 2018). Por lo tanto, la incorporación de factores trans-diagnósticos en el análisis de la psicopatología permite una conceptualización donde las perturbaciones diarias y las patologías mentales se inscriben en un continuo dimensional (Kotov et al., 2017). Esta perspectiva epistemológica sugiere que manifestaciones sintomáticas, que históricamente han sido categorizadas en entidades diagnósticas discretas, pueden manifestarse concomitantemente en un sujeto. Adicionalmente, los hallazgos permiten argumentar que es posible que los ensayos de intervenciones psicológicas subestimen significativamente la efectividad si utilizan diagnósticos categoriales como medidas de resultado en lugar de un factor general (Duschinsky & Foster, 2021).

3.6.2.1. Acerca del significado del factor "p"

Más allá de la consistencia de los hallazgos, es pertinente preguntarse, *¿qué representa realmente el factor "p"?* La definición de su significado varía según quien interprete los mismos (Levin-Aspenson et al., 2021). Por un lado, esta variabilidad, destaca la importancia de un análisis crítico de los modelos factoriales matemáticos, en relación con "la realidad psicopatológica" de los individuos estudiados, ya que los modelos estadísticos no informan acerca de las causas de las correlaciones. La interpretación de las altas correlaciones entre síntomas encontradas en los modelos matemáticos puede también ser variable.

Por un lado, estas pueden *obedecer a un factor causal único*. Aún así, esto puede ser relativizado comprendiendo los hallazgos como parte de un *modelo causal de red*⁶⁶. Por otro lado, el factor puede ser secundario a un *modo de respuesta sobre uno mismo*⁶⁷. Por último, las correlaciones pueden verse más *como un resultado que como una causa* (Caspi & Moffitt, 2018). Por otro lado, y más allá de estas discusiones estadísticas, es necesaria la teorización o discusión conceptual sustantiva acerca del significado de la varianza compartida y de su utilidad teórica y clínica. Algunos plantean que este es un factor amplio de vulnerabilidad que atraviesa diferentes diagnósticos y que se asocia con una mayor probabilidad de experimentar dificultades psicológicas (Luyten & Fonagy, 2021). Los modelos sugieren además que el mismo está fuertemente definido por la afectividad negativa, la inestabilidad emocional y lo psicótico, y que su relación con lo externalizante es débil⁶⁸ (Duschinsky & Foster, 2021).

Otros, plantean su vínculo con experiencias traumáticas previas y con el déficit de la resiliencia y la “Confianza Epistémica”, que refiere a la capacidad, específicamente humana, de reconocer el conocimiento de otros como útil (Fonagy et al., 2017a, 2017b). Estas consideraciones, validadas por la investigación básica y la psicología del desarrollo (Mascaro & Sperber, 2009; Sperber et al., 2010) tienen una amplia relevancia en la etiopatogenia y el tratamiento de la patología de la personalidad en el momento actual. Específicamente, se plantea que es posible que muchas expresiones de trastornos mentales sean el resultado de una incapacidad para sacar provecho de la interacción social (Allen, 2020; Luyten & Fonagy, 2021). Parece esencial que se aborde la interpretación de este factor desde un enfoque crítico y se genere una teoría bien articulada evitando asumir al mismo con un constructo unívoco.

3.6.3. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la literatura psiquiátrica

Desde la perspectiva psiquiátrica, algunos expertos han abordado los hallazgos factoriales y la intersección entre personalidad y psicopatología considerando que, el núcleo central de factor “p” de psicopatología está específicamente conformado por los síntomas del trastorno borderline de la personalidad, como la distorsión de la identidad, el sentimiento de vacío y el miedo al abandono (Sharp et al., 2015).

⁶⁶ En el cual no hay un factor causal único, sino una interrelación causal compartida entre síntomas, en el que la presencia de un síntoma es la causa del otro.

⁶⁷ Es decir, un sesgo de cómo los seres humanos responden sobre sí mismos. Esto ha sido estudiado utilizando datos de múltiples informantes y no únicamente los autoreportes.

⁶⁸ Esto también es consistente con los hallazgos de nuestro trabajo.

Otros autores apoyan esta perspectiva (Ahmadi Marvilli, 2019; Benzi & Madeddu, 2017; Both, Benetti, Goodman, et al., 2019; De Santis et al., 2019; Neacsiu et al., 2015). La relación entre la patología borderline de la personalidad y la psicopatología ha sido investigada poniendo a prueba la perspectiva patoplástica y de espectro. Ninguna de las teorías pudo explicar totalmente la relación, aunque ambas recibieron apoyo parcial (Choate et al., 2023). Creemos que los resultados de nuestro estudio respaldan esta perspectiva, ya que los aspectos evaluados por el Cuestionario de Autoreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ) se centran fundamentalmente en la identidad, el apego, la interpersonalidad y el control emocional. Estos aspectos capturan implícitamente los síntomas principales del síndrome borderline. Por lo tanto, nuestros hallazgos están en línea con lo propuesto por la literatura psiquiátrica, aunque debido al alcance correlacional del estudio, no podemos determinar el tipo de relación subyacente a la correlación encontrada.

3.6.4. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la literatura de investigación o basada en evidencia.

El análisis de la literatura de investigación referida a las taxonomías empíricas o *basadas en evidencia*, muestra que existen diferentes modelos factoriales trans-diagnósticos que compiten entre sí. Aún así, la mayoría arroja un modelo bifactorial como el encontrado en nuestro trabajo, con un factor general y varios factores específicos. Las variaciones sutiles entre modelos ponen en evidencia que encontrar una estructura única e ideal de comorbilidad que sea aplicable en todas las situaciones es poco probable (Kim & Eaton, 2015).

Entre estos, el “Modelo de Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología” (HiTOP), ya referido en el marco teórico, merece un análisis detallado. La propuesta del modelo se ha expandido progresivamente en su base de evidencia, convirtiéndose en un marco integral para entender la psicopatología. Este propone una estructura nomológica clara, que permite explorar los principios fundamentales de la taxonomía empírica, así como el lugar de la personalidad en la misma. Según el modelo, *la psicopatología se explica mejor a través de dimensiones*, aunque el mismo no renuncia a la existencia de entidades discretas demostradas por la investigación, ni tampoco a la existencia de límites cualitativos entre cuadros (Kotov et al., 2021). Por otro lado, *asume que la co-ocurrencia de síntomas y características, es la que asegura la coherencia de los diagnósticos*, ubicando las características no relacionadas en dimensiones diferentes. Por último, considera que *la psicopatología se puede ordenar jerárquicamente de dimensiones amplias a más estrechas*.

Las dimensiones propuestas están basadas en un “consenso de evidencia”, con diferentes niveles de evidencia estructural y validación, y se encuentran en constante revisión (Kotov et al., 2021). Estas dimensiones incluyen un factor general, debajo del cual se encuentran tres super espectros: la disfunción emocional (Watson et al., 2022), lo externalizante (Krueger et al., 2021) y lo psicótico (Kotov et al., 2020). En un nivel más profundo, se ubican seis dominios⁶⁹.

El modelo aborda la personalidad, fundamentalmente a través de la teoría de los rasgos (Kotov et al., 2017), agrupando bajo los superespectros a los trastornos categoriales de la misma, junto a los trastornos clínicos del antiguo eje I. En este sentido, la investigación ha trazado consistentes relaciones entre los diferentes rasgos y patologías específicas (Krueger et al., 2001; Markon, 2010), lo que permite afirmar que los trastornos mentales comunes tienen una fuerte relación con la personalidad y comparten perfiles de rasgos similares (Kotov et al., 2010). Si bien es pertinente señalar que Aún no se ha logrado una explicación completa de las relaciones entre estos factores" (Kotov et al., 2021), analizaremos de qué manera se organiza la relación entre psicopatología y personalidad en el modelo.

El superespectro externalizante, se divide en dos dimensiones distintas: antagonismo y desinhibición. La dimensión de antagonismo se ha vinculado a una variedad de rasgos maladaptativos, e integra los trastornos de la personalidad narcisista, paranoide histriónico. *El trastorno antisocial de la personalidad se identifica como un indicador no específico de carácter central en este superespectro*. El trastorno límite de la personalidad, puede relacionarse tanto con indicadores de este superespectro como del internalizante.

El superespectro de Disfunción Emocional, que agrupa la psicopatología internalizante y somatomorfa, está relacionado con el rasgo de afecto negativo o neuroticismo y agrupa los trastornos de personalidad borderline, obsesivo-compulsivo, evitativo, paranoide y dependiente, junto a diferentes trastornos del eje I, fundamentalmente los trastornos ansiosos, del humor, alimentarios y sexuales.

El superespectro de la psicosis que se subdivide en trastorno del pensamiento y desapego, y está profundamente relacionado con el rasgo de psicoticismo. Bajo este superespectro se agrupan el trastorno de personalidad: paranoide, esquizotípico, esquizoide y evitativo, también unido a diferentes trastornos del eje I, entre otros el trastorno bipolar, los trastornos disociativos, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

⁶⁹ Trastornos somatomorfo, internalizante, trastorno del pensamiento, desapego, externalizante desinhibido, externalizante antagonista.

Por lo tanto, si bien la personalidad es una base fundacional del modelo, la relación de las diferentes dimensiones del HiTOP con la comprensión dimensional de la personalidad y los niveles de funcionamiento de la misma está menos estudiada. Esto impide referir nuestros hallazgos de forma directa a la literatura, y fundamentalmente el análisis de la agrupación de lo internalizante con el factor único de nuestra muestra, y el alejamiento en un segundo factor de lo externalizante. Al abordar la perspectiva psicodinámica acerca de esta discusión, abordaremos, entre otros, algunas hipótesis derivadas de este hallazgo.

La consistencia del modelo entre muestras ha sido probada en diversos estudios (Levin-Aspenson et al., 2021). En un análisis con adolescentes, se identificó un factor general y factores internalizantes y externalizantes, cuya correlación se invertía al controlar por el factor único (Patalay et al., 2015). Otro estudio con jóvenes encontró un factor general que explicaba gran parte de la varianza, y aquellos con mayores compromisos del factor P, habían tenido contacto previo con tratamiento (St Clair et al., 2017). En este sentido, nuestro estudio reveló hallazgos similares. Como vimos, aquellos participantes con experiencia previa con psicólogo mostraron un mayor compromiso de la personalidad y un nivel elevado de psicopatología. Además, la inclusión de los scores de las subdimensiones globales internalizante y externalizante junto a las dimensiones globales, eliminaban la agrupación bifactorial encontrada con las subescalas y volvían a agruparse en único factor.

Además, es importante señalar que el modelo ha sido correlacionado con estudios genéticos y del comportamiento, que demuestran que existe una vulnerabilidad genética a la psicopatología distribuida de forma continua en la población. Esta también varía en severidad de manera dimensional (Allegrini et al., 2020; Smoller et al., 2019) y sigue una organización jerárquica, en factores generales y específicos, que correlaciona ampliamente con el modelo estadístico (Martin et al., 2018). Además, se ha correlacionado con fenotipos electroencefalográficos y de imagenología cerebral, vinculando las diferentes dimensiones a correlatos neurobiológicos específicos (Kircanski et al., 2018; Romer et al., 2021). HiTOP también se ha encontrado útil para predecir resultados clínicos (Eaton et al., 2013), seleccionar tratamientos y objetivos terapéuticos, con una mayor aceptación por parte de los clínicos en comparación con los sistemas de nosología tradicional. (Kotov et al., 2021).

Aunque la taxonomía empírica proporciona un marco de referencia coherente que facilita la triangulación interdisciplinaria, aún quedan muchos temas pendientes por responder e investigar. Entre estos, cómo abordar el debate rasgo-estado, la capacidad para comprender los aspectos longitudinales del desarrollo de los individuos, y los elementos relacionados con el curso de la enfermedad, aspectos que los modelos actuales no abordan.

3.6.5. Los hallazgos factoriales y la relación entre psicopatología y personalidad en la teoría psicodinámica.

Para la teoría psicodinámica la psicopatología debe considerar *quién es el paciente, más que lo que el paciente tiene*. (Lingiardi & McWilliams, 2017). Una parte central de sus postulados es la continuidad entre normalidad y patología, junto a la noción de que existen constructos latentes, bajo la forma de conflictos inconscientes o compromiso de funciones estructurales del psiquismo, que son inferibles por debajo de lo manifiesto o puramente observable. Estas son además, vulnerabilidades consideradas trans-diagnósticas. En todos estos aspectos la teoría psicodinámica se asemeja a lo postulado por la taxonomía empírica.

Por otro lado y de manera complementaria, la visión psicodinámica resalta la influencia del desarrollo específico del sujeto en la estructuración de la patología, considerando la fenomenología observada como un “intento dinámico de adaptación” (Duschinsky & Foster, 2021; Luyten & Fonagy, 2021). Desde esta perspectiva, la comprensión de los pacientes, está influida por la consideración de factores predisponentes biológicos, pero también psicosociales, del desarrollo específico del sujeto. En este contexto, los nuevos hallazgos de la taxonomía empírica reviven el acercamiento psicodinámico a la nosología, afirmando que la misma debe estar arraigada en una perspectiva del desarrollo que considere una etiología compleja y diversa en los trastornos (Blatt & Luyten, 2010). Específicamente, el cuestionamiento acerca de si la persona y el trastorno son cosas diferentes, es nuevamente pertinente (Luyten & Fonagy, 2021).

Es decir, que lo importante parece ser no sólo ¿qué trastorno?, sino ¿en quién? y ¿generado de qué manera?. Esto tiene además implicancias fundamentales para la posición terapéutica, en lo referido a la adopción de técnicas y competencias basadas en evidencia, aplicables a aspectos específicos y probadamente efectivas en determinados trastornos, pero que sean también adaptadas a la persona y fundamentalmente a la forma en la que el problema se ha generado (Bagattini, 2021b; Killingmo, 1989b; Sahin et al., 2017).

Por esta razón, la aproximación de lo nomotético y lo idiográfico es fundamental para la comprensión de la relación entre psicopatología y personalidad. Abordaremos en la siguiente sección el estudio de caso para analizar esto en detalle. Además, es importante el análisis de los hallazgos cuantitativos de nuestro estudio a la luz de la teoría psicodinámica. Específicamente, ¿qué significa la elevada correlación entre el malestar emocional, la psicopatología internalizante y el compromiso del funcionamiento de la personalidad, visto desde esta perspectiva? (Benzi et al., 2019; Remmers et al., 2023).

Por otro lado, ¿Cómo se explica la menor fuerza de correlación entre la psicopatología externalizante y el compromiso en el funcionamiento de la personalidad? Si bien esto es consistente con algunas publicaciones (Jung et al., 2013), parece necesario considerar nuevamente las limitaciones del tamaño de la muestra y del número de sujetos que reportaron psicopatología externalizante. Aún así, desde la teoría psicodinámica, puede pensarse si lo externalizante se separa de la patología de la personalidad, debido a que es producto del conflicto y no del déficit estructural (Frank, 1996; Kernberg, 2005). Al parecer, la investigación indica que los adolescentes que carecen de control esforzado suelen recurrir a la externalización como mecanismo para afrontar la autocrítica (Leadbeater et al., 1999; Luyten & Fonagy, 2021). El análisis de los aspectos etiológicos, revela en realidad un escenario mucho más complejo, que vincula lo externalizante con el temperamento, el apego (Guttman-Steinmetz, 2006), rasgos de personalidad y déficits cognitivos específicos, así como con aspectos de la parentalidad (Hiramura et al., 2010).

La relación entre la personalidad y la severidad de la psicopatología siempre ha sido considerada como interdependiente en la teoría psicodinámica (Luyten & Fonagy, 2021). Al analizar la literatura acerca del factor “p” desde esta perspectiva, este se refiere al nivel de integración de la estructura psíquica del individuo. Es decir, la vulnerabilidad para la presencia y severidad de psicopatología puede explicarse por el compromiso del funcionamiento de la personalidad. Esto concuerda con la investigación en psicoterapia psicodinámica donde este es el predictor más importante del curso del tratamiento y del pronóstico a largo plazo (Grande et al., 2009b; Keller, 2004; Lindfors et al., 2014).

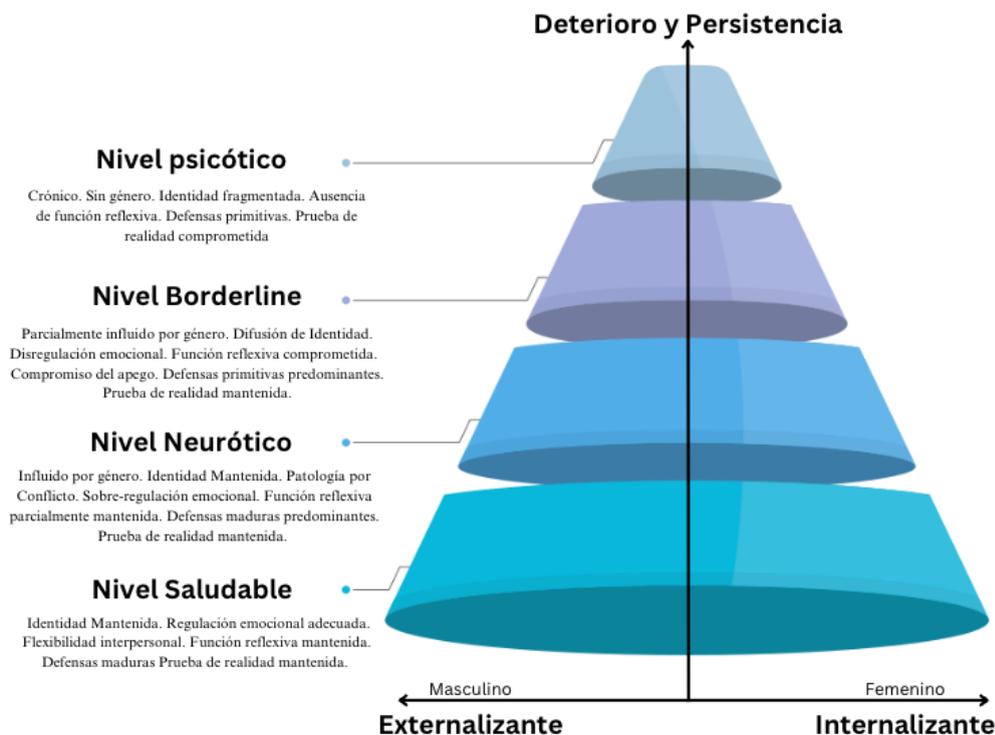
Tradicionalmente, el continuo de funcionamiento varía desde un nivel saludable, a niveles neuróticos, borderline y psicóticos, con compromisos progresivos de la identidad, la regulación emocional, el apego, la función reflexiva, los mecanismos de defensa y la prueba de realidad (Benzi & Madeddu, 2017; Caligor et al., 2007; . Kernberg, 1981).

Estas dimensiones, se relacionan en la literatura con mayor posibilidad de problemas intrapsíquicos e interpersonales. La identidad en particular ha recibido una atención importante en la investigación (Both, Benetti, Goodman, et al., 2019; Verschueren et al., 2019). Algunos estudios relacionan el compromiso de esta como un mediador de los trastornos internalizantes y la suicidalidad en adolescentes (Sekowski et al., 2021, 2022). Además, en línea con nuestros hallazgos, el grado de compromiso con la identidad varía entre adolescentes con distintos tipos de trastornos mentales. Específicamente, la psicopatología externalizante muestra menor compromiso, que la internalizante y los trastornos de la personalidad (Jung et al., 2013).

En la Figura 12, se presenta una adaptación del modelo en forma de pirámide propuesto en el trabajo “Integrando y Diferenciando Personalidad y Psicopatología: una Perspectiva Psicodinámica” (Luyten & Fonagy, 2021). Esta representa la relación entre el factor general de psicopatología y la teoría psicodinámica de los niveles de funcionamiento de la personalidad. Subiendo en la pirámide, aumenta el deterioro del factor “p” y la persistencia de la psicopatología. En la base de la misma, está el nivel saludable del factor. En el nivel neurótico, se distinguen trastornos específicos, catalogados como internalizantes y externalizantes, influidos por el género. En el nivel borderline, el compromiso del factor general es mayor y la distinción entre el sujeto y la patología se vuelve difícil, por lo que las características de los trastornos definen la personalidad del individuo. Es decir, mientras que en el nivel neurótico puede existir un individuo con una depresión o un trastorno ansioso, en el nivel borderline, los síntomas como la depresión, la ansiedad, el vacío o las autolesiones, no deben considerarse trastornos separados, sino parte integral de la organización límite de la personalidad (Luyten et al., 2020). Más alto en la pirámide, es aún más difícil diferenciar el individuo del trastorno. El deterioro y persistencia de la patología es mayor. Pueden observarse las características psicodinámicas específicas de cada nivel, según las descripciones del Manual OPD-IJ-2

Figura 12

Relación entre el factor “p”, los niveles de funcionamiento de la personalidad, tipo, severidad y persistencia de la psicopatología (Adaptado de Luyten y Fonagy, 2021).



Visto desde esta perspectiva y apoyándose en la literatura que define diferentes posiciones terapéuticas en función del nivel de funcionamiento de la personalidad, el diagnóstico de esta dimensión, es mandatorio en las primeras entrevistas (Kernberg, 1981; Killingmo, 1989). Además, en línea con los postulados históricos del psicoanálisis, las dimensiones que conforman este factor son la identidad y la capacidad para diferenciarse del otro, la regulación emocional, la función reflexiva o capacidad de simbolización y el apego (Akin et al., 2023). Estas son consistentes con las dimensiones actuales postuladas por la psiquiatría en los manuales de consenso (World Health Organization, 2019). Es razonable pensar que esto se establece como un entramado subjetivo complejo basado en la relación con las figuras primarias (OPD-CA-2 Task Force et al., 2017).

Esto hace pensar en las psicologías del psicoanálisis (Pine, 1988) y sus postulados sobre la concepción del sujeto. Además, al pensar en el peso del ambiente y el desarrollo, es inevitable referirse a la influencia del trauma (Gibbon, 2017), específicamente del trauma repetido, el abuso o la negligencia en la psicogénesis de los trastornos (Fuchshuber et al., 2018; Hyland et al., 2022b; Luyten et al., 2020). Esto no anula el valor de los rasgos de la personalidad, ya que hay evidencia de que estos determinan algunas trayectorias específicas del desarrollo (Luyten & Fonagy, 2021).

Por lo tanto los hallazgos acerca de un factor general de psicopatología son muy importantes también al ser analizados desde la teoría psicodinámica, pero tienen una interpretación diferente y complementaria, referida específicamente al funcionamiento de la personalidad, brindando un marco teórico que da cohesión a los hallazgos estadísticos desde esta perspectiva y que agrega elementos singulares como la consideración epigenética, la etiopatogénica y la referida al desarrollo de técnicas específicas en función de la alteración de la dimensión en estudio. Por otro lado, la teoría contemporánea propone un modelo de comprensión acerca de la diferenciación e integración de personalidad y psicopatología.

3.6.6. Acerca de los hallazgos en el contexto adolescente.

Al analizar la pertinencia de nuestros hallazgos y su relación con la investigación específica en el contexto adolescente, la literatura deja en evidencia la diferencia en el monto de investigación en estas edades, en donde a pesar de la relevancia pronóstica y de la necesidad de comprender la salud mental en esta etapa la forma en que se ha conceptualizado y medido este fenómeno ha sido irregular (Black et al., 2019), siendo evidente que la mayoría de las investigaciones sobre la estructura de correlación entre trastornos mentales se han llevado a cabo en población adulta. (Carragher et al., 2016).

En la adolescencia, la visión categorial y la validez de los diagnósticos discretos también está en crisis. Los análisis de las estructuras jerárquicas dimensionales de la psicopatología en este grupo de edad, comienzan a brindar resultados consistentes, con una adopción progresiva de modelos dimensionales jerárquicos como forma de comprender la metaestructura de los trastornos y potenciales trayectorias evolutivas, entre otros (Lahey et al., 2017; Shields et al., 2021). Nuestro trabajo aporta en este sentido a la necesidad de estudios en esta etapa de edad. La concordancia de los hallazgos con la literatura internacional aporta a la validez de lo encontrado en nuestro estudio.

Al analizar la influencia del sexo en estas edades, encontramos que la prevalencia varía según los períodos del desarrollo. Si bien la psicopatología es más frecuente en hombres antes de los 11 años, luego de los 11 es mucho más probable que las mujeres experimenten trastornos de internalización (Black et al., 2019). Esto es consistente con nuestro trabajo.

Tanto en la niñez (Avinun et al., 2022), como en la adolescencia (Carragher et al., 2016; Patalay et al., 2015) los estudios encuentran también un factor general de psicopatología o factor “p”, y subdimensiones internalizante y externalizantes (Carragher et al., 2016; Laceulle et al., 2015). Este factor general sería identificable en la niñez temprana (Bufferd et al., 2014), demostrando una alta heredabilidad, lo que se basa en estudios longitudinales con gemelos (Avinun & Knafo, 2013).

Además, el factor “p” tendría alto poder predictivo de psicopatología futura, en contraste con las subdimensiones específicos (Patalay et al., 2015). En consistencia con nuestro estudio, los estudios muestran que los valores más altos del factor “p”, correlacionan con más trastornos de salud mental y peor funcionamiento psicosocial (Cervin et al., 2021). Además, se identifican también correlaciones específicas con el malestar, la suicidalidad y diferentes formas de trauma (Hyland et al., 2022b). Otros relacionan la psicopatología adolescente con correlatos cognitivos y de personalidad, que muestran resultados similares a los descritos en adultos (Brislin et al., 2022; Castellanos-Ryan, Brière, & Conrod, 2016).

Un aspecto central es la estabilidad demostrada a lo largo del tiempo, lo que lleva a hablar de una clasificación jerárquica de causas a lo largo de la vida. (Lahey et al., 2017). Si bien, la validez de criterio se considera robusta (Castellanos-Ryan, Brière, & Conrod, 2016), deben superarse múltiples interrogantes y potenciales trampas empíricas del modelo factorial, previo a tomar conclusiones determinantes⁷⁰.

Las posibles interpretaciones de estos hallazgos, relativas a la continuidad en el tiempo del riesgo de psicopatología, tienen una relevancia mayor. Estas influyen en la comprensión evolutiva del desarrollo de la patología mental y subrayan la necesidad de considerar agrupaciones causales (genéticas, psico-biológicas y ambientales), factores de riesgo y protectores comunes a los diferentes fenómenos, para las potenciales intervenciones preventivas. Aún más, esto tiene implicancias para la discusión acerca de la especificidad o la generalidad de las intervenciones psicoterapéuticas (Cuijpers et al., 2019).

⁷⁰¿El factor general es un producto de síntomas compartidos? ¿Se debe a la imprecisión en la medición de los síntomas? ¿O es un resultado de sesgos sistemáticos en la medición? (Lahey et al., 2017).

Si bien la relación personalidad y psicopatología está implícita en la discusión previa, la literatura informa que en la adolescencia la varianza compartida en la psicopatología suele estar asociada con la mayoría de las medidas de personalidad (Castellanos-Ryan, Brière, & Conrod, 2016; Shields et al., 2021; Tackett, 2006b). Estos datos son también consistentes con nuestros hallazgos. Desde el modelo HiTOP, en la adolescencia, existe también evidencia en jóvenes acerca de la estructura de los factores en gran medida análoga a los rasgos maladaptativos encontrados en adultos (Lynch et al., 2022). Si bien, en adultos, los factores generales de psicopatología y personalidad muestran una correlación significativa, se necesita investigar la existencia de un factor general de personalidad aún en jóvenes. Esto es debido, entre otros, a que a pesar de que existe evidencia de que los trastornos de personalidad son comunes y estables en los jóvenes, rara vez se evalúa la personalidad en esta edad. (Shields et al., 2021). Nuestro trabajo aporta evidencia que permitiría afirmar la existencia de un factor general de personalidad también en jóvenes.

El intento por localizar los constructos en una red nomológico-jerárquica también se da en este grupo de edad. Algunos estudian el factor “p” entre padres e hijos (Michelini et al., 2019) y encuentran correlaciones elevadas, mientras que otros estudios evalúan su relación con aspectos temperamentales, cognitivas y socio-ambientales, encontrando correlatos distintivos asociados con el factor “p”, lo “externalizante” y lo “internalizante”. (Brislin et al., 2022). Otros estudios, que integran análisis genéticos en gemelos, informan que del 48 al 80% de la varianza del factor “p” es debido a influencia genética, y que esta es estable a través del tiempo. Es decir que 'los problemas de comportamiento se correlacionan fenotípica y genéticamente a través de las edades, y que por lo tanto, Hay una fuerte influencia genética en la estabilidad del factor p durante la infancia y adolescencia (Allegrini et al., 2020). Así como en adultos, estos estudios apoyan una dimensión genética subyacente a la estructura factorial, siendo necesaria mayor investigación en esta área.

3.7. Acerca del estudio de caso: la necesidad de complementar lo nomotético con lo idiográfico

Los enfoques teóricos y estadísticos generalistas, enfocados en determinar leyes abarcativas acerca de los constructos psicológicos, tienen un valor indiscutible. Como se evidencia en los hallazgos factoriales de este estudio y la bibliografía revisada, estos enfoques permiten descubrir patrones generales y relaciones entre variables, además de informar la teoría, la epidemiología y la clínica.

Aún así, no siempre es claro cómo aplicar los hallazgos a la práctica clínica diaria (Castonguay et al., 2013), y muchas veces estos no logran captar la compleja singularidad de cada caso. La necesaria continuidad entre el enfoque generalista y el particular, es evidente en el estudio de caso reportado en el presente trabajo. Si bien el enfoque nomotético permitió el planteo de hipótesis particulares y brindó una valiosa comprensión acerca de las posibles interpretaciones de lo que le sucedía a Octavio, el mismo estaría incompleto sin el análisis del contexto particular del paciente. Lo antedicho pone en evidencia, la necesidad de triangulación entre enfoques estadísticos generalistas, con la interpretación singular aplicada. Dicho de otro modo, no todo lo que se puede cuantificar tiene importancia, y no todo lo que es importante puede ser cuantificado (Cameron, 1963).

Esto obliga a una intersección entre epistemes, muchas veces separadas, que refiere a la brecha entre lo científico y lo clínico. Para integrar este enfoque además de ver a los pacientes desde la óptica de la investigación aplicada, es necesario conducir investigaciones basadas en pacientes reales, fuera de las condiciones de laboratorio de los ensayos clínicos (tanto a nivel de cohorte, como de caso), abordando la brecha entre ambas perspectivas. Es decir que deberá considerarse la investigación enfocada en el paciente, junto a la investigación basada en la práctica, además de la práctica basada en la evidencia. (Castonguay et al., 2013). Esto permite la adaptación de un enfoque de abajo a arriba, (aporte del contexto del o de los casos a la teoría, a las redes de práctica o a la investigación), complementario al enfoque de arriba a abajo (el aporte de la evidencia para la interpretación del caso) (Goodheart et al., 2006). Si bien lo descrito se enfoca en el proceso y resultado en psicoterapia (Holmqvist et al., 2015), también puede ser aplicada al diagnóstico, relacionado a la importancia de lo idiográfico. Por ejemplo, al analizar el proceso del diagnóstico en Octavio, al considerar lo que le sucede, se tornan muy importante su edad, sus antecedentes obstétricos-ginecológicos, su hipotiroidismo y su dificultad para crecer, de manera complementaria a los diagnósticos categoriales o dimensionales. En línea con lo que discutimos previamente: ¿qué trastorno?, sino ¿en quién? y ¿generado de qué manera?.

Entre otros, es por esta razón que la distinción descriptiva entre un cuadro depresivo en curso o un trastorno adaptativo, se hizo imposible. Además, para estudiar la relación entre personalidad y psicopatología fue necesario pensar de forma singular y específica, triangulando y elaborando hipótesis acerca de lo que le sucedía. Si bien el enfoque sistemático abordado parece relevante en todos los casos, no desconocemos la dificultad de la aplicación general del mismo.

Este requiere acercar las diferentes aproximaciones al objeto de estudio entre la práctica e investigación, diseñar modelos que operacionalizan su integración, y discutir métodos y herramientas específicas para su puesta en práctica, fundamentalmente si se pretende su adopción a escala (Potter et al., 2006).

En este caso en particular, se adoptó una aproximación informada por la investigación empírica, el diagnóstico psicodinámico operacionalizado y las herramientas de autoinforme validadas por la investigación. Resaltamos el valor de estos instrumentos para lograr una comprensión más profunda de lo que le sucede al paciente. Esto se cumplió también en otros pacientes no reportados en el estudio, mostrando cada vez un agrupamiento sindromático coherente con la presentación clínica y la evolución de los casos. Los instrumentos permitieron apoyar la confiabilidad del diagnóstico y del cambio psíquico de los pacientes, a través de una aproximación estadística aplicada (Jacobson & Truax, 1992).

Al analizar la relación entre psicopatología y personalidad en Octavio, *desde una visión patoplástica o de interdependencia*, su estructura de su personalidad, con compromisos particulares en la regulación emocional y la capacidad para separarse, podría estar moldeando las manifestaciones específicas de su psicopatología, particularmente en lo ansioso-deprimido y lo agresivo. Visto desde otro lado, la presencia de síntomas psicopatológicos puede haber influido en su funcionamiento de la personalidad, comprometiendo su regulación de emociones y su capacidad para separarse. *Desde una perspectiva de espectro o causal*, podríamos plantear que la etiología común que subyace a la presentación se explica por una vulnerabilidad anterior al desarrollo de psicopatología, que está influida por aspectos psicosociales comunes como la historia obstétrica, los ideales familiares y el contexto del desarrollo en el que el crecimiento físico juega un rol fundamental en la autovaloración. *Por último, desde una perspectiva causal*, es válido preguntarse si su regulación emocional y su capacidad para separarse están comprometidas desde siempre. En este contexto, la causa del trastorno actual pueden ser estas características estructurales mantenidas en el tiempo, comprendidos como patrones duraderos de cognición emoción y pensamiento. A su vez, podemos pensar que es el trastorno depresivo en curso el responsable de sus problemas de regulación emocional y el compromiso en la capacidad para separarse.

De esta manera, se ilustran las posibilidades inherentes a una metodología de análisis sistemático de casos, que combina el análisis clínico inferencial y cualitativo, con los aspectos cuantitativos de los autoreportes y la literatura de investigación. Esto permite una integración multidimensional, combinando múltiples fuentes de datos, la capacidad para el análisis longitudinal, y la exploración profunda de fenómenos complejos (McLeod & Elliott, 2011). En todo caso, la principal herramienta es el cuidadoso estudio de los patrones del paciente, y el seguimiento de su progreso, lo que a su vez alimenta la práctica y la investigación (Castonguay et al., 2013). Esto es similar a los médicos utilizando paraclínica para monitorear diferentes variables. (Castonguay et al., 2013) La evolución del caso, hacia la desaparición de todos los síntomas, la mejoría en las áreas de personalidad comprometidas, y el cambio en las categorías diagnósticas de los formularios de autoreporte, permiten afirmar un cambio como clínicamente significativo ⁷¹ (McLeod & Elliott, 2011). Esto hace pensar en que la presentación se explica más como rasgo, que como estado y que Octavio necesitó de la consulta por un aspecto puntual en el curso de su desarrollo subjetivo. Aún así, informados ahora por la investigación acerca de los factores de vulnerabilidad general a la psicopatología, sería necesario para confirmar nuestras hipótesis el seguimiento longitudinal del caso. Como vimos, el funcionamiento de Octavio en el nivel neurótico hace que la persistencia del cuadro tenga menos riesgo.

Creemos que tanto los aspectos generales de la relación entre psicopatología y personalidad, como los aspectos particulares del caso, son importantes para informar la teoría acerca de la relación entre constructos. La experiencia clínica particular, la influencia del desarrollo y la naturaleza específica de las características de Octavio, determinaron las hipótesis específicas esgrimidas, y las mismas fueron puestas en relación con las dimensiones o categorías de la nosología general, tanto a nivel descriptivo, como de las inferencias psicodinámicas y dimensionales. Esto aboga por la formación de los psicólogos clínicos en el uso iterativo de múltiples fuentes de datos para el diagnóstico, la evaluación del proceso y los resultados en psicoterapia.

⁷¹ Un paciente que antes del tratamiento pertenecía más probablemente a una muestra clínica es al final del tratamiento más probablemente perteneciente a una muestra general.

XIII. CONCLUSIONES

El presente trabajo explora la intrincada relación entre el tipo y severidad de la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en una muestra de adolescentes uruguayos. El estudio de las variables y su relación se centró en describir la distribución de las mismas, sus características descriptivas particulares, analizar sus correlaciones y patrones específicos, y observar su expresión singular a través del estudio de un caso clínico, donde además se evaluó el uso herramientas de autoreporte para mejorar la comprensión y el tratamiento de los trastornos de salud mental.

La principal pregunta de investigación, ¿Cuál es la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en adolescentes?, que fue el eje conductor del análisis, se vió complementada por preguntas subordinadas que profundizaron en diferentes aspectos. Los hallazgos revelaron una relación significativa entre estas variables, evidenciada por correlaciones elevadas y factores latentes encontrados en las técnicas de reducción dimensional de los datos. Esto demuestra una fuerte conexión entre el deterioro del funcionamiento de la personalidad y la psicopatología y permite elaborar y discutir las diferentes formas potenciales que definen la misma. Las hipótesis secundarias planteadas fueron, en su mayoría, confirmadas. Sin embargo, la hipótesis que planteaba asociaciones entre subdimensiones específicas de la personalidad y diferentes tipos de psicopatología fue rechazada.

El sexo, la edad y la experiencia previa con el psicólogo mostraron diferencias significativas que son clave para la comprensión de la distribución y la severidad de las variables en la muestra. Además de las observaciones generales, el reporte de un caso clínico específico estudiado en profundidad, permitió comprender mejor la manifestación singular de la relación estudiada y proporcionó insights únicos acerca del valor de las características singulares de esta relación en un paciente específico, complementarias a las visiones generales sobre el tema. Fue notoria la importancia de la aplicación de herramientas de autoinforme para mejorar la comprensión de esta relación en el caso, así como el proceso de diagnóstico, permitiendo además la evaluación del proceso y el resultado del tratamiento.

Se encontró entre un 20 a un 25% de prevalencia de psicopatología en la muestra general, lo que concuerda con los hallazgos internacionales sobre prevalencia. Además, se informa un 18, 6% de compromiso del funcionamiento de la personalidad, también consistente con la literatura.

El 50% de presencia de psicopatología en la muestra clínica es consistente con la búsqueda de ayuda psicoterapéutica en el entorno del estudio. El 22,9% de compromiso de personalidad en la misma muestra, es inferior a lo reportado en poblaciones clínicas por la literatura puede reflejar el contexto del servicio asistencial del estudio, que excluye poblaciones vulnerables

La estructura subyacente revelada por los análisis factoriales, es también coherente con la literatura internacional y conduce a una discusión sobre la estructura jerárquica de los factores encontrados y a diferentes postulados en cuanto a su comprensión e interrelación, desde la perspectiva psiquiátrica y psicodinámica, con profundas implicancias teóricas, nosológicas y clínicas. En consonancia con el camino recorrido en el marco teórico, analizamos los resultados a la luz de estas perspectivas y sus implicancias teórico-clínicas.

Las dimensiones latentes encontradas y su consistencia con la literatura internacional, obligan a cuestionarnos el valor de las categorías discretas en la clasificación psicopatológica y acerca del rol del funcionamiento de la personalidad en relación a la presentación clínica de los adolescentes, como un elemento indisoluble. Por lo tanto, creemos que el estudio permite concluir que abordar la relación entre la psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad en la adolescencia, y el significado de esta, es imperativo. Además, que las diferentes perspectivas, enriquecen la visión acerca de este tema en la población estudiada.

Según nuestro conocimiento, este estudio es el primero en reportar distribución, frecuencia y características generales de las variables en este grupo de edad en nuestro país. Más allá de la importancia de estas afirmaciones y de la robustez que otorga la coherencia con los datos internacionales, la interpretación de estos hallazgos debe situarse en el contexto de varias limitaciones metodológicas. Entre otras, la naturaleza transversal y correlacional del diseño, que impide inferencias causales y la selección intencional y no probabilística de la muestra, que restringe la generalización de los resultados a otros grupos.

Aún así, estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de una comprensión transdiagnóstica y transdisciplinaria integrada (genética, biológica, neurocientífica, psicosocial, cultural), que abarque perspectivas cuantitativas como cualitativas, y trascienda las categorizaciones tradicionales, nosológicas, disciplinarias y metodológicas

Esta visión deberá considerarse en el diseño de nuevos estudios y futuras investigaciones, alentando una mirada más completa y compleja en el campo de la psicopatología y la personalidad en la adolescencia.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12(1), 49-54.
- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Abraham, K. (1925). The influence of oral erotism on character formation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 6, 247-258.
- Achenbach, T. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. *University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families*.
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: general and applied*, 80(7), 1-37.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*, 85(6), 1275-1301
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual review of psychology*, 35(1), 227-256.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. ., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and

- Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Achenbach, T. M., & Verhulst, F. (2010). *Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)*. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814-822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Aftab, A., & Ryznar, E. (2021). Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 486-499. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1828306>
- Ahmadi Marvilli, N. (2019). The role of personality organization and attachment styles in tendency of adolescence toward self – harm behaviors and suicide. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 5(3), 14-22.
- Akhtar, S. (1984). The syndrome of identity diffusion. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 1381-1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.11.1381>
- Akın, A., Goth, K., Seiffge-Krenke, I., Obbarius, A., Winter, S. M., & Sarrar, L. (2023). Operationalized Psychodynamic Diagnostic of Adolescents in Light of the New ICD-11 Model of Personality Functioning: Personality Structure, Psychodynamic Conflicts, and Mental Health Problems. *Children*, 10(7), 1095.
- Allegrini, A. G., Cheesman, R., Rimfeld, K., Selzam, S., Pingault, J., Eley, T. C., & Plomin, R. (2020). The p factor: Genetic analyses support a general dimension of psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 30-39. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13113>
- Allen, J. G. (2020). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. LWW.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual or mental disorder*. (1.^a ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental diseases, 3rd edn (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Vol. 19). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., F. Clarkin, J., Nicolais, G., & F. Kernberg, O. (2012). Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry*, 2(1), 36-45.
<https://doi.org/10.2174/2210676611202010036>
- Anjara, S. G., Bonetto, C., Van Bortel, T., & Brayne, C. (2020). Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: Psychometrics and practical considerations. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 62.
<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00397-0>
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus.
- Aron, L., Harris, A. (2012). *Relational psychoanalysis*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Asperger, H. (1944). Autistic psychopathy. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 117, 76-136.
- Avinun, R., & Knafo, A. (2013). The Longitudinal Israeli Study of Twins (LIST)-an integrative view of social development. *Twin Research and Human Genetics*, 16(1), 197-201.
<https://doi.org/10.1017/thg.2012.73>

- Avinun, R., Knafo-Noam, A., & Israel, S. (2022). The general psychopathology factor from early to middle childhood: Longitudinal genetic and risk analyses. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *131*(7), 705-715.
<https://doi.org/10.1037/abn0000780>
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of Personality Assessment*, *100*(6), 660-670.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984>
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2022). Klaus S., Gregoric Kumperscak, H., Birkhölzer, M. & Goth, K. Dimensional Assessment of Personality Disorders in Young People: A Closer Look on Personality Functioning in Younger Ages, Different cultures, and Various Clinical Settings. *Frontier in Psychiatry*, *13*, 5.
<https://doi.org/10.389/fpsy.2022.1081289>
- Bach, B., & Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry*, *34*(1), 54 -63.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000658>
- Bagattini, N. (2021a). Psychic structure, unconscious conflict and adolescent psychopathology: The contributions of OPD-CA–2. *Nordic Psychology*, *73*(4), 337-346. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001680>
- Bagattini, N. (2021b). Psychic structure, unconscious conflict and adolescent psychopathology: The contributions of OPD-CA–2. *Nordic Psychology*, *73*, 1-10.
<https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001680>
- Bakan, D. (2023). *Adolescence in America: From Idea to Social Fact*.
- Baksheev, G. N., Robinson, J., Cosgrave, E. M., Baker, K., & Yung, A. R. (2011). Validity of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) in detecting depressive and anxiety disorders among high school students. *Psychiatry Research*, *187*(1-2),

- 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.010>
- Balzer, B. W., Duke, S.-A., Hawke, C. I., & Steinbeck, K. S. (2015). The effects of estradiol on mood and behavior in human female adolescents: A systematic review. *European journal of pediatrics*, *174*, 289-298.
- Banzato, C. (2008). Critical evaluation of current diagnostic systems. *Indian Journal of Psychiatry*, *50*(3), 155-157. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.43621>
- Barcelata-Eguiarte, B. (2019). Estudios de Validez del Youth Self Report/11-18 en Adolescentes Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *50*(1), 107-122. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.09>
- Baron-Cohen, S. (2015). Leo Kanner, Hans Asperger, and the discovery of autism. *The Lancet*, *386*(10001), 1329-1330. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00337-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00337-2)
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(2), 147-152.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199503\)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X)
- Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., Ricci, F., Pompili, M., & Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child & Adolescent Mental Health*, *22*(2), 69-76.
- Benzi, I. M. A., Preti, E., Di Pierro, R., Clarkin, J. F., & Madeddu, F. (2019). Maladaptive personality traits and psychological distress in adolescence: The moderating role of personality functioning. *Personality and Individual Differences*, *140*, 33-40.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.026>
- Benzi, I., & Madeddu, F. (2017). Development of Personality Disorders: Identity as a Key Process. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, *3*(124).<https://doi.org/10.15344/2455-3867/2017/124>
- Benzi, I., Madeddu, F. (2016). Body talk: Personality organization and somatic symptoms in

- adolescence. *XVIII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia clinica e dinamica*, Roma, Italia. <https://boa.unimib.it/handle/10281/190216>
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 Y PDM: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LOS NUEVOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICO Y PSICOANALÍTICOS. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14-30.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X)
- Berrios, G. E. (1999). Classifications in Psychiatry: A Conceptual History. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 145-160.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00555.x>
- Bertman, S. (2005). *Handbook to life in ancient Mesopotamia*. Oxford University Press.
- Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2018). Empirical typology of adolescent personality organization. *Journal of Adolescence*, 66, 31-48.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.04.004>
- Biberdzic, M., Grenyer, B. F., Normandin, L., Ensink, K., & Clarkin, J. F. (2022). A bifactor model of personality organization in adolescence: The validity of a brief screening measure assessing severity and core domains of functioning. *BMC Psychiatry*, 22(1), 459. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03926-y>
- Binet, A. (1896). *Alterations of personality*. Appleton.
- Black, L., Panayiotou, M., & Humphrey, N. (2019). The dimensionality and latent structure of mental health difficulties and wellbeing in early adolescence. *PLOS ONE*, 14(2), e0213018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213018>
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2010). Reactivating the psychodynamic approach to the classification of psychopathology. In T. Millon, R.F. Krueger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 483-514.). The Guildford Press

- Bleidorn, W., Schwaba, T., Zheng, A., Hopwood, C. J., Sosa, S. S., Roberts, B. W., & Briley, D. A. (2022). Personality stability and change: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *148*(7-8), 588-619.
<https://doi.org/10.1037/bul0000365>
- Bleuer, E. (1924). *Textbook of psychiatry*. The Maximilian Company. (original work published 1911).
- Blum, H. (1982). Theories of the Self and Psychoanalytic Concepts: Discussion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *30*(4), 959-978.
<https://doi.org/10.1177/000306518203000407>
- Blüml, V., & Doering, S. (2021a). ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 654026.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026>
- Blüml, V., & Doering, S. (2021b). ICD-11 Personality Disorders: A Psychodynamic Perspective on Personality Functioning. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 654026.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026>
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(6), 479-490.
<https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Both, L. M., Benetti, S. P. da C., & Goodman, G. (2019). Reflective function and identity in adolescents with clinical and nonclinical symptoms. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(2), 176-185. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0067>
- Both, L. M., Benetti, S. P. da C., Goodman, G., Both, L. M., Benetti, S. P. da C., & Goodman, G. (2019). Reflective function and identity in adolescents with clinical and nonclinical symptoms. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(2), 176-185.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0067>
- Bowlby, J. (1942). *Personality and Mental Illness*. Emerson Books.

- Brislin, S. J., Martz, M. E., Joshi, S., Duval, E. R., Gard, A., Clark, D. A., Hyde, L. W., Hicks, B. M., Taxali, A., Angstadt, M., Rutherford, S., Heitzeg, M. M., & Sripada, C. (2022). Differentiated nomological networks of internalizing, externalizing, and the general factor of psychopathology ('*p* factor') in emerging adolescence in the ABCD study. *Psychological Medicine*, *52*(14), 3051-3061.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005103>
- Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, *95*(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Brooks-Gunn, J., & Duncan Johnson, A. (2006). G. Stanley Hall's contribution to science, practice and policy: The child study, parent education, and child welfare movements. *History of Psychology*, *9*(3), 247-258. <https://doi.org/10.1037/1093-4510.9.3.247>
- Bucknill, J. C. (1879). *A manual of psychological medicine*. J. & A. Churchill.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Olino, T. M., Dyson, M. W., Lipton, R. S., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2014). Predictors of the onset of depression in young children: A multi-method, multi-informant longitudinal study from ages 3 to 6. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *55*(11), 1279-1287.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12252>
- Bunge, S. A., & Wright, S. B. (2007). Neurodevelopmental changes in working memory and cognitive control. *Current Opinion in Neurobiology*, *17*(2), 243-250.
<https://doi.org/10.1016/j.conb.2007.02.005>
- Buss, D. (2015). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Psychology Press.
- Buss, D. M., & Kenrick, D. T. (1998). *Evolutionary social psychology*. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G.Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 982-1026). The Guildford Press.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). A Psychodynamic Approach to

- Personality Pathology. In *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology* (1st ed, pp. 11-37). American Psychiatric Pub.
- Cameron, W. B. (1963). *Informal sociology: A casual introduction to sociological thinking*. Random House.
- Cantwell, D. P. (1996). Classification of Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 3-12.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01377.x>
- Caprara, G. V. (1999). The notion of personality: Historical and recent perspectives. *European Review*, 7(1), 127-137. <https://doi.org/10.1017/S1062798700003793>
- Carlson, R. (1971). Where is the person in personality research? *Psychological Bulletin*, 75, 203-219. <https://doi.org/10.1037/h0030469>
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 339-350.
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>
- Carragher, N., Teesson, M., Sunderland, M., Newton, N. C., Krueger, R. F., Conrod, P. J., Barrett, E. L., Champion, K. E., Nair, N. K., N. K. Nair, & Slade, T. (2016). The structure of adolescent psychopathology: A symptom-level analysis. *Psychological Medicine*, 46(5), 981-994. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002470>
- Carrey, N., & ChB, J. G. M. (2008). A Context for Classification in Child Psychiatry. *Journal of the Canadian Child and Adolescent Psychiatry*, 17(2), 50-57.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One

Dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>

Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., & Conrod, P. J. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1039-1052. <https://doi.org/10.1037/abn0000193>

Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Frouin, V., Gallinat, J., Garavan, H., Martinot, J.-L., Nees, F., Paus, T., Pausova, Z., Rietschel, M., Smolka, M. N., Robbins, T. W., Whelan, R., The IMAGEN Consortium. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1039-1052. <https://doi.org/10.1037/abn0000193>

Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and applications. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 85-133.

Cattell, R. B., & Gibbons, B. D. (1968). Personality factor structure of the combined Guilford and Cattell personality questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(1), 107-120.

Cerda L, J. (2007). La dimensión pediátrica de Hipócrates. *Revista chilena de pediatría*, 78(3), 237-240. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000300001>

Cervin, M., Norris, L. A., Ginsburg, G., Gosch, E. A., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., Sakolsky, D., Birmaher, B., Keeton, C., Storch, E. A., & Kendall, P. C. (2021). The p Factor Consistently Predicts Long-Term Psychiatric and Functional Outcomes in Anxiety-Disordered Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(7), 902-912.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.440>

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2019a). Personality In Context: Interpersonal Relations, Culture, and Development Across The Course of Life. In *Personality: Theory and research* (14th ed., pp. 394-416). John Wiley & Sons, Inc.

- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2019b). *Personality: Theory and research* (14th ed.). John Wiley & Sons.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2019c). Personality Theory: From Everyday Observations to Systematic Theories. En *Personality: Theory and research* (14th ed., pp. 2-25). John Wiley & Sons.
- Chanen, A., Jovev, M., McCutcheon, L., Jackson, H., & McGorry, P. (2008). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48-57.
<https://doi.org/10.2174/157340008783743820>
- Chanen, A. M., & Mccutcheon, L. K. (2008). Complex Case Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 35-41.
- Chanen, A., Sharp, C., Hoffman, P., & Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry*, 16(2), 215-216. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. (1959). Characteristics of the individual child's behavioral responses to the environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29(4), 791-802.
- Chess, S., Thomas, A., Rutter, M., & Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry*, 120(2), 142-148.
- Choate, A. M., Bornovalova, M. A., Hipwell, A. E., Chung, T., & Stepp, S. D. (2023). Mutualistic processes in the development of psychopathology: The special case of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132(2), 185-197. <https://doi.org/10.1037/abn0000800>
- Cierpka, M. et al. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing.

- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology, 40*, 209-220. <https://doi.org/10.1159/000101363>
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H. d, De la Parra, G., & Rost, R. (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD2). *Clínica e Investigación Relacional, 4*(1), 221-235.
- Clancy, K., & Gove, W. (1974). Sex Differences in Mental Illness: An Analysis of Response Bias in Self-Reports. *American Journal of Sociology, 80*(1), 205-216. <https://doi.org/10.1086/225767>
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 505-521. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.505>
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). Structured interview of personality organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 474-499. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
- Cloninger, S. (2009). Conceptual issues in personality theory. *The Cambridge handbook of personality psychology, 4*, 3-26.
- Clouston. (1880). Puberty and Adolescence Medico-Psychologically Considered. *Edinburgh Medical Journal, 26*(1), 5-17.
- Cohen, P., Chen, H., Crawford, T. N., Brook, J. S., & Gordon, K. (2007). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, S71-S84. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.012>
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The Children in the

- Community Study of Developmental Course of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 466-486. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- Conway, C. C., Kotov, R., Krueger, R. F., & Caspi, A. (2022). Translating the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) from potential to practice: Ten research questions. *American Psychologist*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1037/amp0001046>
- Coolidge, F. L., & Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 585-599. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00002-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00002-6)
- Cooper, R. (2007). *Psychiatry and philosophy of science*. Acumen.
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind. And a history of the passions and their effects* (Vol. 2). T. Cadell, junior, and W. Davies.
- Cronbach, L. J. (1967). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Principles of educational and psychological measurement*. Rand McNally.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1967). Construct validity in psychological tests. *Problems in human assessment*, 57-77.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- d'Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., Birkhölzer, M., Jenkel, N., Fegert, J. M., Schmid, M., & Schmeck, K. (2022). Prevalence and 10-Year Stability of

- Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.840678>
- Damasio, A. (2021). *Feeling & knowing: Making minds conscious*. Pantheon.
- Damasio, A., & Damasio, H. (2023). Feelings are the source of consciousness. *Neural Computation*, 35(3), 277-286.
- Damasio, A. R., Tranel, D., & Damasio, H. C. (1991). Somatic markers and the guidance of behavior: Theory and preliminary testing. In H. S. Levin, H. M. Eisenberg & A. L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction* (pp.217-229). Oxford University Press.
- Davison, C. (1955). On Aphasia (A Critical Study). By Sigmund Freud. Translated by E. Stengel. International Universities Press, Inc., 1953. 105 pp. *The Psychoanalytic Quarterly*, 24(1), 115-144. <https://doi.org/10.1080/21674086.1955.11925977>
- De Bolle, M., Beyers, W., De Clercq, B., & De Fruyt, F. (2012). General personality and psychopathology in referred and nonreferred children and adolescents: An investigation of continuity, pathoplasty, and complication models. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 958-970. <https://doi.org/10.1037/a0027742>
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Caluwé, E., & Verbeke, L. (2017). Personality development and psychopathology. In J. Specht (Ed.), *Personality Development Across the Lifespan* (pp. 385-400). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00024-7>
- De Santis, S., Falgares, G., & Kopala-Sibley, D. C. (2019). The relationship between attachment styles and internalizing/externalizing problems: The mediating role of self-criticism. *Current Psychology*, 40, 2355-2365. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00174-4>
- DeFife, J. A., Goldberg, M., & Westen, D. (2013). Dimensional Assessment of Self- and Interpersonal Functioning in Adolescents: Implications for DSM-5's General Definition of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 29(2), 248-260.

https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_085

Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014).

Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: A review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 29(8), 14.

<https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14>

Delgado, S. V., Strawn, J. R., & Pedapati, E. V. (2015). *Contemporary Psychodynamic*

Psychotherapy for Children and Adolescents: Integrating Intersubjectivity and

Neuroscience. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-40520-4>

Demos, J., & Demos, V. (1969). Adolescence in Historical Perspective. *Journal of Marriage*

and the Family, 31(4), 632-638. <https://doi.org/10.2307/349302>

Diamond, D., & Hersh, R. G. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic

Personality Disorder: An Object Relations Approach. *Journal of Personality*

Disorders, 34(Suppl), 159-176. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.suppl.159>

Dogmanas, D., Arias, M. A., Gago, F., de Álava, L., & Roussos, A. (2022). Implementation of

a psychological treatment outcomes evaluation system for young people at

Uruguay's National Health System: Using CORE-OM. *Counselling and*

Psychotherapy Research, 22(4), 946-957. <https://doi.org/10.1002/capr.12579>

Dreher, A. U. (2019). Inside Babel. En *A Psychoanalytic Exploration On Sameness and*

Otherness: Beyond Babel? (1.^a ed.). Routledge.

Dumont, F. (2010a). *A History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research*

from Hellenism to the Twenty-First Century (1.^a ed.). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511676093>

Dumont, F. (2010b). Culture and personality. En *A History of Personality Psychology: Theory,*

Science, and Research from Hellenism to the Twenty-First Century (1.^a ed., pp.

220-257). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511676093>

Dumont, F. (2010c). The disordered personality: Evolution of nosological systems. En *A*

History of Personality Psychology: Theory, Science, and Research from Hellenism to the Twenty-First Century (1.^a ed.). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511676093>

Durand-Fardel, M. (1855). Etude sur le suicide chez les enfants. *Annales médico-psychologiques*, 1, 61-79.

Durbin, C. E., & Hicks, B. M. (2014). Personality and Psychopathology: A Stagnant Field in Need of Development. *European Journal of Personality*, 28(4), 362-386.

<https://doi.org/10.1002/per.1962>

Duschinsky, R., & Foster, S. (2021). Adaptation and mental health. En R. Duschinsky & S. Foster (Eds.), *Mentalizing and Epistemic Trust: The work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre* (p. 0). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198871187.003.0008>

Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 86-92.

<https://doi.org/10.1037/a0029598>

Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2011). The youth self report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 338-346.

Eizirik, C. L. (2009). Psychic structure and identity in a globalizing world. *International Forum of Psychoanalysis*, 18(4), 196-201. <https://doi.org/10.1080/08037060802621940>

Emminghaus, H. (1887). *Die psychischen Störungen des Kindesalters* (Vol. 2). Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Endler, N. S., & Speer, R. L. (1998). Personality Psychology: Research Trends for 1993–1995. *Journal of Personality*, 66(5), 621-669.

<https://doi.org/10.1111/1467-6494.00027>

Ensink, K., Biberdzic, M., Normandin, L., & Clarkin, J. (2015). A Developmental

- Psychopathology and Neurobiological Model of Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 46-69. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1007715>
- Erikson, E. (1959). Theory of identity development. *Identity and the Life Cycle (Ed E Erikson)*, 42-57.
- Erikson, E. (1968). The life cycle: Epigenesis of identity. *Identity: Youth and crisis*, 7, 91-135.
- Esman, A. H. (Ed.). (1990). *Essential Papers on Transference*. New York University Press.
- Esman, A. H. (2012). A History of Adolescent Psychiatry. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(12), 1058-1060. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318275d25e>
- Esquirol, D., J. É. D. (1805). *Des passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mentale, thèse, etc.*
- Ey, H. (1955). Traité de Psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale. *Annexe: La psychiatrie dans.*
- Ey, H., Bernard, D. P., & Brisset, C. (1963). *Manuel de psychiatrie(2 ed.)*. Masson et Cie
- Eysenck, H. J. (1977). Personality and factor analysis: A reply to Guilford. *Psychological Bulletin*, 84(3), 405-411.
- Farnam, A., & Zamanlu, M. (2018). Personality disorders: The reformed classification in international classification of Diseases-11 (ICD-11). *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34(5), 49. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_26_18
- Fasick, F. A. (1994). On the «Invention» of Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 14(1), 6-23. <https://doi.org/10.1177/0272431694014001002>
- 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), 842-850. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.842>
- First, M. B. (2005a). Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challenge of Diagnostic Comorbidity. *Psychopathology*, 38(4), 206-210.

<https://doi.org/10.1159/000086093>

First, M. B. (2005b). Mutually Exclusive versus Co-Occurring Diagnostic Categories: The Challenge of Diagnostic Comorbidity. *Psychopathology*, 38(4), 206-210.

<https://doi.org/10.1159/000086093>

Fiske, D. W., & Pearson, P. H. (1970). Theory and techniques of personality measurement. *Annual review of psychology*, 21(1), 49-86.

Fonagy, P. (2008). Being envious of envy and gratitude. In *Envy and Gratitude Revisited*. Routledge.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 11.

<https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (2008). Reflective Functioning Scale. *Psychoanalytic Psychology*.

- Fontana, D. (1983). Individual Differences in Personality: Trait based versus state based approaches. *Educational Psychology*, 3(3-4), 189-200.
<https://doi.org/10.1080/0144341830030304>
- Fortunato, A., Tanzilli, A., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2022). Psychodiagnostic Chart-Child (PDC-C): A valid and clinically sensitive diagnostic tool for patient-tailored intervention planning. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(1).
- Fossati, A., & Somma, A. (2021). The assessment of personality pathology in adolescence from the perspective of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 39-43.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.015>
- Foulds, G. A., Caine, T. M., Adams, A., & Owen, A. (1965). *Personality and personal illness*. Tavistock Publications London.
- Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12(2), 111-112. <https://doi.org/10.1002/wps.20027>
- Verhulst, F.C. & . Achenbach, T. M. (1995). Empirically Based Assessment and Taxonomy of Psychopathology: Cross-Cultural Applications. A Review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/bf01977734>
- Frank, G. (1996). Conflict and deficit: Two theories or one? *Psychoanalytic Psychology*, 13(4), 567-569. <https://doi.org/10.1037/h0079711>
- Freeland, C. A., & Rorty, A. (1983). Essays on Aristotle's Ethics. *Noûs*, 17(4), 701.
<https://doi.org/10.2307/2215093>
- Freud, A. (1936). The ego and the defense mechanisms. The *Writings of Anna Freud*, 2, 1-176.
- Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood* . International University Press.
- Freud, S. (1980). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito). En J.L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas (vol.10, pp.1-118)*. Amorrortu.(Trabajo original

- publicado en 1909).
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Classics in psychoanalytic techniques*, 12, 97-108.
- Freud, S. (1922). The unconscious. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 56(3), 291-294.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1980). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. En J.L. Etcheverry (trad.). *En Obras Completas (vol. 23)*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1932).
- Freud, S. (2017). *Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition*. Verso Books.
- Freud, S., & Strachey, J. (1908). *Character and anal eroticism*. The Standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 9, 167-176.
- Freud, S., Strachey, J., & Freud, S. (1989). *The ego and the id*. Norton.
- Frick, P. J. (2004). Integrating Research on Temperament and Childhood Psychopathology: Its Pitfalls and Promise. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 2-7. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_1
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.-P., & Unterrainer, H. F. (2018). Depressive Symptoms and Addictive Behaviors in Young Adults After Childhood Trauma: The Mediating Role of Personality Organization and Despair. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00318>
- Fulford, K. W. M. (2006). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford University Press.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C., Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2), 103-109. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272003000200003>
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric

Pub.

- GAP. (1966). Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification. *Group for the Advancement of Psychiatry*, 6.
- Gardiner, H. N. (1919). The Psychology of the Affections in Plato and Aristotle. *The Philosophical Review*, 28(1), 1-26. <https://doi.org/10.2307/2178119>
- Geddes, J. R., Andreasen, N. C. (2020). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, USA.
- Gibbon, L. (2017). *An interpretive thematic analysis of the p-factor literature and an empirical investigation of the relationship between the p-factor and childhood trauma and reflective function* [Doctoral Thesis]. University College London.
- Gill, C. (2009). 260 Ancient Concepts of Personal Identity. En B. Graziosi, P. Vasunia, & G. Boys-Stones (Eds.), *The Oxford Handbook of Hellenic Studies* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199286140.013.0023>
- Giovacchini, P. L. (1981). Developmental Vicissitudes, Object Relationships and Psychopathology. *Contemp. Psychoanal.*, 17, 258-275.
- Giráldez, S. L., Seco, G. V., & Mena, M. S. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14(4), 816-822.
- Gnambs, T., & Staufenbiel, T. (2018). The structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): Two meta-analytic factor analyses. *Health Psychology Review*, 12(2), 179-194. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1426484>
- Goldberg. (1982). The concept of a psychiatric case in general practice. *Social Psychiatry*, 17(2), 61-65. <https://doi.org/10.1007/BF00583445>
- Goldberg, D. P. (1978). General Health Questionnaire-12. *Australian Journal of Psychology*.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>

- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. American Psychological Association.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2018). Construct validity of the Psychodiagnostic Chart: A transdiagnostic measure of personality organization, personality syndromes, mental functioning, and symptomatology. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 280.
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014a). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 1-15. <https://doi.org/10.1521/bumc.2014.78.1.1>
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014b). Operationalizing the psychodynamic diagnostic manual: A preliminary study of the psychodiagnostic chart. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 1-15.
- Graber, J. A. (2013). Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Hormones and Behavior*, 64(2), 262-269. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.04.003>
- Graham, P., & Rutter, M. (1973). *Psychiatric disorder in the young adolescent: A follow-up study*. SAGE Publications.
- Graham, T. F., & MacLeod, R. B. (2019). Kramer to Luther. En *Medieval Minds* (pp. 77-91). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429200939-5>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009a). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009b). Structural change as a predictor of

- long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357.
<https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Greco, G. L., & Rose, C. M. (2012). *The Good Wife 's Guide (Le Ménagier de Paris): Le ménagier de Paris: A medieval household book*. Cornell University Press.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfeld, D., & Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 140-142.
<https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.140>
- Grünbaum, A. (1977). Is psychoanalysis a pseudo-science? Karl Popper versus Sigmund Freud. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 31(3), 333-353.
- Grupo de Trabajo OPD-IJ-2. (2022). *OPD-IJ-2: Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado Para La Edad Infantojuvenil*. Herder & Herder.
- Guilford, J. P. (1975). Factors and factors of personality. *Psychological Bulletin*, 82(5), 802.
- Gullestad, S., & Killingmo, B. (2019). Key concepts. In *The Theory and Practice of Psychoanalytic Therapy*. Routledge.
- Guntrip, H., & Sutherland, J. D. (1961). The Psychodynamic Theory of Melanie Klein. In *Personality Structure and Human Interaction*. Routledge.
- Guttman-Steinmetz, S. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440-451.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000196422.42599.63>
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence in literature, biography, and history*. In G.S. Hall, *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*, (vol.1, pp. 513-589). D. Appleton & Company.
- Hamilton, N. G. (1989). A critical review of object relations theory. *The American journal of psychiatry*, 146(12), 1552-1560.

- Hanawalt, B. A. (1992). Historical Descriptions and Prescriptions for Adolescence. *Journal of Family History*, 17(4), 341-351. <https://doi.org/10.1177/036319909201700401>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & 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(1), 128-140.
- Hartmann, H. (1950). Comments on the Psychoanalytic Theory of the EGO. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5(1), 74-96.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1950.11822886>
- Hartmann, H. (1951). Technical Implications of Ego Psychology. *The Psychoanalytic Quarterly*, 20(1), 31-43. <https://doi.org/10.1080/21674086.1951.11925829>
- Hartmann, H. (2009). Psychoanalytic Self Psychology and Its Conceptual Development in Light of Developmental Psychology, Attachment Theory, and Neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 86-105.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04476.x>
- Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein, R. M. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11-38.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823535>
- Henderson, D. K., & Gillespie, R. D. (1930). *A Text-Book of Psychiatry*. New York, Oxford University Press.
- Hiramura, H., Uji, M., Shikai, N., Chen, Z., Matsuoka, N., & Kitamura, T. (2010). Understanding externalizing behavior from children's personality and parenting characteristics. *Psychiatry Research*, 175(1), 142-147.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.041>
- Hirsch, J. A., Nicola, G., McGinty, G., Liu, R. W., Barr, R. M., Chittle, M. D., & Manchikanti, L. (2016). ICD-10: History and Context. *AJNR: American Journal of Neuroradiology*, 37(4), 596-599. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4696>

- Holmqvist, R., Philips, B., & Barkham, M. (2015). Developing practice-based evidence: Benefits, challenges, and tensions. *Psychotherapy Research, 25*(1), 20-31.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.861093>
- Hopwood, C., Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B. S., Cicero, D. C., Krueger, R., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Litzman, R. D., Pincus, A. L., ... Zimmermann, J. (2018). *Integrating psychotherapy with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)*. PsyArXiv.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/jb8z4>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Michael Bagby, R., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., ... Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health, 12*(1), 82-86.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Hörz-Sagstetter, S., Ohse, L., & Kampe, L. (2021). Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: A Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. *Current Psychiatry Reports, 23*(7), 45.
<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01250-y>
- Høyersten, J. G. (1997). From Homer to Pinel: The concept of personality from antiquity until 1800 AD. *Nordic Journal of Psychiatry, 51*(5).
- Huang, Z., Endo, K., Yamasaki, S., Fujikawa, S., Ando, S., Hiraiwa-Hasegawa, M., Kasai, K., Nishida, A., & Koike, S. (2020). Bi-Directional Relationships Between Psychological Symptoms and Environmental Factors in Early Adolescence. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 574182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.574182>
- Huprich, S. K., Auerbach, J. S., Porcerelli, J. H., & Bupp, L. L. (2016). Sidney Blatt's object relations inventory: Contributions and future directions. *Journal of Personality*

Assessment, 98(1), 30-43.

Hyland, P., Karatzias, T., Ford, J. D., Fox, R., & Spinazzola, J. (2022a). The Latent Structure of Child and Adolescent Psychopathology and its Association with Different Forms of Trauma and Suicidality and Self-Harm. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(11), 1501-1513. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00925-1>

Hyland, P., Karatzias, T., Ford, J. D., Fox, R., & Spinazzola, J. (2022b). The Latent Structure of Child and Adolescent Psychopathology and its Association with Different Forms of Trauma and Suicidality and Self-Harm: LATENT STRUCTURE OF PSYCHOPATHOLOGY. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(11), 1501-1513. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00925-1>

Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>

Ikizer, G., Kowal, M., Aldemir, İ. D., Jeftić, A., Memisoglu-Sanli, A., Najmussaib, A., Lacko, D., Eichel, K., Turk, F., Chrona, S., Ahmed, O., Rasmussen, J., Kumaga, R., Uddin, M. K., Reynoso-Alcántara, V., Pankowski, D., & Coll-Martín, T. (2022). Big Five traits predict stress and loneliness during the COVID-19 pandemic: Evidence for the role of neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 190, 111531. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111531>

Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A. G., Dobrea, A., & Döpfner, M. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 729.

Jablensky, A. (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry*, 15(1), 26-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological*

- issues & strategies in clinical research* (pp. 631–648). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10109-042>
- James, W. (1890a). The consciousness of self. In W. James, *The principles of psychology*, (vol. 1, pp. 291–401). Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-010>
- James, W. (1890b). *The principles of psychology* New York. *Holt and company*.
- James, W. (1895). Person and Personality, Johnson's Universal Cyclopedia. *Essays in psychology*, 315-322.
- Janet B. (1985). The Multiaxial System of DSM-III: Where Did It Come From and Where Should It Go? I. Its Origins and Critiques. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 175-180. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790250069009>
- Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique. *Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. L'Harmattan.
- Jauk, E., & Ehrental, J. C. (2021). Self-Reported Levels of Personality Functioning from the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) System and Emotional Intelligence Likely Assess the Same Latent Construct. *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 365-379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1775089>
- John, O. P., Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality*, 2(3), 171-203. <https://doi.org/10.1002/per.2410020302>
- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (Eds.). (2008). *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed). Guilford Press.
- Jones, L. V. (1998). L. L. Thurstone's vision of psychology as a quantitative rational science. *En Portraits of pioneers in psychology*, (vol.3, pp. 85-102). American Psychological Association.
- Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7(1), 1.

- Kahr, B. (1996). Donald Winnicott and the foundations of child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 22(3), 327-342. <https://doi.org/10.1080/00754179608254505>
- Kampe, L., Zimmermann, J., Bender, D., Caligor, E., Borowski, A.-L., Ehrental, J. C., Benecke, C., & Hörz-Sagstetter, S. (2018). Comparison of the Structured DSM–5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 642-649. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1489257>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1-2*. Williams & Wilkins Co.
- Kassin, M., & Hackrad, J. (2020). *Adaptación cultural de la versión al Español del cuestionario de Auto reporte OPD-CA2-SQ (Operationalised Psychodynamic Diagnostics in Children and Adolescents – Structure Questionnaire; autores Goth & Schmeck): Un cuestionario para evaluar el nivel de estructura de la personalidad en la adolescencia – Short manual [Manual]*.
- Kaszynski, K., Kallis, D. L., Karnik, N., Soller, M., Hunter, S., Haapanen, R., Blair, J., & Steiner, H. (2014). Incarcerated youth with personality disorders: Prevalence, comorbidity and convergent validity. *Personality and Mental Health*, 8(1), 42-51. <https://doi.org/10.1002/pmh.1241>
- Kavirayani, K. (2018). Historical perspectives on personality – The past and current concept: The search is not yet over. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 6(1), 180. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_63_18
- Keller, T. G., Gerd Rudolf, Oberbracht Claudia, Jakobsen Thorsten, Wolfram. (2004). Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg–Berlin Study. En *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Routledge.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of

- psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kendler, K. S. (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*, 39(12), 1935-1941. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005753>
- Kendler, K. S., & Engstrom, E. J. (2017). Kahlbaum, Hecker, and Kraepelin and the Transition From Psychiatric Symptom Complexes to Empirical Disease Forms. *The American Journal of Psychiatry*, 174(2), 102-109.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030375>
- Kernberg, O. F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169-195. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30944-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30944-4)
- Kernberg, O. F. (1988). Object relations theory in clinical practice. *The Psychoanalytic Quarterly*, 57(4), 481-504.
- Kernberg, O. F. (2005). Unconscious Conflict in the Light of Contemporary Psychoanalytic Findings. *The Psychoanalytic Quarterly*, 74(1), 65-81.
<https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2005.tb00200.x>
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent Findings and Clinical Implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1003.
- Kernberg, O. F. (2015). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(1), 38-46. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.912352>
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. Basic Books.
- Kerr, S., Fonagy, P., & Sharp, C. (2021). Emerging Personality Disorders. En A. Venta, C. Sharp, J. M. Fletcher, & P. Fonagy (Eds.), *Developmental Psychopathology* (1.^a ed., pp. 335-363). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118686089.ch13>
- Keshavan, M. S. (2014). Psychiatric classification at cross-roads. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 1. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.01.001>

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 617-627.
- Kett, J. F. (1993). Discovery and invention in the history of adolescence. *Journal of Adolescent Health*, *14*(8), 605-612. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90193-S](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90193-S)
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *70*(1), 65-79.
- Kim, H., & Eaton, N. R. (2015). The hierarchical structure of common mental disorders: Connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(4), 1064-1078. <https://doi.org/10.1037/abn0000113>
- Kircanski, K., White, L. K., Tseng, W.-L., Wiggins, J. L., Frank, H. R., Sequeira, S., Zhang, S., Abend, R., Towbin, K. E., Stringaris, A., Pine, D. S., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2018). A Latent Variable Approach to Differentiating Neural Mechanisms of Irritability and Anxiety in Youth. *JAMA Psychiatry*, *75*(6), 631-639. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0468>
- Kirshner, L. A. (1991). The concept of the self in psychoanalytic theory and its philosophical foundations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *39*(1), 157-182. <https://doi.org/10.1177/000306519103900108>
- Kitayama, S., & Cohen, D. (2010). *Handbook of cultural psychology*. The Guildford Press.
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, *25*, 223-237. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1955.tb00131.x>
- Klein, M. (2011). *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. Random House.
- Klein, M., Winnicott, D., & Balint, S. (2010). Object relations theory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, *3*, 1110-1121.
- Klimstra, T. A., & Denissen, J. J. A. (2017). A theoretical framework for the associations between identity and psychopathology. *Developmental Psychology*, *53*(11),

2052-2065. <https://doi.org/10.1037/dev0000356>

- Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H. M., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B., & Bühring, M. E. F. (2012). The Impact of Level of Personality Organization on Treatment Response: A Systematic Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 75*(4), 355-374. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.355>
- Kohut, H. (1968). Introspection and empathy: Further thoughts about their role in psychoanalysis. *The search for the self, 3*, 83-101.
- Kohut, H. (1969). Formas y transformaciones del narcisismo. *Revista de psicoanálisis, 26*(2), 371-401.
- Kohut, H. W. (1978). The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline. *International Journal of Psychoanalysis, 59*(4), 413-425.
- Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrovski, A., Eaton, N. R., First, M. B., Forbes, M. K., Hyman, S. E., Jonas, K. G., Krueger, R. F., Latzman, R. D., Li, J. J., Nelson, B. D., Regier, D. A., Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Skodol, A. E., ... Wright, A. G. C. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine, 52*(9), 1666-1678. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001301>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking «big» personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768-821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K., Reininghaus, U., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., Zald, D. H., Krueger, R. F., Watson, D., & HiTOP Utility Workgroup. (2020). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry, 19*(2), 151-172. <https://doi.org/10.1002/wps.20730>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown,

- T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*(1), 83-108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Abel.
<https://books.google.com.uy/books?id=ll-qGwAACAAJ>
- Kraepelin, E. (1907). Textbook of psychiatry. (*J.W. Moore, Trad.*).
- Kraepelin, E. (1915). *Clinical psychiatry: A text-book for students and physicians*. Macmillan.
- Kraepelin, E., & Barclay, R. M. (1919). Dementia praecox. *The clinical roots of the schizophrenia concept: Translations of seminal European contributions on schizophrenia*, 13-24.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of Axes I and II: Toward a Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders. *Journal of Personality Disorders, 19*(3), 233-261. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.233>
- Krueger, R. F., & Blaney, P. H. (2023). *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford University Press.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., Skodol, A., & Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 170-191.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.170>

- Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, *53*(3-4), 126-132.
<https://doi.org/10.1159/000508538>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., ... Workgroup, H. U. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, *20*(2), 171-193. <https://doi.org/10.1002/wps.20844>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*(1), 111-133.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, *30*(7), 1245-1259.
- Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2003). Personality and Psychopathology: Working Toward the Bigger Picture. *Journal of Personality Disorders*, *17*(2), 109-128.
<https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.109.23986>
- Kwan, B., & Rickwood, D. J. (2015). A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 279.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0664-x>
- Laceulle, O. M., Vollebergh, W. A. M., & Ormel, J. (2015). The Structure of Psychopathology in Adolescence: Replication of a General Psychopathology Factor in the TRAILS Study. *Clinical Psychological Science*, *3*(6), 850-860.
<https://doi.org/10.1177/2167702614560750>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017). A

- hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142-186. <https://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Singh, A. L., Waldman, I. D., & Rathouz, P. J. (2011). Higher-Order Genetic and Environmental Structure of Prevalent Forms of Child and Adolescent Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 181. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.192>
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). *A Multivariate Model of Gender Differences in Adolescents' Internalizing and Externalizing Problems*.
- Leary, D. E. (2006). G. Stanley Hall, a man of many words: The role of reading, speaking, and writing in his psychological work. *History of Psychology*, 9(3), 198-223. <https://doi.org/10.1037/1093-4510.9.3.198>
- Leichsenring, F. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Supportive-Expressive (SE) Psychotherapy: An Update. *Current Psychiatry Reviews* 3(1),57-64.
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 395-403, vi. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.003>
- Lenzenweger, M. F., & Cicchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 893-898. <https://doi.org/10.1017/s095457940505042x>
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005a). *Major theories of personality disorder* (2nd ed). The Guilford Press.
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005b). The Personality Disorders History, Classification, and Research Issues. En *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 1-31). The Guilford Press.
- Lepoutre, T., & Villa, F. (2015). Freud with Charcot: Freud's discovery and the question of diagnosis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(2), 345-368.

<https://doi.org/10.1111/1745-8315.12247>

- Levin-Aspenson, H. F., Watson, D., Clark, L. A., & Zimmerman, M. (2021). What Is the General Factor of Psychopathology? Consistency of the p Factor Across Samples. *Assessment*, 28(4), 1035-1049. <https://doi.org/10.1177/1073191120954921>
- Li, S. H., & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet. Psychiatry*, 4(1), 73-82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30358-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30358-3)
- Lilienfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity Between and Within Childhood Externalizing and Internalizing Disorders: Reflections and Directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285-291. <https://doi.org/10.1023/A:1023229529866>
- Lilliengren, P. (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117-140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., & Virtala, E. (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 202-211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.011>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2ed.). The Guilford Press.
- Liu, X., Guo, C., Liu, L., Wang, A., Hu, L., Tang, M., Chai, F., Zhao, G., Yang, J., & Sun, L. (1997). Reliability and validity of the Youth Self-Report (YSR) of Achenbach's Child Behavior Checklist (CBCL). *Chinese Mental Health Journal*, 11(4), 200-203.
- Lockyer, L., & Rutter, M. (1970). A Five- to Fifteen-Year Follow-up Study of Infantile Psychosis: IV. Patterns of Cognitive Ability. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 152-163. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1970.tb00654.x>

- Lomax, E. (1983). A mid-nineteenth century British pediatrician's interpretations of the mental peculiarities and disorders of childhood (Charles West). *Clio Medica (Amsterdam, Netherlands)*, 17(4), 223-233.
- Lombardo, G. P., & Foschi, R. (2003). The concept of personality in 19th-century French and 20th-century American psychology. *History of Psychology*, 6(2), 123-142.
<https://doi.org/10.1037/1093-4510.6.2.123>
- Luborsky, L. (1998). The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence. En *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed. ,pp. 307-325). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10250-021>
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2008). Personality and subjective well-being. En *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed.,pp. 795-814). The Guilford Press.
- Luciano, M., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Sbordone, D., Fiorillo, A., & Bhugra, D. (2015). The role of psychopathology in the new psychiatric era. *Journal of Psychopathology*, 21, 318-322.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., De Rosa, C., Albert, U., Carrà, G., Dell'Osso, B., Lorenzo, G. D., Ferrari, S., Martinotti, G., Nanni, M. G., Pinna, F., Pompili, M., Volpe, U., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2016). [Critical evaluation of current diagnostic classification systems in psychiatry: The case of DSM-5]. *Rivista de Psichiatria* (3), 116-121. PubMed. <https://doi.org/10.1708/2304.24798>
- Lundin, A., Åhs, J., Åsbring, N., Kosidou, K., Dal, H., Tinghög, P., Saboonchi, F., & Dalman, C. (2017). Discriminant validity of the 12-item version of the general health questionnaire in a Swedish case-control study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 171-179. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1246608>
- Lunsky, L. L. (1965). Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory. *Archives of Internal Medicine*, 115(3), 369.
<https://doi.org/10.1001/archinte.1965.03860150113033>

- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 52-68. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.003>
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality, 88*(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(4), 366-379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). Integrating and differentiating personality and psychopathology: A psychodynamic perspective. *Journal of Personality, 90*(1), 75-80. <https://doi.org/10.1111/jopy.12656>
- Luyten, P., Fonagy, P., Target, M., & Blatt, S. J. (2015). Theoretical and Empirical Foundations of Contemporary Psychodynamic Approaches. En *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (pp. 3-26). Guilford Press.
- Luzardo, M., Bagattini, N., Dogmanas, D., Brunet, N., Bernardi, R., & López-Gómez, A. (2020). *Validación de la estructura del cuestionario GHQ12.* (p. 37) [Psicométrico]. Facultad de Psicología.
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Forbes, M. K., Teesson, M., Newton, N., & Chapman, C. (2022). *Structure of psychopathology in adolescents and its association with high-risk personality traits* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mq9e5>
- Mack, A. H., Forman, L., Brown, R., & Frances, A. (1994). A Brief History of Psychiatric Classification: From the Ancients to DSM-IV. *History of Psychiatry, 17*(3), 515-523. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30096-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30096-0)
- Maher, B. A., & Maher, W. B. (1994). Personality and psychopathology: A historical perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 72.
- Malone, J. C. P. (2018). Reclaiming the Developmental Lens for Adolescent Formulation and Diagnosis: Application of the PDM-2 to Clinical Cases. *Psychoanalytic. Psychology,*

35(3),339-345.

- Manheimer-Gommès, M. (1899). *Troubles mentaux de l'enfance: Précis de psychiatrie infantile*. Société d'édit. scientifiques.
- Markon, K. E. (2010). Modeling psychopathology structure: A symptom-level analysis of Axis I and II disorders. *Psychological Medicine*, 40(2), 273-288.
<https://doi.org/10.1017/s0033291709990183>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1998). The cultural psychology of personality. *Journal of cross-cultural psychology*, 29(1), 63-87.
- Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis, M. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin, J., Taylor, M. J., & Lichtenstein, P. (2018). Assessing the evidence for shared genetic risks across psychiatric disorders and traits. *Psychological Medicine*, 48(11), 1759-1774. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003440>
- Mascaro, O., & Sperber, D. (2009). The moral, epistemic, and mindreading components of children's vigilance towards deception. *Cognition*, 112(3), 367-380.
<https://doi.org/10.1016/j.cognition.2009.05.012>
- McAdams, D. P. (1997). A Conceptual History of Personality Psychology. En *Handbook of Personality Psychology* (pp. 3-39). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50002-0>
- McCarthy, M. M. (2008). Estradiol and the Developing Brain. *Physiological Reviews*, 88(1), 91-134. <https://doi.org/10.1152/physrev.00010.2007>
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2011.548954>
- McWilliams, N. (2011a). Developmental Levels of Personality Organization. En *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*.

- Guilford Publications. <http://site.ebrary.com/id/10483587>
- McWilliams, N. (2011b). Implications of developmental levels of organization. In *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (pp. 162-215). Guilford Publications. <http://site.ebrary.com/id/10483587>
- McWilliams, N. (2011c). Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. In *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (p. 389). Guilford Publications. <http://site.ebrary.com/id/10483587>
- Mendle, J. (2014). Why puberty matters for psychopathology. *Child Development Perspectives*, 8(4), 218-222.
- Michelini, G., Barch, D. M., Tian, Y., Watson, D., Klein, D. N., & Kotov, R. (2019). Delineating and validating higher-order dimensions of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Translational Psychiatry*, 9(1), 261. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0593-4>
- Millon, T. (2009). A brief history of psychopathology. En *Oxford textbook of psychopathology*, (2nd ed., pp. 3-34). Oxford University Press.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* (Vol. 208). John Wiley & Sons.
- Millon, T. (2016). What is a personality disorder?. *Journal of Personality Disorders*, 30, 289-306. <https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.3.289>
- Misès, R. (2004). 78. Les pathologies limites de l'enfance. En *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2 ed., pp. 1347-1362). Presses Universitaires de France. . <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.1347>
- Moghaddam, F. M., Lee, N., & Harré, R. (2007). Psychology is social: Exploring universals in performance capacity and performance style. *Revista de Psicología*, 25(2), 139-176.
- Moghaddam, F. M., Taylor, D. M., & Wright, S. C. (1993). *Social psychology in cross-cultural perspective* . W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Momentive. (2023). *Plataforma de encuestas online SurveyMonkey* [Encuestas y

- formularios]. Surveymonkey. <https://es.surveymonkey.com/>
- Montag, C., & Panksepp, J. (2017). Primary Emotional Systems and Personality: An Evolutionary Perspective. *Frontiers in Psychology, 8*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00464>
- Morel, B.-A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives par le Docteur BA Morel*. J.-B. Baillière.
- Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C., & Williams, R. (2021). Suicidality and Personality Pathology in Adolescence: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development, 54*, 290-311. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01239-x>
- Munsche, H., & Whitaker, H. A. (2012). Eighteenth Century Classification of Mental Illness: Linnaeus, de Sauvages, Vogel, and Cullen. *Cognitive and Behavioral Neurology, 25*(4).
https://journals.lww.com/cogbehavneurol/Fulltext/2012/12000/Eighteenth_Century_Classification_of_Mental.8.aspx
- Murray, A. L., Aja Louise Murray, Aja Louise Murray, Eisner, M., & Ribeaud, D. (2016). The development of the general factor of psychopathology «p factor» through childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(8), 1573-1586.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0132-1>
- Murray, H. (1938). *Explorations in personality*. Oxford University Press.
- Neacsiu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2015). Identity Disturbance and Problems With Emotion Regulation Are Related Constructs Across Diagnoses. *Journal of Clinical Psychology, 71*(4), 346.
- Newman, K. M. (1996). Winnicott Goes to the Movies: The False Self in *Ordinary People*. *The Psychoanalytic Quarterly, 65*(4), 787-807.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1996.11927516>
- Newnham, E. A., & Janca, A. (2014). Childhood adversity and borderline personality

- disorder: A focus on adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 68.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000028>
- Nissen, G. (1986). [Hermann Emminghaus. Founder of scientific child and adolescent psychiatry]. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 14(1), 81-87.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). *The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence*. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–443.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The journal of abnormal and social psychology*, 66(6), 574.
- Northoff, G. (2013). *Brain and self* ♦ a neurophilosophical account. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*, 7, 28. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-28>
- O'Connell, P., Woodruff, P. W., Wright, I., Jones, P., & Murray, R. M. (1997). Developmental insanity or dementia praecox: Was the wrong concept adopted? *Schizophrenia Research*, 23(2), 97-106. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(96\)00110-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(96)00110-7)
- OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing GmbH.
- OPD-CA-2 Task Force, Resch, F., Romer, G., Schmeck, K., & Seiffge-Krenke, I. (Eds.). (2017). *OPD-CA-2 operationalized psychodynamic diagnosis in childhood and adolescence: Theoretical basis and user manual 2017*. Hogrefe Publishing.
<https://doi.org/10.1027/00489-000>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2017). Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum:evidence from genomics. *World Psychiatry*, 16(3), 227-235.
<https://doi.org/10.1002/wps.20440>

- Padrón, A., Galán, I., Durbán, M., Gandarillas, A., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish adolescents. *Quality of Life Research, 21*(7), 1291-1298.
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-0038-x>
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*(2), 66-73.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2012). The philosophical implications of affective neuroscience. *Journal of Consciousness Studies, 19*(3-4), 6-48.
- Patalay, P., Fonagy, P., Deighton, J., Belsky, J., Vostanis, P., Miranda Wolpert, & Wolpert, M. (2015). A general psychopathology factor in early adolescence. *British Journal of Psychiatry, 207*(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149591>
- Patel, D., Shah, V., & Bhatt, J. (2021). Prevalence Of Mental Illness In School Going Adolescents. *Indian Journal of Applied Basic Medical Sciences, 23*(01), 72-82.
<https://doi.org/10.48165/ijabms.2021.23108>
- Pelletier, J.-F., & Davidson, L. (2015). [At the very roots of psychiatry as a new medical specialty: The Pinel-Pussin partnership]. *Sante Mentale Au Quebec, 40*(1), 19-33.
- Perfect, W. (1809). *Annals of insanity*.
- Perlman, F., & Frankel, J. (2009). Relational psychoanalysis: A review. *Psychoanalytic Social Work, 16*(2), 105-125.
- Perry, J., & Henry, M. (2004). Studying Defense Mechanisms in Psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales. *Advances in Psychology, 136*.
[https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(04\)80034-7](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(04)80034-7)
- Phillips, J. (2000). Conceptual models for psychiatry: *Current Opinion in Psychiatry, 13*(6), 683-688. <https://doi.org/10.1097/00001504-200011000-00036>

- Pine, F. (1988). The Four Psychologies of Psychoanalysis and Their Place in Clinical Work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36(3), 571-596.
<https://doi.org/10.1177/000306518803600301>
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. J. Ant. Brosson.
- Pitkin, J. R., & Myers, D. (1994). The Specification of Demographic Effects on Housing Demand: Avoiding the Age-Cohort Fallacy. *Journal of Housing Economics*, 3(3), 240-250. <https://doi.org/10.1006/jhec.1994.1011>
- Plante, T. G. (Ed.). (2013). *Abnormal psychology across the ages*. Praeger.
- Platt, J. M. (2020). *Changes in gendered social position and the depression gap over time in the United States*. Columbia University. <https://doi.org/10.7916/d8-aq41-5094>
- Popper, K. (1963). Science: Conjectures and refutations. *Conjectures and refutations*, 43-86.
- Poskett, J. (2019). *Materials of the Mind: Phrenology, Race, and the Global History of Science, 1815-1920*. University of Chicago Press.
<https://doi.org/10.7208/chicago/9780226626895.001.0001>
- Potter, M. A., Quill, B. E., Aglipay, G. S., Anderson, E., Rowitz, L., Smith, L. U., Telfair, J., & Whittaker, C. (2006). Demonstrating Excellence in Practice-Based Research for Public Health. *Public Health Reports*, 121(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1177/003335490612100102>
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Reed, G. M. (2018). HiTOP must meet the use requirements of the ICD before it can aspire to replace it. *World Psychiatry*, 17(3), 296-298. <https://doi.org/10.1002/wps.20560>
- Regulation, P. (2016). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council.
- Remmers, C., Wester, R., Repnik, L. G., Plumböhm, M., Unger, S., & Jauk, E. (2023). *Psychodynamic Theory Meets Hitop The Nomological Network between Motivational*

Conflicts and Dimensions of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (Hitop) .

<https://doi.org/10.2139/ssrn.4347569>

Remy, C., Huemer, J., Walton, C. O., & Hexter, G. (2011). The Development of Child and Adolescent Psychiatry: A Brief History. En H. Steiner, *Handbook of Developmental Psychiatry* (pp. 13-18). World Scientific. .

https://doi.org/10.1142/9789814324823_0002

Rey, J. M., Jr, F. B. A., Bernad, C. A., Çuhadaroğlu, F. Ç., Evans, B., Fung, D., Harper, G., Loidreau, L., Ono, Y., Püras, D., Remschmidt, H., Robertson, B., Rusakoskaya, O. A., & Schleimer, K. (2015). History of Child Psychiatry. *E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*.

Ribot, T. (1888). Les Maladies de la personnalité [1885]. Félix Alcan.

Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)

Roche, A. J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J., & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 325-334. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.04.007>

Romer, A. L., Elliott, M. L., Knodt, A. R., Sison, M. L., Ireland, D., Houts, R., Ramrakha, S., Poulton, R., Keenan, R., Melzer, T. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Hariri, A. R. (2021). Pervasively Thinner Neocortex as a Transdiagnostic Feature of General Psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 178(2), 174-182.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19090934>

Rosén, T., & Hau, S. (2021). Operationalized psychodynamic diagnosis in childhood and adolescence (OPD-CA-2)—A useful tool for improving diagnoses of psychological illnesses. *Nordic Psychology*, 73(4), 291-299.

<https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001677>

Rousseau, J.-J. (1821). *Emilio o de la educación* (Vol. 1). Alban y Compañía.

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un

- vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3). 261-270.
- Ruhräh, J. (1919). Thomas Phaer. *Annals of Medical History*, 2(4), 334.
- Rutten, G.-J. (2022). Chapter 2—Broca-Wernicke theories: A historical perspective. En A. E. Hillis & J. Fridriksson (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (vol. 185, pp. 25-34). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823384-9.00001-3>
- Rutter, M. J., Bishop, D., Pine, D. S., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2011). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2009). *Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sahin, Z., Barber, J. P., & Luborsky, L. (2017). Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy ☆. En *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05426-2>
- Saling, M., & Solms, M. (2018). *A moment of transition: Two neuroscientific articles by Sigmund Freud*. Routledge.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders*, 2(3), 161-174. <https://doi.org/10.1037/a0021216>
- Sarrar, L., & Goth, K. (2022). Defense Mechanisms Reloaded in the Light of Impaired Personality Functioning: An Attempt of Clarification and Simplification Resulting in the DSQ-22-A for Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Scalabrini, A., Mucci, C., & Northoff, G. (2018). Is Our Self Related to Personality? A Neuropsychodynamic Model. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 346. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00346>

- Schlegel, A., & Barry, H. (1991). *Adolescence: An anthropological inquiry*. Free Press .
- Schmeck, K., Kumperscak, H. G., Birkhölzer, M., & Goth, K. (2022). Dimensional assessment of personality disorders in young people: A closer look on personality functioning in younger ages, different cultures, and various clinical settings. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1082189.
- Schneider, K. (1923). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. [The psychopathic personalities.]. London: Cassell & Company Limited.
- Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 107. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975>.
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International, 113*(11), 183-190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2016). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Schultz, J. A. (1991). Medieval Adolescence: The Claims of History and the Silence of German Narrative. *Speculum, 66*(3), 519-539. <https://doi.org/10.2307/2864225>
- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., & Theodoridou, A. (2018). Psychopathology—A Precision Tool in Need of Re-sharpening. *Frontiers in Psychiatry, 9*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00446>
- Schwartz, F. (1981). Psychic structure. *The International Journal of Psychoanalysis, 62*(1), 61-72.
- Scott, S. (2002). Classification of psychiatric disorders in childhood and adolescence: Building castles in the sand? *Advances in Psychiatric Treatment, 8*(3), 205-213. <https://doi.org/10.1192/apt.8.3.205>
- Seawright, J., Gerring, J., Seawright, J., & Gerring, J. (2014). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. En M. Tight, *Case Studies* (pp. 11213-11213). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473915480.n31>

- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 785. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Sekowski, M., Gambin, M., & Sharp, C. (2021). The Relations Between Identity Disturbances, Borderline Features, Internalizing Disorders, and Suicidality in Inpatient Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *35*(Supplement B), 29-47. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_501
- Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., & Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry Research*, *312*, 114558. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114558>
- Shahar, S. (1992). *Childhood in the Middle Ages*. Routledge. <http://archive.org/details/childhoodinmiddl0000shah>
- Shakespeare, W., Pierce, F. E., & Shakespeare, W. (1918). *The winter's tale*. Yale University Press.
- Sharp, C., Cano, K., Bo, S., & Hutsebaut, J. (2022). The assessment of personality function in adolescents. En *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era* (pp. 109-134). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000310-006>
- Sharp, C., & De Clercq, B. (2020). Personality Pathology in Youth. En C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* (1.^a ed., pp. 74-90). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108333931.015>
- Sharp, C., & Tackett, J. L. (Eds.). (2014a). *Handbook of Borderline Personality Disorder in*

- Children and Adolescents*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1>
- Sharp, C., & Tackett, J. L. (Eds.). (2014b). Introduction: An Idea Whose Time Has Come. En *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer . <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 387-398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Shaw, I. (2003). *The Oxford history of ancient Egypt*. Oxford University Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shields, A. N., Giljen, M., España, R. A., & Tackett, J. L. (2021). The p factor and dimensional structural models of youth personality pathology and psychopathology. *Current Opinion in Psychology, 37*, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.005>
- Shiner, R. L., & Tackett, J. L. (2014). *Personality Disorders in Children and Adolescents*.
- Shulman, S., & Scharf, M. (2018). Adolescent psychopathology in Times of Change: The need for integrating a developmental psychopathology perspective. *Journal of Adolescence, 65*, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.03.005>
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (2004). The pathophysiology of schizophrenia disorders: Perspectives from the spectrum. *The American Journal of Psychiatry, 161*(3), 398-413. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.398>
- Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). Anxiety and its disorders in children and adolescents in historical perspective. En *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed). Cambridge University Press.
- Skabeikyte-Norkiene, G., Sharp, C., Kulesz, P. A., & Barkauskiene, R. (2022). Personality pathology in adolescence: Relationship quality with parents and peers as predictors

- of the level of personality functioning. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00202-z>
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior* (Número 92904). Simon and Schuster.
- Sleed, M., Li, E. T., Vainieri, I., & Midgley, N. (2023). The Evidence-Base for Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and Their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 22(3), 179-214. <https://doi.org/10.1080/15289168.2023.2223739>
- Smoller, J. W., Andreassen, O. A., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Glatt, S. J., & Kendler, K. S. (2019). Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular Psychiatry*, 24(3), 409-420. <https://doi.org/10.1038/s41380-017-0010-4>
- Snyder, H. R., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2017). Strong Homotypic Continuity in Common Psychopathology-, Internalizing-, and Externalizing-Specific Factors Over Time in Adolescents. *Clinical psychological science*, 5(1), 98-110. <https://doi.org/10.1177/2167702616651076>
- Solms, M. (1998). Before and after Freud's Project. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 843(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb08201.x>
- Solms, M. L. (2018). The Neurobiological Underpinnings of Psychoanalytic Theory and Therapy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00294>
- Song, L., Singh, J., & Singer, M. (1994). The Youth Self-Report inventory: A study of its measurements fidelity. *Psychological Assessment*, 6(3), 236.
- Spagnolo, R. (2021). *The Dynamic Self in Psychoanalysis | Neuroscientific Foundations and Clinical Cases*. (1.^a ed., Vol. 1). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003221876/dynamic-self-psychoanalysis-rosa-spagnolo-georg-northoff>
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D.

- (2010). Epistemic Vigilance. *Mind & Language*, 25(4), 359-393.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.2010.01394.x>
- St Clair, M. C., Neufeld, S., Jones, P. B., Fonagy, P., Bullmore, E. T., Dolan, R. J., Moutoussis, M., Toseeb, U., & Goodyer, I. M. (2017). Characterising the latent structure and organisation of self-reported thoughts, feelings and behaviours in adolescents and young adults. *PLOS ONE*, 12(4), e0175381.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175381>
- Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). The Emerging Role of Interdisciplinarity in Clinical Psychoanalysis. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.659429>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.
<https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stern, W. (1938). *Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. General Psychology from the Personalistic Standpoint... Translated by Howard Davis Spoerl.* Macmillan Company.
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Tackett, J. L. (2006a). Evaluating models of the personality–psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 584-599.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.003>
- Tackett, J. L. (2006b). Evaluating models of the personality–psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 584-599.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.003>
- Tackett, J. L., Herzhoff, K., Reardon, K. W., De Clercq, B., & Sharp, C. (2014). The externalizing spectrum in youth: Incorporating personality pathology. *Journal of Adolescence*, 37(5), 659-668. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.10.009>

- Tanaka-Matsumi, J. (2019). Abnormal psychology and culture. En *The handbook of culture and psychology*(2nd ed , pp. 431-467). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780190679743.003.0014>
- Taylor, M. A., & Vaidya, N. A. (2008). A history of psychiatric classification. En *Descriptive Psychopathology: The Signs and Symptoms of Behavioral Disorders* (p. 400).Cambridge University Press.
- Taylor, S., & Goritsas, E. (1994). Dimensions of Identity Diffusion. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 229-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.3.229>
- Temkin, O. (1947). Gall and the phrenological movement. *Bulletin of the History of Medicine*, 21(3), 275-321.
- Terr, L. C., & Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline Personality Exists in Children under Twelve. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 478-483. <https://doi.org/10.1097/00004583-199005000-00025>
- The jamovi project. (2023). *Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]*.
<https://www.jamovi.org>
- Thompson, C. (1987). *The origins of modern psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Thurstone, L. L. (1940). Current issues in factor analysis. *Psychological Bulletin*, 37(4), 189.
- Ticho, E., & Richards, A. (1982). Psychoanalytic Theories of the Self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(3), 717-733.
<https://doi.org/10.1177/000306518203000308>
- Tousignant, M., Brosseau, R., & Tremblay, L. (1987). Sex biases in mental health scales: Do women tend to report less serious symptoms and confide more than men? *Psychological Medicine*, 17(1), 203-215.
<https://doi.org/10.1017/S003329170001309X>
- Troop-Gordon, W., Schwartz, D., Mayeux, L., McWood, L. M., & Halpern-Felsher, B. (2021). Peers and psychopathology. *Reference Module in Biomedical Sciences*. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00049-2>

- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355-380.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Tuke, D. (1893). *A dictionary of Psychological Medicine. Giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology.* (Vol. 39).
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0368315X00081214/type/journal_article
- Tupes, E. C., & Christal, R. C. (1958). Stability of personality trait rating factors obtained under diverse conditions. *USAF Wright Air Development Center Technical Note*, 58-61, 16.
- (Tyrer, P., & Mulder, R. (Eds.). (2022). Personality Disorders and Comorbidity with Other Mental Illness. En *Personality Disorder: From Evidence to Understanding* (pp. 57-68). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108951685.008>
- Tyson, P. (1988). Psychic Structure Formation: The Complementary Roles Of Affects, Drives, Object Relations, And Conflict. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 36,73-98.
- UNICEF Procedure on Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis.* (s. f.). UNICEF Global Development Commons. Recuperado 16 de julio de 2022.
<https://gdc.unicef.org/resource/unicef-procedure-ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis>
- URCDP, C. E. (2021). *Resolución N° 23/021* . Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales.
<https://www.gub.uy/unidad-reguladora-control-datos-personales/institucional/normativa/resolucion-n-23021>
- Verschueren, M., Claes, L., Gandhi, A., & Luyckx, K. (2019). Identity and Psychopathology: Bridging Developmental and Clinical Research. *Emerging Adulthood*, 8(5),319-332.

<https://doi.org/10.1177/2167696819870021>

Vijver, F. J. R. V. de, & He, J. (2020). Research Methods in Cross-Cultural Psychology. En *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.

<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.454>

Viola, L., Garrido, G., & Varela, A. (2008). *Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos*, 58.

Waldman, I. D., Poore, H. E., Van Hulle, C. A., Rathouz, P. J., & Lahey, B. B. (2016).

External validity of a hierarchical dimensional model of child and adolescent psychopathology: Tests using confirmatory factor analyses and multivariate behavior genetic analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1053-1066.

<https://doi.org/10.1037/abn0000183>

Waldron, S., Gordon, R. M., & Gazzillo, F. (2017). *Assessment within the PDM-2 framework*.

Walker, E. F. (2002). Adolescent Neurodevelopment and Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 11(1), 24-28.

<https://doi.org/10.1111/1467-8721.00161>

Wallerstein, R. S. (2009). What kind of research in psychoanalytic science?1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(1), 109-133.

<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00107.x>

Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., ... HiTOP Utility Workgroup. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 26-54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>

Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. Transaction Publishers.

Weinryb, R. M., & Rössel, R. J. (1991). Karolinska psychodynamic profile: KAPP. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1-23.
- West, C. (1860). On the Mental Peculiarities and Mental Disorders of Childhood. *The Ohio Medical and Surgical Journal (1848-1878)*, 12(5), 397.
- Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). *Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology*. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 335–384). The Guilford Press.
- Weyer, J. (2014). De Praestigiis Daemonum, 1563. *Trans. John Shea. Witches, Devils, and Doctors in the Renaissance. Eds. Georges Mora et al. Medieval and Renaissance Texts and Studies*, 73.
- White, S. H. (1992). G. Stanley Hall: From philosophy to developmental psychology. *Developmental Psychology*, 28(1), 25-34. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.25>
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*.
- Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., ... Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of Personality Assessment*, 101(4), 345-355. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>
- Widiger, T. A., & McCabe, G. A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3-4), 149-156. <https://doi.org/10.1159/000507378>
- Widiger, T. A., Sellbom, M., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Kotov, R., Krueger, R. F., Lynam, D. R., Miller, J. D., Mullins-Sweatt, S., Samuel, D. B., South, S. C., Tackett, J. L., Thomas, K. M., Watson, D., & Wright, A. G. C. (2019). Personality in a Hierarchical Model of Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 77-92. <https://doi.org/10.1177/2167702618797105>
- Wilks, L. (2009, julio 4). *The stability of personality over time as a function of personality trait*

dominance.

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-stability-of-personality-over-time-as-a-of-Wilks/b28f888fc0cd6e87afcf0a6b88d70d7575a5331a>

Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history.

American Journal of Psychiatry, 150(3), 399-410.

<https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment:*

Studies in the theory of emotional development. Hogarth.

Winnicott. (1951). *Transitional objects and transitional phenomena.* Tavistock.

Winnicott, D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En *Los*

procesos de maduración y el ambiente facilitador (pp.182-199).Laia.

Wolf, A. W., Schubert, D. S., Patterson, M. B., Grande, T. P., Brocco, K. J., & Pendleton, L.

(1988). Associations among major psychiatric diagnoses. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 56(2), 292-294. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.2.292>

Wolfe, B. (1989). *Heinz Kohut's self psychology: A conceptual analysis.* *Psychotherapy:*

Theory, Research, Practice. Training, 26(4), 545.

Wonderlich. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment

implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders.*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20033>

World Health Organization. (1948). *Manual of the international statistical classification of*

diseases, injuries, and causes of death: Sixth revision of the International lists of

diseases and causes of death, adopted 1948. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th rev.).*

<https://icd.who.int/en>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health*

for all. WOS.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki:

- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2016). Developmental Trajectories of Borderline Personality Disorder Symptoms and Psychosocial Functioning in Adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 351-372. https://doi.org/10.1521/pepi_2015_29_200
- Wright, A. J., & Jackson, J. J. (2022). *Are some people more consistent? Examining the stability and underlying processes of personality profile consistency*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8vt3j>
- Wright, A., & Krueger, R. (2013). The structure of psychopathology: Toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 281-294. <https://doi.org/10.1037/a0030133>
- Yager, J. (2005). Personality Disorders: States vs. Traits?. *NEJM Journal Watch*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Personality-Disorders%3A-States-vs.-Traits-Yager/b4fbb59b4d77074754da0aab82482d7e4cbb3911>
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2007). Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 557-565. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.557>
- Zell, E., & Lesick, T. L. (2022). Big five personality traits and performance: A quantitative synthesis of 50+ meta-analyses. *Journal of Personality*, 90(4), 559-573. <https://doi.org/10.1111/jopy.12683>
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: A pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment*, 96, 397-409. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.852563>
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C.

(2012). Assessing the Level of Structural Integration Using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM–5. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 522-532. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.700664>

Zimmermann, J., Müller, S., Bach, B., Hutsebaut, J., Hummelen, B., Fischer, F. (2020). A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. *Psychopathology*, 53(3-4), 168-178. <https://doi.org/10.1159/000507377>

XV. ANEXOS

1. Tabla de objetivos, preguntas, hipótesis.

Objetivos	Pregunta de Investigación	Hipótesis	Tests/Análisis Estadísticos
Investigar la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de la población adolescente del Uruguay.	¿Cuál es la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, evaluado mediante el nivel de integración de la estructura psíquica, con el tipo y la severidad de la psicopatología en una muestra de la población adolescente en Uruguay?	Existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento de la personalidad, el tipo y la severidad de la psicopatología en la muestra de población adolescente estudiada.	Análisis Correlacionales, Análisis de Componentes principales, Factoriales exploratorios y confirmatorios.
Describir la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en una muestra de la población adolescente del Uruguay.	¿Cómo se distribuyen el tipo, severidad de psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra estudiada?	H1.1: Existen patrones específicos en la distribución del tipo y severidad de la psicopatología y el funcionamiento de la personalidad en la muestra de adolescentes uruguayos estudiada.	Estadísticos Descriptivos, Distribución según sexo, edad, antecedentes de consulta y categorías de severidad.

<p>Analizar la correlación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.</p>	<p>¿Existe relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y el nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada?</p>	<p>H1.2: Existe una correlación significativa donde a menor nivel de funcionamiento de la personalidad, mayor nivel de severidad de la psicopatología en los adolescentes de la muestra estudiada.</p>	<p>Correlación de Spearman</p>
<p>Identificar las agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada y su relación con el nivel de funcionamiento de la personalidad.</p>	<p>¿Cuáles son las agrupaciones sindromáticas de la psicopatología empírica identificadas en la muestra estudiada y cómo se relacionan con el nivel de funcionamiento de la personalidad?</p>	<p>H1.3: Existen agrupaciones sindromáticas específicas de la psicopatología empírica en la muestra estudiada que se relacionan de manera particular con el nivel de funcionamiento de la personalidad.</p>	<p>Análisis componentes principales, factoriales exploratorios y confirmatorios</p>
<p>Investigar qué subdimensiones específicas de la personalidad están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia.</p>	<p>¿Qué subdimensiones específicas de la personalidad están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia?</p>	<p>H1.4: Existen subdimensiones específicas de la personalidad que están asociadas a diferentes tipos de psicopatología en la adolescencia.</p>	<p>Regresión logística multinomial</p>

<p>Estudiar la manifestación de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología en un caso clínico específico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica.</p>	<p>¿Cómo se manifiesta esta relación en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica?</p>	<p>H1.6: La relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología se manifiesta de manera única y específica en un caso clínico de un adolescente uruguayo en un proceso de psicoterapia psicodinámica.</p>	<p>A través de la descripción de un caso clínico informado por herramientas de autorreporte, se aborda esta relación en la adolescencia</p>
<p>Evaluar la utilidad de las herramientas de diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) y el autoinforme de adolescentes de Achenbach (Youth Self Report) para mejorar la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología.</p>	<p>¿Cómo se pueden utilizar las herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) en la clínica, para comprender mejor esta relación y, por tanto, mejorar la detección temprana, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental en la adolescencia?</p>	<p>H1.7: El uso herramientas de autoinforme del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-CA2-SQ) y el Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR) mejora la comprensión de la relación entre el funcionamiento de la personalidad y la psicopatología</p>	<p>Análisis mixto: correlación de cambios en las medidas cuantitativas de auto reporte y el resultado de la entrevista, para evaluar la coherencia entre mediciones y la percepción del paciente, explorando el significado de los cambios cuantitativos en el contexto individual del paciente.</p>

2. Instrumentos y protocolos

2.1. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando como fueron tus cosas en los últimos seis meses.

Nombre

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juegos, galletitas, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo mucho. Puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchas gracias por tu ayuda

2.2. Protocolo de Codificación.

Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas): P⁴⁻¹⁶, M⁴⁻¹⁶

Los 25 ítems del cuestionario comprenden 5 escalas con 5 ítems cada una. El primer paso para su puntuación suele ser puntuar cada una de las 5 escalas. "Un tanto cierto" se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de "No es cierto" y "Absolutamente cierto" varían según cada ítem. Las puntuaciones para cada uno de ellos se dan a continuación. Para cada una de las 5 escalas la puntuación puede variar desde 0 hasta 10 si los 5 ítems fueron completados. Puede prorratear las puntuaciones si solamente faltan uno o dos ítems por contestar.

Escala de síntomas emocionales	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Se queja con frecuencia de ...	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones	0	1	2
Se siente a menudo infeliz ...	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ...	0	1	2
Tiene muchos miedos	0	1	2
Escala de problemas de conducta	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Frecuentemente tiene rabietas	0	1	2
Por lo general es obediente	2	1	0
Pelea con frecuencia	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba cosas en casa	0	1	2
Escala de hiperactividad	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es inquieto/a, hiperactivo/a ...	0	1	2
Está continuamente moviéndose ...	0	1	2
Se distrae con facilidad	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza	2	1	0
Escala de problemas con compañeros/as	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es más bien solitario/a	0	1	2
Tiene por lo menos un amigo	2	1	0
Por lo general cae bien ...	2	1	0
Se meten con él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos	0	1	2
Escala prosocial	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos ...	0	1	2
Comparte frecuentemente	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien	0	1	2
Trata bien a niños más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar	0	1	2

Para obtener la **puntuación total de dificultades**, sume las cuatro escalas que se refieren a los problemas, pero no incluya la escala prosocial. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. (Puede prorratear el total si al menos 12 de los ítems fueron completados.)

2.3. Categorización del SDQ

Categorías	Normal	Límite	Elevado	Muy Elevado
Problemas Emocionales	0-4	5	6	7-10
Problemas de Conducta	0-3	4	5	6-10
Hiperactividad	0-5	6	7	8-10
Problemas con los Pares	0-2	3	4	5-10
Habilidades Prosociales	7-10	6	5	0-4
Puntuación de Externalización	0-5	6-10	11-12	13-20
Puntuación de Internalización	0-4	5-8	9-10	11-20

Dificultades Totales	0-14	15-17	18-19	20-40
-------------------------	------	-------	-------	-------

2.4. Cuestionarios de autoreporte de estructura (OPD-CA2-SQ)

Esta afirmación se aplica a tí?		No	Más bien no	Más o menos	Más bien sí	Sí
0 = No = no se aplica	2 = más o menos = en parte sí, en parte no					
1 = más bien no	3 = más bien sí					
	4 = Sí = exactamente cierto					
15	Cuando me separo por poco tiempo de las personas que me son importantes, tengo la sensación, de que no las voy a volver a ver nunca más.	0	1	2	3	4
16	No pido ayuda a los demás porque eso generalmente no funciona.	0	1	2	3	4
17	Muchas veces me siento insatisfecho conmigo mismo.	0	1	2	3	4
18	Creo que mis amigos hablan mal de mí a mis espaldas.	0	1	2	3	4
19	Frecuentemente mis sentimientos son tan caóticos que me cuesta describirlos.	0	1	2	3	4
20	Los otros insisten demasiado en que tome en cuenta sus necesidades.	0	1	2	3	4
21	Cuando las personas en mi entorno están de mal humor, muchas veces tengo la sensación de que es culpa mía.	0	1	2	3	4
22	A menudo me adapto demasiado (como soy y como me comporto) a las personas que me rodean porque no se quién soy realmente.	0	1	2	3	4
23	Me asustan las imágenes y/o fantasías que pasan por mi cabeza.	0	1	2	3	4
24	Difícilmente tolero las separaciones o despedidas porque me hacen sentir triste por mucho tiempo.	0	1	2	3	4
25	Cuando alguien es agradable conmigo, automáticamente me pregunto: ¿Porque lo hace?".	0	1	2	3	4
26	A veces siento tanta rabia que no puedo garantizar nada.	0	1	2	3	4
27	Me cuesta mucho, ponerme en contacto con las demás personas.	0	1	2	3	4
28	Me siento comodo cuando estoy solo.	0	1	2	3	4
29	Con mis amigos puedo ser como soy.	0	1	2	3	4
30	Muchas veces la gente me trata mal de repente sin que yo sepa la razón.	0	1	2	3	4
31	A menudo tengo la sensación de que algo no está bien dentro de mí.	0	1	2	3	4
32	No me atrevo a mostrarle a otras personas como soy realmente.	0	1	2	3	4
33	Muchas veces los demás me han tratado de manera tan egoísta y desconsiderada que me he sentido muy impactado.	0	1	2	3	4
34	De alguna manera me siento aislado de los demás.	0	1	2	3	4
35	Muchas veces me tratan mal aunque no haya hecho algo malo.	0	1	2	3	4
36	Es difícil seguir con mi vida si tengo sentimientos fuertes (ira, miedo, etc.).	0	1	2	3	4
37	Muchas veces tengo la sensación de que no valgo nada.	0	1	2	3	4
38	Es difícil para mí permitir que otras personas se me acerquen.	0	1	2	3	4
39	Cuando estoy solo, me siento atormentado por pensamientos o fantasías desagradables.	0	1	2	3	4
40	Cuando algo me hace sentir triste o enojado, me siento afectado por mucho tiempo (casi no puedo pensar en otra cosa o distraerme).	0	1	2	3	4

Esta afirmación se aplica a ti?		No	Más bien no	Más o menos	Más bien sí	Sí
0 = No = no se aplica	2 = más o menos = en parte sí, en parte no					
1 = más bien no	3 = más bien sí					
	4 = Si = exactamente cierto					
41	Evito pedir apoyo a los demás.	0	1	2	3	4
42	Cuando estoy muy enojado por algo, en ocasiones me retiro, de tal manera que siento como si estuviera aislado del mundo.	0	1	2	3	4
43	A menudo tengo la sensación de que otros me miran de forma "extraña" o me critican.	0	1	2	3	4
44	Me cuesta tolerar los pensamientos y fantasías que pasan por mi cabeza.	0	1	2	3	4
45	Me cuesta creer que una persona cercana realmente me quiere (mis amigos, novio(a), mis padres).	0	1	2	3	4
46	Soy torpe para demostrar mis sentimientos a los demás.	0	1	2	3	4
47	Tengo miedo de que de pronto deje de caer bien a mis amigos y me excluyan.	0	1	2	3	4
48	A menudo no sé lo que estoy sintiendo.	0	1	2	3	4
49	A menudo me bloqueo cuando me pregunto por qué hice las cosas.	0	1	2	3	4
50	Siento que tengo caras diferentes que juntas no encajan bien.	0	1	2	3	4
51	A veces cuando tengo un amigo/a, siento que hago a un lado mis necesidades y las dejo para después, es como si yo desapareciera.	0	1	2	3	4
52	Muchas personas que conozco son diferentes de lo que parecen ser.	0	1	2	3	4
53	Si alguien me ha ofendido, no lo quiero volver a ver nunca más!	0	1	2	3	4
54	A menudo me siento como si fuera "más de una persona" porque tengo muchas opiniones y estados de ánimo diferentes.	0	1	2	3	4
55	Me siento cómodo en mi cuerpo.	0	1	2	3	4
56	Me es difícil creer que formo parte de algo (novio, novia, familia).	0	1	2	3	4
57	A veces tengo sentimientos intensos sin saber de dónde vienen.	0	1	2	3	4
58	Muchas veces no comprendo la reacción que causa mi comportamiento en las otras personas.	0	1	2	3	4
59	Cuando estoy solo me siento desamparado.	0	1	2	3	4
60	A veces me siento como actuando, porque mi apariencia no concuerda con como soy.	0	1	2	3	4
61	Siento que pertenezco a mi familia.	0	1	2	3	4
62	A menudo me siento perdido, como si no tuviera definido un centro interno.	0	1	2	3	4
63	Soy capaz de aceptar la ayuda que otros me ofrecen.	0	1	2	3	4
64	La mayor parte del tiempo no siento nada.	0	1	2	3	4
65	A menudo fui engañado por otros, porque pensé que eran muy diferentes de lo que resultaron ser.	0	1	2	3	4
66	No tengo relaciones auténticas con los demás.	0	1	2	3	4

Esta afirmación se aplica a ti?		No	Más bien no	Más o menos	Más bien sí	Sí
0 = No = no se aplica	2 = más o menos = en parte sí, en parte no					
1 = más bien no	3 = más bien sí					
	4 = Sí = exactamente cierto					
67	Cuando algo me molesta o decepciona ese sentimiento crece y aumenta hasta que me enfurezco o me quiebro.	0	1	2	3	4
68	Tengo tantos defectos, que no me quiero mucho.	0	1	2	3	4
69	Estar solo es difícil para mí.	0	1	2	3	4
70	Cuando me enoja por algo, eso me afecta incluso físicamente (por ejemplo me da dolor de estómago o me siento tembloroso).	0	1	2	3	4
71	Estoy seguro de que otras personas estarán allí para mí (me apoyaran) cuando las necesite.	0	1	2	3	4
72	Cuando algo me preocupa o va mal, siento como si el mundo se derrumbara.	0	1	2	3	4
73	Me ofendo rápidamente.	0	1	2	3	4
74	Estoy confundido acerca de qué tipo de persona realmente soy.	0	1	2	3	4
75	Siento que no pertenezco realmente a ninguna parte.	0	1	2	3	4
76	Soy tan distinto en diferentes situaciones (con amigos, con superiores, con desconocidos, familia...) que a los demás les cuesta mucho reconocermé.	0	1	2	3	4
77	Si soy criticado o me ven fracasando, me siento muy inútil y devastado.	0	1	2	3	4
78	Muchas veces no comprendo lo que siento.	0	1	2	3	4
79	Cuando estoy mal, existen personas con las cuales puedo hablar de mis problemas.	0	1	2	3	4
80	Tengo la impresión de que mis emociones me dominan.	0	1	2	3	4
81	Podría nombrar algunas cosas que hago muy bien.	0	1	2	3	4

2.5. Breve manual del OPD-CA2-SQ

OPD-CA2-SQ

Operationalised Psychodynamic Diagnostics in Children and Adolescents – Structure Questionnaire

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado para niños y adolescentes – Cuestionario del nivel del nivel estructural.

Nivel de la estructura de la personalidad en adolescentes

Manual breve

Versión de la prueba OPD-CA2-SQ Español

Moises Kassir & Jan Hackradt



Editor en línea para diagnóstico psicológico científico. Todos los materiales están protegidos por derechos de autor. Procesamiento y distribución solo con permiso por escrito. <https://academic-tests.com>

Panorama general

OPD-KJ2-SF es un cuestionario de auto informe para jóvenes entre 12 y 18 años para evaluar las cuatro dimensiones de la estructura de la personalidad control, identidad, interpersonalidad y apego. El test permite una evaluación científicamente sólida del nivel de la estructura psicológica y el riesgo de padecer un trastorno de personalidad existente o desarrollarlo.

Antecedentes

La clasificación de los trastornos de personalidad (TP) está pasando por una transición. Primero, el enfoque de gravedad dimensional está obteniendo mayor aceptación que el enfoque categórico tradicional. Segundo, el enfoque que abarca el ciclo de vida promueve la inclusión de niños y adolescentes si los dominios fundamentales del funcionamiento de la personalidad están claramente alterados. De hecho, cuando se utilizan los criterios diagnósticos actuales para adultos, también se pueden encontrar todo tipo de trastornos de la personalidad en muestras de adolescentes (Chanen et al., 2004; Jucksch, Salbach-Andrae, & Lehmkuhl, 2009; Kaess & Brunner 2016; Schmeck & Schlüter-Müller, 2009; Sharp & Fonagy, 2015; Westen, DeFife, Malone, & DiLallo, 2014). Clínicos e investigadores, en apoyo a un diagnóstico temprano del TP, sostienen que la detección y la intervención temprana son críticas para impedir una alteración grave de la personalidad en desarrollo (Chanen, Sharp, Hoffman y la Alianza Global para la Prevención e Intervención Temprana para el Trastorno Límite de la Personalidad (GAP), 2017).

Para complementar la clasificación nosológica en el sistema ICD y DSM el grupo de trabajo OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnostics; 1996; 2006) creó una herramienta de diagnóstico adicional para el área de habla alemana que utiliza ejes orientados psicodinámicamente para proporcionar una evaluación dimensional de la estructura psicológica, los conflictos intrapsíquicos, los patrones de relación y los requisitos previos del tratamiento para proporcionar enfoques explicativos adicionales para problemas específicos a la clasificación pura y hacer que los focos de la psicoterapia sean más fácilmente derivables. En base a esto, el grupo de trabajo OPD-KJ desarrolló una versión especial para niños y adolescentes (grupo de trabajo OPD-KJ, 2003; grupo de trabajo OPD-KJ-2, 2013), que integra específicamente la participación de los padres de un niño y un pensamiento basado en la psicología del desarrollo. En la nueva edición OPD-KJ-2 existe un claro paralelismo en particular con respecto a las dimensiones "control, identidad, interpersonalidad y apego" del eje "estructura", que se considera central en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, con las dimensiones del nivel del funcionamiento de la personalidad "identidad, autocontrol, empatía y cercanía", como se sugiere en el modelo alternativo para el diagnóstico de trastornos de personalidad (AMPD) en el DSM-5. Se adoptó un enfoque muy similar para la CIE-11.

Para permitir la detección y el tratamiento temprano de los trastornos de personalidad en desarrollo y para hacer posible la revisión empírica del potencial diagnóstico de los nuevos modelos de un enfoque de gravedad dimensional, se requieren instrumentos de medición válidos y confiables que se hayan desarrollado especialmente para niños y adolescentes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno de la personalidad requiere un proceso de diagnóstico cuidadoso, exhaustivo y responsable que debe combinar diferentes perspectivas, como la evaluación clínica, el auto informe y el informe ajeno, especialmente para adolescentes. En este sentido, un cuestionario de auto informe puede ser un elemento valioso, pero de ninguna manera una base suficiente.

El OPD-KJ2-SF (Diagnóstico psicodinámico Operacionalizado en la infancia y la adolescencia - Cuestionario de la estructura) se derivó directamente de las descripciones de la evaluación terapéutica del eje "Estructura" del OPD-KJ2 (Grupo de trabajo OPD KJ, 2013), análogo a la metodología del cuestionario de autoevaluación para adultos OPD-SF (Ehrenthal et al., 2012). El concepto de estructura psicológica integra ideas de varias escuelas psicológicas para el desarrollo de la personalidad (investigación infantil, investigación del apego, investigación de las emociones, investigación del temperamento, psicopatología del desarrollo, psicología del *self* y teoría de la relación de objeto) sobre la teoría de una disposición específica de la experiencia y la acción del individuo al tratar con el medio ambiente. La "estructura" se considera la "herramienta manual adquirida en la historia de la vida" (Schauenburg et al., 2012, p. 284) para la regulación y estabilización de la personalidad como un todo integrado, constante, coherente y flexible. Dependiendo de la edad y el nivel de desarrollo, se definen diferentes niveles de estructura psicológica en un continuo desde una estructura saludable a una estructura patológica (grupo de trabajo OPD-KJ, 2013). Se hace una distinción entre cuatro áreas estructurales centrales que están operacionalizadas en el OPD-KJ-SF en términos de escalas y sub escalas: 1. Control (control de impulsos, tolerancia afectiva, instancias de control / formación de conciencia, regulación de autoestima), 2. Identidad (coherencia, Experiencia de sí mismo, diferenciación de sí mismo - objeto, experiencia de objeto, pertenencia), 3. Interpersonalidad (fantasías, contacto emocional, reciprocidad, experiencia afectiva, empatía, capacidad para separarse) y 4. Apego (acceso a representaciones de apego, base interna segura, habilidad para estar solo, uso de relaciones de apego) (ver Fig. 1).

Basado en el modelo OPD-KJ-2, un equipo de expertos metodológicos y clínicos obtuvo una amplia variedad de ítems en un segundo paso. Para el área de identidad, se utilizaron algunos de los ítems del cuestionario AIDA ya establecido (Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia; Goth et al., 2012; Goth y Schmeck, 2018). En particular, la redacción debía ser clara, concreta y fácil de entender, de modo que los jóvenes a partir de los 12 años puedan evaluarse a sí mismos. Esto es particularmente importante para las autoevaluaciones de deficiencias o problemas. Además, se debía lograr la menor confusión posible de las tendencias de respuestas socialmente deseadas o las diferencias socioeconómicas, de género o de edad. El enfoque principal estaba en el mapeo dimensional de características o comportamientos con una referencia clara a la patología de la

personalidad en cada ítem para lograr una evaluación general clínicamente significativa de la estructura de la personalidad de "sano ha deteriorado". En el último paso, se realizó una selección de ítems puramente empírica basada en criterios de calidad estadística. La lista final de ítems para el OPD-KJ2-SF se determinó gradualmente en una serie de pruebas beta, piloto y principales, en todas las fases de la construcción de la prueba, las muestras estaban formadas por ambos grupos de alumnos y pacientes (incluidos pacientes con trastornos de personalidad) para representar toda la población objetivo. Debido a la similitud de los conceptos básicos, hay una superposición de aproximadamente el 30% con los elementos del cuestionario de prueba LoPF-Q 12-18 (Goth, Birkhölzer & Schmeck, 2018; Goth, Birkhölzer & Schmeck, 2019). Para evitar preguntas redundantes durante la evaluación, si se quiere considerar los resultados de ambos métodos, se puede llevar a cabo una versión combinada como conjunto de test de investigación.

<p>Eje Estructura: características estructurales y vulnerabilidades.</p> <p>El término "estructura" se refiere a la vulnerabilidad de la personalidad, la disposición a la enfermedad y la disponibilidad de capacidades para actuar. En una dirección positiva, describe los recursos intrapsíquicos y la capacidad de lidiar con conflictos internos y experiencias de estrés externo.</p>
<p>1. Regulación: la capacidad de amortiguar los efectos negativos (disgusto, ira, indignación, apatía) ("No puedo controlarme ni regularme")</p> <p>1.1 Regulación de impulsos polo patológico: regulación ineficaz de los impulsos <i>"A veces estoy tan enojado que no puedo garantizar nada."</i></p> <p>1.2 Tolerancia afectiva polo patológico: regulación ineficaz de sentimientos fuertes <i>"Es difícil para mí soportar cuando tengo sentimientos fuertes (por ejemplo, ira, miedo)."</i></p> <p>1.3 Instancias de Regulación / Formación de conciencia polo patológico: regulación ineficaz contra otros; ejecución de impulsos implacable contra otros <i>"En una discusión, me puede suceder que lastimo tanto a personas importantes que ya no se puede hacer bien."</i></p> <p>1.4 Regulación de autoestima polo patológico: regulación ineficaz contra el Yo mismo, auto rechazo, <i>"A menudo siento que no valgo nada."</i></p>
<p>2. Identidad: la capacidad de percibirse a sí mismo y a los demás de manera diferenciada y estable ("No sé quién soy")</p> <p>2.1 Coherencia polo patológico: autoimágenes inconsistentes <i>"A veces tengo la sensación de que estoy engañando a todos porque se ve" dentro de mí "muy diferente de lo que muestro afuera."</i></p> <p>2.2 Percepción de sí mismo polo patológico: autoconciencia confusa <i>"Estoy confundido acerca de qué tipo de persona soy."</i></p> <p>2.3 Diferenciación Yo - objetos polo patológico: falta de diferenciación de Yo - objetos <i>"A menudo ocurre que automáticamente refiero los comentarios o acciones de otras personas a mí mismo."</i></p> <p>2.4 Percepción de objetos polo patológico: representaciones difusas de otros <i>"Mucha gente es" falsa "y no se comporta como realmente es."</i></p> <p>2.5 Pertenencia polo patológico: falta de localización social <i>"Tengo la sensación de que realmente no pertenezco a ningún lado."</i></p>

Figura 1, parte 1: modelo OPD-KJ2-SF de las cuatro dimensiones del nivel de estructura de la personalidad organizadas en escalas y sub escalas. Para ilustrar los diversos aspectos de la discapacidad, se proporcionan el polo patológico y los ítems de ejemplo. (-) = La formulación de los ítems habla en contra de un impedimento.

<p>3. Interpersonalidad: capacidad emocional para comunicarse interna y externamente y para tomar y establecer contactos apropiados ("No estoy en buen contacto conmigo mismo ni con los demás")</p> <p>3.1 Fantasías polo patológico: comunicación interna deteriorada <i>"Cuando estoy solo conmigo mismo, los pensamientos o ideas desagradables me atormentan."</i></p> <p>3.2 Toma de contactos emocional polo patológico: comunicación externa deteriorada <i>"Es difícil para mí dejar que otros se acerquen a mí."</i></p> <p>3.3 Reciprocidad polo patológico: falta de profundidad y honestidad en las relaciones <i>"Apenas tengo relaciones reales con otras personas."</i></p> <p>3.4 Percepción de afectivos polo patológico: auto percepción emocional deteriorada <i>"A menudo ni siquiera sé lo que estoy sintiendo en este momento."</i></p> <p>3.5 Empatía polo patológico: transferencia de perspectiva deteriorada <i>"A menudo no entiendo las reacciones de otras personas a mi comportamiento."</i></p> <p>3.6 Capacidad de separarse polo patológico: capacidad deteriorada para separarse <i>"Si pierdo a una persona (por ejemplo, si se rompe una amistad o alguien se aleja, etc.), me arranca el piso debajo de los pies."</i></p>
<p>4. Apego: Capacidad para vincularse a través de un modelo de trabajo interno de objetos internos y externos diferenciados y conectados que brinda seguridad ("No puedo confiar en nada ni en nadie")</p> <p>4.1 Acceso a representaciones de apego polo patológico: falta de internalización positiva de objetos de apego <i>"Creo que mis amigos blasfeman mucho a mis espaldas."</i></p> <p>4.2 Base segura interna polo patológico: incertidumbre interna <i>"A menudo tengo una inquietud interior dentro de mí, como si algo estuviera mal."</i></p> <p>4.3 Capacidad de estar solo polo patológico: falta de capacidad para estar solo <i>"Cuando estoy solo, a menudo me da mucha ansiedad."</i></p> <p>4.4 Uso de relaciones de apego polo patológico: falta de capacidad para aceptar apoyo <i>"Puedo aceptar a otros que ofrecen ayuda." (-)</i></p>

Figura 1, parte 2: modelo OPD-KJ2-SF de las cuatro dimensiones del nivel de estructura de la personalidad organizadas en escalas y sub escalas. Para ilustrar los diversos aspectos de la discapacidad, se proporcionan el polo patológico y los ítems de ejemplo. (-) = La formulación de los ítems habla en contra de un impedimento.

El *OPD-KJ2-SF* en alemán fue desarrollado por un grupo de investigación universitario de Suiza (Clínica Universitaria de Basilea) con la ayuda de todo el grupo de trabajo "Fenotipo del desarrollo de la personalidad sana y alterada en los adolescentes". Un agradecimiento especial a Susanne Schlüter-Müller, Oliver Pick, Mark Birkhölzer, Ronan Zimmermann, Veronika Burger y Emanuel Jung. Muchas gracias a las otras cinco clínicas de Austria y Alemania y sus equipos, que apoyaron el desarrollo mediante la recolección de muestras clínicas: Kathrin Sevecke (Innsbruck), Yonka Izat (Berlin Friedrichshain), Michael Huss (Mainz), Eva Moehler (Idar-Oberstein) y Michael Kaess (Heidelberg).

Desde que se estableció la primera versión en el idioma alemán, varios equipos de investigación internacionales desarrollaron sus propias versiones adaptadas a su propia cultura en cooperación con los autores originales. En referencia a los lineamientos de la Comisión Internacional de Pruebas, todos los equipos están siguiendo procedimientos

estandarizados en la construcción de pruebas adaptadas a la cultura, incluyendo la optimización de los reactivos, paso a paso, basada en pruebas empíricas, beta, piloto y principales, utilizando muestras mixtas tanto de estudiantes como con pacientes. El enfoque en la formulación de los elementos adaptados a la cultura radica en la equivalencia de contenido por lo que respecta a las circunstancias de vida específicas y las expresiones idiomáticas (por ejemplo, lenguaje apropiado para los jóvenes, conductas relacionadas con la enfermedad y que son apropiadas a la cultura).

La versión de la prueba OPD-CA2-SQ Español

OPD-CA2-SQ Spanish ©2020 academic-tests, Autores: Goth K & Schmeck K, co-autores: Kassin M, Hackradt J.

Aplicación:

12-18 años; reporte de sí mismo

Cita:

Kassin M, Hackradt J (2020). *Culture-adapted version Spanish of the self-report questionnaire OPD-CA2-SQ (Operationalised Psychodynamic Diagnostics in Children and Adolescents – Structure Questionnaire; authors Goth & Schmeck): A questionnaire for assessing the structure level of personality in adolescence – Short manual*. Offenbach: academic-tests.

Kassin M, Hackradt J (2020). Adaptación cultural de la versión al Español del cuestionario de Auto reporte *OPD-CA2-SQ (Operationalised Psychodynamic Diagnostics in Children and Adolescents – Structure Questionnaire; autores Goth & Schmeck): Un cuestionario para evaluar el nivel de estructura de la personalidad en la adolescencia – Short manual*. Offenbach: academic test.

Descripción general:

El *OPD-CA2-SQ* captura las cuatro dimensiones del nivel de estructura de la personalidad: Regulación, Identidad, interpersonalidad y Apego en adolescentes entre 12 y 18 años usando el método de auto informe (+/- 2 años dependiendo del nivel de desarrollo). El test permite una diferenciación dimensional entre una estructura de personalidad sana y una deteriorada. Un nivel de estructura reducido se asocia con un mayor riesgo de trastorno de personalidad existente.

El desarrollo se basó en las descripciones para la evaluación terapéutica del eje "estructura" en el manual psicodinámicamente basado de diagnóstico multi axial para el área de niños y adolescentes OPD-CA-2.

El *OPD-CA2-SQ* contiene 81 reactivos con un formato de respuesta de 5 pasos (0=no a 4=sí). La aplicación dura aproximadamente 15 minutos. Las cuatro escalas primarias resultantes se

componen de cuatro a seis sub escalas, que aportan una interpretación diferenciada de los resultados para la planificación terapéutica específica. Adicionalmente, se obtiene una puntuación total de todos los puntos.

Los puntos se codifican en dirección a la patología; por ende, las puntuaciones altas sugieren un alto nivel de alteración. Las puntuaciones altas por encima del promedio (valores de T mayores de 60) justifican la sospecha de un trastorno de personalidad en desarrollo o existente y se recomienda una investigación clínica a fondo (por ejemplo, con una entrevista clínica).

Desarrollo:

La versión de la prueba OPD-CA2-SQ Español fue desarrollada por Moises Kassin de la Universidad de La Asociación Psicoanalítica Mexicana y Jan Hackradt de la Clínica Psiquiátrica Infanto-juvenil , Goethe-Universität, Frankfurt / Alemania de acuerdo con los principios de la construcción de test deductivas. La prueba principal se realizó con una muestra combinada de N=1393 estudiantes y N= 31 pacientes. La muestra completa consistió de hombres 47.5% y de mujeres 52.5%, el rango de edad fue de 11-20 años, promedio 15.7 años, DS 2.0.

Confiabilidad:

Las confiabilidades de la escala fueron buenas con un alfa de Cronbach, .96 total, .85, .87, .87 y .75 en las escalas primarias Regulación, Identidad, Interpersonalidas y Apego (ver tabla 1). Las escalas principales mostraron una inter-correlación muy alta entre .77 y .84. El análisis factorial exploratorio estuvo a favor de una solución de un solo factor abogando por un factor conjunto complejo “g” de la “estructura de la personalidad”.

Validez:

La puntuación total de *OPD-CA2-SQ* difirió de manera significativa entre los estudiantes y los pacientes con Trastorno de Personalidad (N= 15; BPS, que fueron diagnosticados con una entrevista clínica y el *BPFSC-11*) y con un tamaño del efecto muy grande de $d = 1.7$ desviaciones estándar. Las cuatro escalas de Regulación, Identidad, Interpersonalidas y Apego mostraron tamaños del efecto d de 1.5, 1.5, 1.4, y 1.6, respectivamente. Esto destaca la importancia de los constructos para describir las alteraciones asociadas con la patología de los Trastornos de Personalidad.

Norma de la población:

Las normas de población específicas a una nación para *OPD-CA2-SQ Español* se derivaron de N= 1393 adolescentes de la Ciudad de México, Estado de México, y Michoacán en escuelas públicas y privadas de diferentes estratos socioeconómicos. No se encontraron diferencias en los puntajes en los dominios del funcionamiento de la personalidad en relación al género o la edad. Por lo tanto, la prueba se puede recomendar para su uso en otros países de habla hispana.

Tabla 1: Confiabilidades de escala de Cronbach α e inter-correlación de escala en la muestra completa N= 1424 (N= 1393 población general, N= 31 pacientes); validez clínica: significado p y tamaño de efecto d de diferencias de escala entre la población general y la sub-muestra de pacientes TP N= 15

	Cantidad Ítems	α	Intercorrelaciones				Validez Clínica	
			REG	ID	INT	AP	p	d
Valor total Estructura	81	.96	,91	,94	,95	,89	.000	1.7
1. Regulación	16	.85	-	,79	,83	,77	.000	1.8
1.1 Regulación de impulsos	4	.66	,83	,61	,67	,61	.000	1.1
1.2 Tolerancia afectiva	4	.64	,84	,63	,70	,62	.000	1.5
1.3 Formación de conciencia	4	.48	,74	,54	,58	,53	.000	1.1
1.4 Regulación de autoestima	4	.68	,78	,73	,70	,69	.000	1.9
2. Identidad	24	.87	,79	-	,84	,79	.000	1.7
2.1 Coherencia	4	.70	,58	,79	,64	,60	.000	0.9
2.2 Selbsterleben	5	.57	,59	,77	,63	,63	.000	1.6
2.3 Diferenciación Yo - objetos	5	.63	,67	,80	,69	,64	.000	1.1
2.4 Percepción de objetos	5	.56	,58	,73	,63	,55	.000	1.1
2.5 Pertenencia	5	.66	,64	,80	,69	,65	.000	1.5
3. Interpersonalidad	25	.87	,83	,84	-	,79	.000	1.5
3.1 Fantasías	5	.71	,68	,67	,78	,69	.000	1.5
3.2 Toma de Contactos emocional	5	.65	,55	,60	,75	,56	.000	0.9
3.3 Reciprocidad	3	.34	,50	,52	,67	,48	.000	1.0
3.4 Percepción de afectos	5	.67	,69	,72	,79	,62	.000	1.5
3.5 Percepción de afectos	4	.58	,62	,61	,72	,56	.002	0.8
3.6 Capacidad de separarse	3	.56	,55	,52	,63	,53	.022	0.6
4. Apego	16	.75	,77	,79	,79	-	.000	1.5
4.1 Acceso a representaciones de apego	4	.49	,56	,62	,59	,75	.002	0.8
4.2 Base segura interna	4	.59	,74	,70	,73	,79	.000	1.5
4.3 Capacidad de estar solo	4	.65	,42	,44	,42	,65	.000	1.0
4.4 Uso de relaciones de apego	4	.41	,42	,44	,48	,62	.001	0.9

Tamaño del efecto: $d >0.20$ pequeño, >0.50 mediano, >0.80 grande

Aplicación de la serie de pruebas de investigación

La serie de pruebas de investigación contiene el cuestionario para lápiz y papel, una mask SPSS para ingresar los datos, y un archivo de sintaxis SPSS para calificar los datos (puntuaciones brutas y puntuaciones-T específicas de una nación). Las puntuaciones calculadas pueden anotarse a mano en una hoja a fin de crear el perfil del paciente.

Los datos deben ingresarse al SPSS en la forma como se indica en el cuestionario: 0=no, 1=más no, 2= parte/parte, 3= más sí y 4=sí. La codificación correcta (reactivos invertidos anulados... los ítems reversibles) se calcula automáticamente. Los valores faltantes deben

codificarse con la puntuación „9“. Se deben rechazar los cuestionarios con más de ocho faltantes ya que la seriedad de las respuestas del índice y la calidad de la información aportada es cuestionable.

La serie de pruebas de investigación es gratuita con la finalidad de promover la investigación científica. Se provee bajo solicitud para proyectos definidos. Los documentos recibidos no se podrán dar a otros grupos de investigación o instituciones. Favor de respetar el derecho de autor, no publicar la serie de pruebas ni en su totalidad ni en partes, por ejemplo, en artículos, libros o en páginas web; tampoco deben utilizarla con propósitos lucrativos. No se debe usar la serie de pruebas completa o en partes para desarrollar sus propias series de pruebas o procedimientos de prueba sin antes haber obtenido un permiso por escrito. Para incorporarlas a su propio software o si requieren un cambio de uso, ya no para la investigación sino para realizar un diagnóstico, favor de contactarnos por correo electrónico (mail@academic-tests.com).

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.). (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg.). (2013). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders, 18*(6), 526–541.
- Chanen, A. M., Sharp, C., Hoffman, P. and the Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry, 16*:2, 215–216.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T., & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychother Psychosom Med Psychol, 62*, 25-32.
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*:27.
- Goth K, Birkhölzer M & Schmeck K (2018). *Das Inventar LoPF-Q 12-18 (Levels of Personality Functioning Questionnaire) Deutschsprachige Version: Ein Fragebogen zur*

- Selbstbeantwortung für die Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit im Jugendalter - Kurzmanual.* Offenbach: academic-tests. <https://academic-tests.com>.
- Goth K & Schmeck K (2018). *Das Inventar AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) Deutschsprachige Version: Ein Fragebogen zur Selbstbeantwortung für die Erfassung der Identitätsentwicklung im Jugendalter - Kurzmanual.* Offenbach: academic-tests. <https://academic-tests.com>
- Goth K, Birkhölzer M, Schmeck K. (2019). Assessment of Personality Functioning in Adolescents with the LoPF-Q 12-18 self-report questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 100(6): 680-690. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1489258>
- Jucksch, V., Salbach-Andrae, H., & Lehmkuhl, U. (2009). Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter. *Der Nervenarzt*, 80(11), 1322–1326.
- Kaess, M., & Brunner, R. (Eds.). (2016). *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter: Früherkennung und Frühintervention.* Kohlhammer Verlag.
- Schauenburg, H., Dinger, U., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Horsch, L., Grande, T., & Ehrenthal, J. C. (2012). *Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF).* In Doering, S. (Ed.). (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik.* Schattauer Verlag.
- Schmeck, K., & Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter.* Springer-Verlag.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56:12, pp 1266–1288.
- Westen D., DeFife J., Malone J.C., & DiLallo J (2014). An Empirically Derived Classification of Adolescent Personality Disorders. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 528–549.
- World Health Organisation (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11).* Geneva: WHO.

3. Consentimientos informados

3.1. Documento de consentimiento informado para padres

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes: Información (proporciona información sobre el estudio a realizarse), Formulario de Consentimiento (para obtener la firma si usted está de acuerdo en que su hijo pueda participar). Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado

a. Información

El presente documento tiene como objetivo informar e invitar a que su hijo participe en un estudio sobre salud mental (SM) adolescente.

1. Propósito.

Nos proponemos evaluar diferentes aspectos de la SM en adolescentes. Diferentes revisiones realizadas sobre los efectos de la cuarentena y el aislamiento social informan efectos psicológicos negativos. El procesamiento flexible y con buenas estrategias de las diferentes conflictivas de etapa puede verse comprometido, así como el desarrollo sano de la personalidad. Nuestra intención es disponer de un perfil actual de esta problemática en adolescentes, para poder prevenir problemas de salud mental posteriores.

2. Selección de participantes

Lo estamos invitando a formar parte del estudio porque para nosotros es importante conocer de esta situación en el país. Como su hijo/a se encuentra en esta etapa tan importante de la vida, le preguntamos si permitiría que participe.

3. Participación voluntaria

La decisión de que su hijo/a participe es completamente voluntaria. Si elige no consentir, no habrá perjuicio ni deberá dar explicaciones. Si decide consentir, puede cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado previamente.

4. Procedimiento

Debido a que las diferentes formas de sintomatología tienen un amplio espectro de presentación a esta edad, así como la personalidad, les pediremos a los adolescentes que llenen una serie de cuestionarios, que llevarán aproximadamente 45 minutos. A todos se les aplicarán los mismos cuestionarios. Estaremos pendientes de los resultados. Si tuviéramos motivos de preocupación nos comunicaremos con ustedes para discutir lo encontrado y tomar los recaudos diagnósticos o terapéuticos necesarios.

5. Descripción del proceso

Su hijo/a deberá llenar una encuesta que le hará preguntas sobre cómo se siente habitualmente y diferentes aspectos sobre su personalidad. Estos cuestionarios se llenan de manera digital a través del celular y son absolutamente confidenciales (ver apartado confidencialidad más adelante).

6. Riesgos, molestias

La investigación no tiene riesgo alguno y no genera molestias de ningún tipo.

7. Beneficios

Si su hijo/hija participa en esta investigación, ayudará a que se conozca más sobre la forma en que los adolescentes están afrontando esta etapa en el país. Además, en el caso de haber algo relativo a cómo se siente que aún no haya sido detectado, la investigación permitirá detectarlo y abordarlo adecuadamente. Esto le será informado de forma personal. Puede que no haya ningún otro beneficio directo para su hijo/a, pero su participación seguramente será de beneficio para todos sus pares y redundará en un beneficio para generaciones futuras.

8. Confidencialidad

La información que recolectamos para el proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información recolectada por la investigación será aislada y solo los investigadores podrán verla. A cualquier información sobre su hijo/a se le asignará un número de identificación en vez de su nombre. Solamente los investigadores sabrán el vínculo de ese número con el nombre y la información se mantendrá en un servidor que cumple las reglas de privacidad y protección de datos de la Unión Europea (reglamento general de protección de datos: RGPD), el cual es el modo mas seguro de protección de datos existente en la actualidad.

9. Modo de compartir los resultados

El conocimiento obtenido por la investigación se compartirá con usted en caso de que haya algo que preocupe de lo obtenido o que usted así lo solicite. En ningún caso se compartirá información confidencial. Si bien se publicarán los resultados en el ámbito académico, para que otras personas interesadas aprendan de nuestra investigación, nunca serán revelados los nombres ni los datos que pudieran permitir su identificación.

10. Derecho a negarse a participar y a retirarse

Usted no tiene porque aceptar que su hijo/a participe de esta investigación si no desea hacerlo y negarse a que participe no lo afectará en nada. Usted puede retirar a su hijo/a de la investigación en cualquier momento y esto no tendrá consecuencias de ningún tipo para usted.

11. Quién contactar

Si usted tiene preguntas puede hacerlas ahora y después de que haya comenzado el estudio. Si usted desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a Centro UNO al teléfono 26076195 y referirse a la secretaria de investigación Esta propuesta ha sido aprobada por el comité de Ética en investigación de la la Universidad Católica de Montevideo. Puede corroborar esto en la siguiente dirección: http://www.ucu.edu.uy/comite_etica

b. Formulario de consentimiento

Se me solicita aprobación para que mi hijo/a participe en una investigación sobre la sintomatología y la personalidad de los adolescentes en contexto de la pandemia. Entiendo que esto significa que llene unos cuestionarios. He sido informado de que el proceso no tiene riesgos para su salud. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mi o mi hijo/a. Se me ha proporcionado un contacto al que dirigirme fácilmente. He leído además la información proporcionada y me han brindado la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y éstas se me han respondido satisfactoriamente. Habiendo entendido lo antedicho, acepto voluntaria y libremente a que mi hijo/a participe de la investigación titulada: *“Estudio sobre la relación entre el nivel de funcionamiento de la personalidad y la expresión sintomática en una muestra de adolescentes general y clínica”*. Entiendo además que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/a en cualquier momento sin consecuencia alguna.

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Celular del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha _____

c. Declaración del investigador

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al padre/madre o apoderado del participante potencial, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Dr. Nicolás Bagattini.

Firma del Investigador: _____

Fecha _____

Se ha proporcionado una copia de este documento de consentimiento informado al padre/madre o apoderado del participante.

3.2. Documento de asentimiento para adolescentes

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes a. Información (proporciona información sobre el estudio a realizarse) b. Formulario de Consentimiento (para obtener el asentimiento del adolescente para participar) Se le dará una copia del documento completo de consentimiento informado

a. Información

Mi nombre es Nicolás Bagattini. Soy un médico pediatra especialista en psicoterapia psicoanalítica que trabaja en el Instituto Clínica UNO. Actualmente, nos encontramos realizando una investigación sobre la personalidad en los adolescentes. Mi interés es contarte de este trabajo e invitarte a participar en el estudio. No debes decidir ahora si está de acuerdo o no con participar. Antes de decidir, puedes hablar con alguien para evacuar preguntas o dudas. Por favor, las palabras que no entienda comunícamelas y me tomaré el tiempo de explicarlas.

1. Propósito del estudio

El estudio intenta medir la personalidad en los adolescentes y su estado de situación en Uruguay. Gracias a él podremos contar con herramientas que nos permitan detectar más temprano a aquellos que necesiten de nuestra ayuda.

2. Procedimiento del estudio

En el caso de aceptar deberás simplemente llenar unos formularios en formato digital que llevará aproximadamente 1 hora de tu tiempo. Si estás en psicoterapia, en este caso se realizará además un registro en audio de la entrevista realizada contigo.

3. Selección de participantes

Te estamos invitando a formar parte del estudio porque es muy importante conocer sobre la personalidad de los adolescentes uruguayos e investigar cómo se encuentran y se sienten en general. Como estás en esta etapa tan importante te preguntamos si quieres participar.

4. Participación voluntaria

La decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria. Si eliges no consentir, no habrá perjuicio ni deberás dar explicaciones. Si decidís consentir, puedes cambiar tu decisión más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado previamente.

5. Procedimiento

Te pediremos que llenes una serie de cuestionarios. Seleccionamos a los participantes simplemente por orden de llegada. A todos se les aplicarán los mismos cuestionarios y se sumará la grabación en audio de la entrevista con el técnico que los reciba.

6. Descripción del proceso

Deberás llenar una serie de cuestionarios que hacen preguntas sobre su personalidad y cómo te sentís habitualmente. Estos cuestionarios se llenan de manera digital a través del celular y son absolutamente confidenciales. Además, en el caso de que inicies una psicoterapia, grabaremos en audio la entrevista inicial con el técnico que te atienda, quien es parte de nuestro equipo de investigadores.

La grabación es estrictamente confidencial y nunca será divulgada. La misma será utilizada únicamente con objetivos de investigación. Si no deseas que hagamos esto, por favor hazlo saber. Sin embargo, ya que los registros en audio de estas entrevistas son muy importantes para el estudio, si no podemos examinar los registros, no podremos incluir en el estudio. En cualquier momento podrás pedir que nos deshagamos de este material. Llenar los cuestionarios lleva aproximadamente una hora. La entrevista clínica durará aproximadamente una hora y media. La misma no será diferente de las entrevistas conducidas habitualmente cuando no existe una investigación en curso.

7. Riesgos, molestias

La investigación no tiene riesgo alguno y no genera molestias de ningún tipo.

8. Beneficios

Si participas en esta investigación, tendrás más posibilidades de recibir el tratamiento adecuado y que te conozcamos mejor. En el caso de haber algo relativo a tu personalidad o como te sientes que aún no haya sido detectado, la investigación permitirá detectarlo y abordarlo adecuadamente. Esto te será informado de forma personal. Puede que no haya ningún otro beneficio directo para vos, pero tu participación seguramente será de beneficio para todos los adolescentes de nuestro país, lo que redundará en un beneficio para generaciones futuras.

9. Confidencialidad

La información que recolectamos para el proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información recolectada por la investigación será aislada y solo los investigadores podrán verla. A cualquier información sobre ti se le asignará un número de identificación en vez de tu nombre. Solamente los investigadores sabrán el vínculo de ese número con el nombre y la información se mantendrá en un servidor que cumple las reglas de privacidad y protección de datos. Lo mismo sucederá con las grabaciones en audio de las entrevistas que se mantendrán bajo contraseña y estrictas normas de seguridad. Nunca se compartirá la información ni se le dará a nadie excepto aquellas personas que forman parte de la investigación.

10. Modo de compartir los resultados

El conocimiento obtenido por la investigación se compartirá contigo en caso de que haya algo que preocupe de lo obtenido o que así lo solicites. En ningún caso se compartirá información confidencial. Si bien se publicarán los resultados en el ámbito académico, para que otras personas interesadas aprendan de nuestra investigación, nunca serán revelados los nombres ni los datos que pudieran permitir su identificación.

11. Derecho a negarse a participar y a retirarse

No tienes que aceptar participar de esta investigación si no deseas hacerlo y negarte no te afectará en nada. Todavía tendrás todos los beneficios que tendrías de otra forma. Puedes retirarte en cualquier momento y esto no tendrá consecuencias de ningún tipo.

12. Quién contactar

Si tienes preguntas puedes hacerlas ahora y después de que haya comenzado el estudio. Si tienes preguntas más tarde, puedes contactar a: Nicolás Bagattini, 26076195 (Centro Universitario UNO), email: dr.nbagattini@clinicauno.com. Esta propuesta ha sido aprobada por el comité de Ética en investigación de la Universidad Católica de Montevideo.

Puede corroborar esto en la siguiente dirección: http://www.ucu.edu.uy/comite_etica

¿Aceptas participar?

4. Anexo de análisis estadísticos

4.1. Resultados del estudio en la muestra de población general.

4.1.1. Resultados Descriptivos

4.1.1.1. Aspectos demográficos generales.

La muestra de población general contó con la participación de 409 adolescentes de dos liceos de diferentes contextos geográficos ubicados en la ciudad de Montevideo. La media de edad de los participantes fue de 14.3 años, con una mediana de 14 años y una desviación estándar de 1.44. Las edades de los participantes oscilaban entre los 12 y 18 años. 229 sujetos (56%) eran menores de 15 años y 180 (44%) eran mayores de 15 años. Se utilizó esta categorización en menores y mayores de 15 años para los análisis (Tabla 2). El percentil 5 estaba situado en 12 años y el percentil 95 en 17 años. Además, los percentiles 25, 50 y 75 se ubican en las edades de 13, 14 y 15 años respectivamente.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra y las categorías de edad.

	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles				
								25th	50th	75th	5th	95th
Edad:	409	0	14.3	14	1.44	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0

Edad_Categorías	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Percentiles				
								25th	50th	75th	5th	95th
Edad: Menores de 15	229	0	13.3	13	0.675	12	14	13.0	13.0	14.0	12.0	14.0
Mayores de 15	180	0	15.7	15.0	0.927	15	18	15.0	15.0	16.0	15.0	18.0

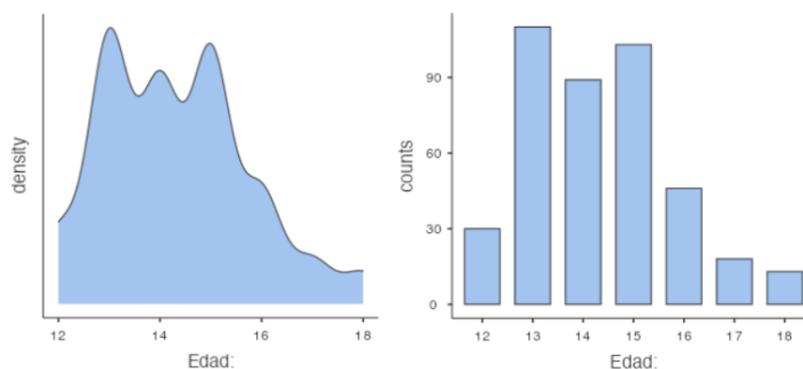
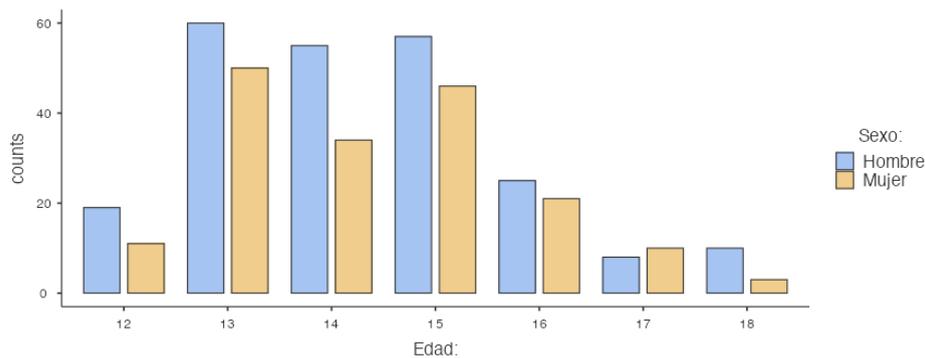


Figura 1. *Distribución de las edades en la muestra (Barras y densidad).*

Al considerar la muestra dividida por sexo, de los 409 participantes, 234 eran hombres y 175 eran mujeres. Ambos sexos presentaron medias de edad similares, y una distribución percentilar equivalente. Se presenta una tabla agrupando los datos (Tabla 2) así como un gráfico de barras (figura 2), mostrando la distribución por sexo. La similitud encontrada en la distribución de edades por sexo aporta una mayor coherencia a los datos obtenidos. La correspondencia sexo-genero fue del 96,5% (395 sujetos), mientras que el 3,5% (9 mujeres y 5 hombres), contestó “Prefiero no responder” u “Otro” en la variable “Género”.

Tabla 2. *Distribución de Edades por Sexo.*

Descriptivas		Percentiles										
Sexo:	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	25th	50th	75th	5th	95th
Edad: Hombre	234	0	14.3	14.0	1.47	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0
Mujer	175	0	14.3	14	1.40	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0

**Figura 2.** *Distribución de Edades por Sexo.*

Al analizar la experiencia previa con terapia psicológica, 161 de los sujetos habían participado en terapia psicológica anteriormente, mientras que 248 no lo habían hecho. Independientemente de la experiencia previa con la terapia, la media de edad en ambos grupos fue de 14 años. La distribución percentilar y las desviaciones estándar también fueron consistentes entre los dos grupos, lo que sugiere que en todas las edades hay una representación similar de adolescentes que han tenido y no han tenido experiencia con la terapia psicológica. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. *Distribución de edades según experiencia previa con psicólogo.*

Descriptivas		Percentiles										
¿Estás o estuviste en terapia psicológica?	N	Perdidos	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	25th	50th	75th	5th	95th
Edad: No	248	0	14.3	14.0	1.44	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0
Si	161	0	14.3	14	1.44	12	18	13.0	14.0	15.0	12.0	17.0

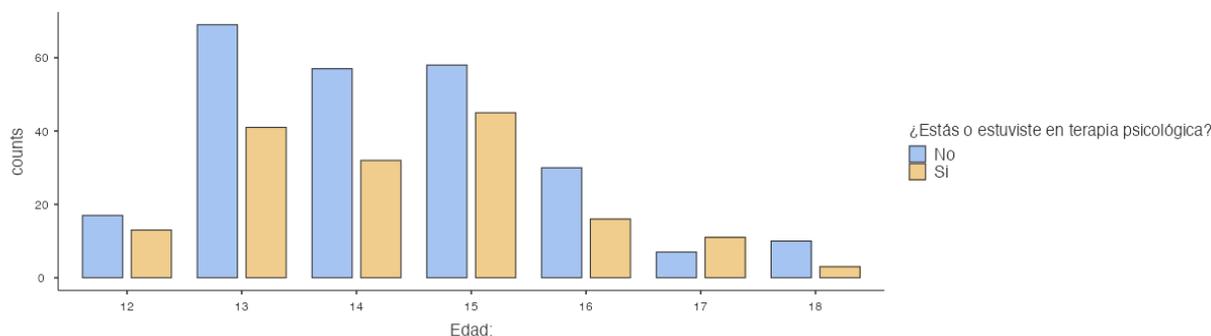


Figura 3. Distribución de edades por experiencia previa con psicólogo.

Al analizar la experiencia previa con terapia psicológica por sexos, encontramos que el 41% de los hombres reporta experiencia previa, mientras las mujeres con experiencia previa ascienden al 36% del total de mujeres de la muestra. De los 161 sujetos que reportan haber estado en terapia, 156 (96%) indican un abordaje individual y 6 (0,037%) indican un abordaje grupal. Al analizar el tiempo de duración de la misma, encontramos que de los 161 sujetos, 72 (44,7%) indicaron haber estado en terapia durante menos de un año; 14 (8,7%) entre uno a dos años; 28 (17,4%) entre 2 y 5 años; 24 (14,9%) durante más de 5 años y los 23 sujetos restantes (14,3%) fueron datos omisos.

4.1.1.2. Cuestionario General de Salud (GHQ-12)

En esta escala, de los 409 participantes, se obtuvieron datos válidos en 391 individuos (95,6%), mientras que se registraron 18 casos perdidos (4.6%). En el análisis descriptivo de la escala GHQ-12, se registró una media de 2.79 (IC 95%: 2.50 - 3.08, DE: 2.93). Los datos mostraron una ligera asimetría positiva (1.03, error estándar: 0.123) y levemente leptocúrtica (curtosis de 0.119, error estándar: 0.246), implicando que hay una presencia ligeramente mayor de puntuaciones extremas que la que se esperaría en una distribución normal. La prueba de Shapiro-Wilk indicó que los datos se desvían de la normalidad ($W=0.855$, $p < .001$). Los percentiles 25, 50 y 75 correspondieron a puntuaciones de 0.00, 2.00 y 4.50, e. Se muestran los resultados en la tabla 4 y se grafica la distribución en la figura 4.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del cuestionario general de salud (GHQ-12).

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
GHQ_DIC_TOTAL	391	18	2.79	2.50	3.08	2.93	8.56	1.03	0.123	0.119	0.246	0.855	<.001	0.00	2.00	4.50

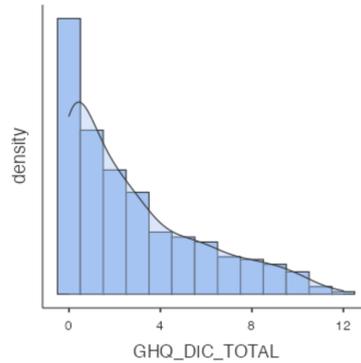


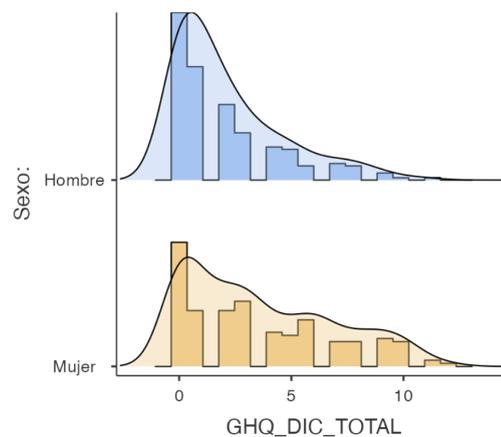
Figura 4. Histograma y Densidad del score total del cuestionario general de salud (GHQ-12) en la muestra.

4.1.1.2.1. Estadísticos descriptivos según sexo

Al separar por sexo, los hombres (n=222) tuvieron una media de 2.14 (IC 95%: 1.81-2.46, DE: 2.43) con una asimetría positiva de 1.333 y una curtosis positiva de 1.210. Por otro lado, las mujeres (n=169) presentaron una media de 3.64 (IC 95%: 3.15-4.14, DE: 3,29), con una asimetría de 0.616 y una curtosis de -0.757. Ambos grupos se desviaron de la normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk (W=0.823 en hombres, W=0,900 en mujeres con $p < .001$ en ambos grupos). Los datos se muestran en la tabla y la figura 5.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos del cuestionario general de salud (GHQ-12) según sexo.

Sexo:	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles			
				Inferior	Superior			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th	
GHQ_DIC_TOTAL	Hombre	222	12	2.14	1.81	2.46	2.43	5.88	1.333	0.163	1.210	0.325	0.823	<.001	0.00	1.00	3.00
	Mujer	169	6	3.64	3.15	4.14	3.29	10.83	0.616	0.187	-0.757	0.371	0.900	<.001	1.00	3.00	6.00



Al separar por género, los que optaron por no definir su género (n=9) presentan la media más alta, 5.44, mientras que aquellos que se identificaron como "otros" (n=4), con media de 3.00. Estos resultados requieren interpretación cautelosa por causa del tamaño de la muestra.

4.1.1.2.2. Estadísticos descriptivos según categoría de edad.

Al dividir la escala según categorías de edad, los menores de 15 años (n=223) obtuvieron una media de 2.50 (IC 95%: 2.12-2.89, DE: 2.93) con una asimetría de 1.220 y una curtosis de 0.557. Por otro lado, los mayores de 15 años (n=168) presentaron una media más alta de 3.17 (IC 95%: 2.73-3.61, DE: 2.88), con una asimetría de 0.830 y una curtosis de -0.216. Ambos grupos se desviaron de la normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk (W=0.815 en menores de 15, W=0,895 en mayores de 15 con $p < .001$ en ambos grupos).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del cuestionario general de salud (GHQ-12) según categoría de edad .

Edad_Categorías	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior	Mediana		Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
Menores de 15	223	6	2.50	2.12	2.89	1	2.93	1.220	0.163	0.557	0.324	0.815	< .001	0.00	1.00	4.00
Mayores de 15	168	12	3.17	2.73	3.61	3.00	2.88	0.830	0.187	-0.216	0.373	0.895	< .001	1.00	3.00	5.00

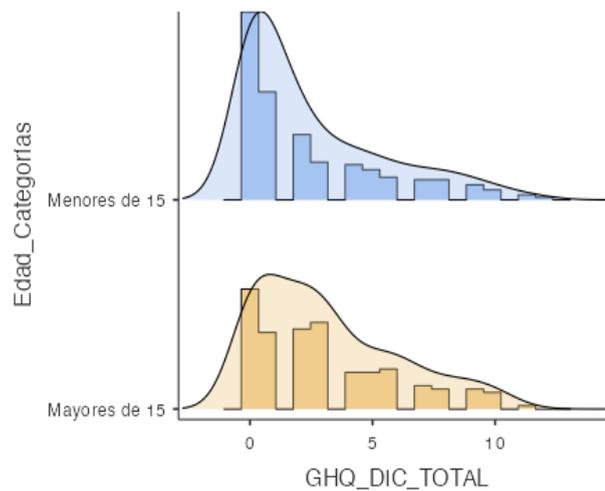


Figura 6. Histograma y densidad del score total del cuestionario general de salud (GHQ-12) según categoría de edad.

4.1.1.2.3. Estadísticos descriptivos según experiencia previa con psicólogo.

Al realizar este análisis, se encontró que aquellos sujetos que no estuvieron en terapia psicológica (n=236) registraron una media de 2.38 (IC 95%: 2.05-2.71, DE: 2,57), con una asimetría positiva de 1.206 y una curtosis de 0.782. Por otro lado, los participantes que sí estuvieron en terapia psicológica (n=155) reportaron una media más alta de 3.41 (IC 95%: 2.88-3.93, DE:3.31) y una asimetría más baja de 0.716 y una curtosis de -0.658. Esto indica una distribución de puntuaciones más achatada y una dispersión mayor de las puntuaciones en comparación con la distribución normal. Ambos grupos se desviaron de la normalidad según la prueba de Shapiro-Wilk (W:0.841 en grupo sin terapia, 0.880 en grupo con terapia, con $p < 0.001$ en ambos grupos). Se muestran estos resultados en la tabla y la figura 7.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos (GHQ-12) según experiencia previa con psicólogo.

GHQ_DIC_TOTAL	¿Estás o estuviste en terapia psicológica?	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
					Inferior	Superior	DE		Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
GHQ_DIC_TOTAL	No	236	12	2.38	2.05	2.71	2.57	6.59	1.206	0.158	0.782	0.316	0.841	<.001	0.00	2.00	4.00
	Si	155	6	3.41	2.88	3.93	3.31	10.97	0.716	0.195	-0.658	0.387	0.880	<.001	0.00	3.00	6.00

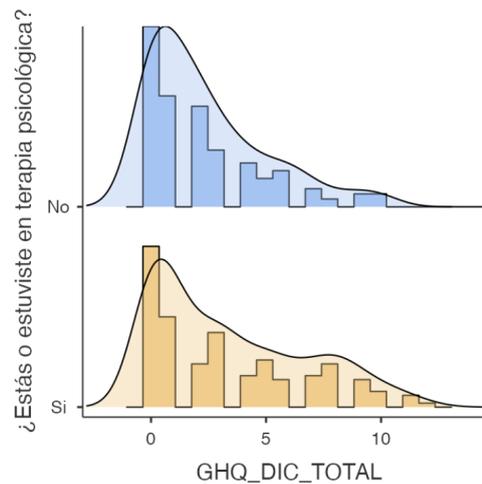


Figura 7. Histograma y densidad del score total del cuestionario general de salud (GHQ-12) según experiencia previa con psicólogo.

4.1.1.2.4. Análisis de fiabilidad

En cuanto a la fiabilidad de la escala se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.854 y el coeficiente omega de McDonald fue de 0.855, lo que indica que los ítems de la escala están midiendo de manera coherente el constructo en cuestión. Al examinar las correlaciones entre los elementos de la escala, se encontraron coeficientes que oscilaban entre 0.39 y 0.69. Esto indica una relación moderada a alta entre los elementos, sugiriendo una buena consistencia interna.

Se realizó además un análisis de fiabilidad por ítem para examinar si la eliminación de alguno mejoraría la fiabilidad general. Sin embargo, ninguno de los ítems, de eliminarse, mejora la fiabilidad según el alfa de Cronbach o el omega de McDonald (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis de Fiabilidad del GHQ-12.

	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.854	0.855

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento					
	Media	DE	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
				Alfa de Cronbach	ω de McDonald
GHQ_1	1.171	0.662	0.391	0.851	0.853
GHQ_2	1.005	0.867	0.432	0.850	0.851
GHQ_3	0.972	0.755	0.493	0.845	0.846
GHQ_4	0.671	0.676	0.338	0.854	0.855
GHQ_5	1.309	0.932	0.578	0.839	0.841
GHQ_6	1.010	0.825	0.556	0.841	0.842
GHQ_7	0.967	0.751	0.468	0.847	0.848
GHQ_8	0.898	0.697	0.440	0.848	0.849
GHQ_9	0.926	0.909	0.690	0.830	0.832
GHQ_10	0.770	0.915	0.674	0.831	0.833
GHQ_11	0.582	0.857	0.636	0.835	0.836
GHQ_12	0.906	0.662	0.599	0.839	0.839

4.1.1.2.5. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos (0 a 4 = ausencia de psicopatología, 5 a 6 = psicopatología subumbral, 7 a 12 = presencia de psicopatología), nuestros datos se distribuyeron de la siguiente manera: 293 sujetos (74.9%) mostraron ausencia de psicopatología, 44 sujeto (11.3%), presentaron una condición subumbral y 54 sujetos (13.8%), se ubicaron por encima del punto de corte superior (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de casos según psicopatología ausente, subumbral y presente.

GHQ_DIC_TOTAL_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Presencia de Psicopatología	54	13.8 %	13.8 %
Psicopatología Sub-umbral	44	11.3 %	25.1 %
Ausencia de psicopatología	293	74.9 %	100.0 %

Al comparar estos niveles por sexo, los hombres mostraron menor prevalencia de psicopatología con un 4.6% en comparación con las mujeres que presentaron un 9.2%. En la categoría de "Psicopatología subumbral", los hombres constituyeron el 4.9%, mientras que las mujeres representan el 6.4%. La categoría "Ausencia de psicopatología", estaba compuesta por un 47.3% de hombres y un 27.6% de las mujeres.

4.1.1.3. Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ)

4.1.1.3.1. Estadísticos descriptivos generales.

Se obtuvieron datos válidos de 360 individuos (88,01%), con 49 casos perdidos (11.99%). *En la escala total (SDQ_TOTAL)*, se obtuvo una media de 13.24 (IC 95%: 12.62 - 13.86, DE: 6.00). Los datos mostraron una asimetría de 0.3129 y una curtosis de -0.129. *En la subescala de psicopatología internalizante (SDQ_INT)* se encontró una media de 5.83 (IC 95%: 5.43 - 6.23, DE:3.90) y una mediana de 5.00. La asimetría fue 0.5957 y la curtosis -0.194. *En la subescala de psicopatología externalizante (SDQ_EXT)* se encontró una media de 7.41 (IC 95%: 7.04-7.78, DE:3.56), y una mediana de 7.00. Su asimetría fue 0.0963 y su curtosis -0.388.

En la subescala de problemas de relacionamiento con pares (SDQ_PARES) se observó una media de 2.06 (IC 95%: 1.85-2.26, DE:1.94) y una mediana de 2.00. Se encontró una asimetría de 1.1248 y una curtosis de 1.402. *En la subescala de problemas emocionales (SDQ_EMO)*, se observó una media de 3.77 (IC 95%: 3.49-4.06, DE: 2.73) y una mediana de 4.00, con una asimetría de 0.4008 y una curtosis de -0.767. *En la subescala de hiperactividad (SDQ_HIPERACT)*, la media fue de 4.84 (IC 95%: 4.60-5.09, DE: 2.40) y la mediana de 5.00. La asimetría fue de -0.0794 y la curtosis de -0.486. *En la subescala de problemas de conducta (SDQ_CONDUCT)*, la media fue de 2.56 (IC 95%: 2.37-2.76, DE: 1.87) y la mediana de 2.00. Se encontró una asimetría de 0.6925 y una curtosis de 0.338. La prueba de Shapiro-Wilk resultó significativa en todas las subescalas, indicando una desviación significativa de la normalidad en la distribución.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la escala total de psicopatología y las subescalas de psicopatología internalizante, y externalizante, problemas de relacionamiento con pares, problemas emocionales, hiperactividad, y problemas de conducta.

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
SDQ_TOTAL	360	49	13.24	12.62	13.86	13.00	6.00	36.01	0.3129	0.129	-0.129	0.256	0.989	0.007	9.00	13.00	17.00
SDQ_INT	360	49	5.83	5.43	6.23	5.00	3.90	15.21	0.5957	0.129	-0.194	0.256	0.957	<.001	3.00	5.00	8.00
SDQ_EXT	360	49	7.41	7.04	7.78	7.00	3.56	12.69	0.0963	0.129	-0.388	0.256	0.987	0.002	5.00	7.00	10.00
SDQ_PARES	360	49	2.06	1.85	2.26	2.00	1.94	3.77	1.1248	0.129	1.402	0.256	0.877	<.001	0.00	2.00	3.00
SDQ_EMO	360	49	3.77	3.49	4.06	4.00	2.73	7.43	0.4008	0.129	-0.767	0.256	0.944	<.001	2.00	4.00	6.00
SDQ_HIPERACT	360	49	4.84	4.60	5.09	5.00	2.40	5.78	-0.0794	0.129	-0.486	0.256	0.974	<.001	3.00	5.00	7.00
SDQ_CONDUCT	360	49	2.56	2.37	2.76	2.00	1.87	3.50	0.6925	0.129	0.338	0.256	0.934	<.001	1.00	2.00	4.00

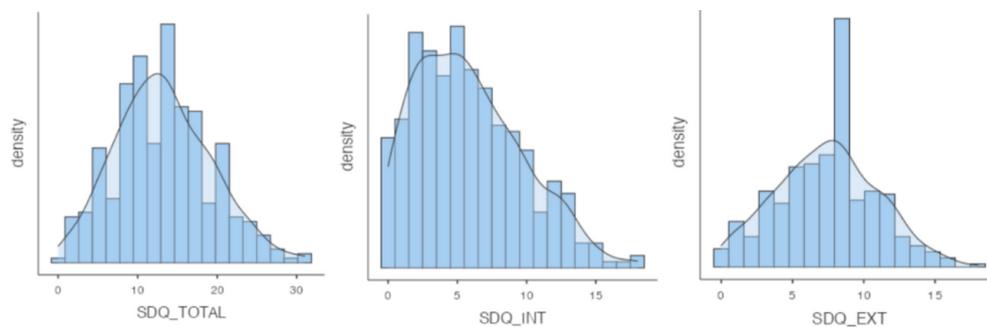


Figura 8. Histograma y densidad del score global de psicopatología, y las subescalas de psicopatología internalizante y externalizante.

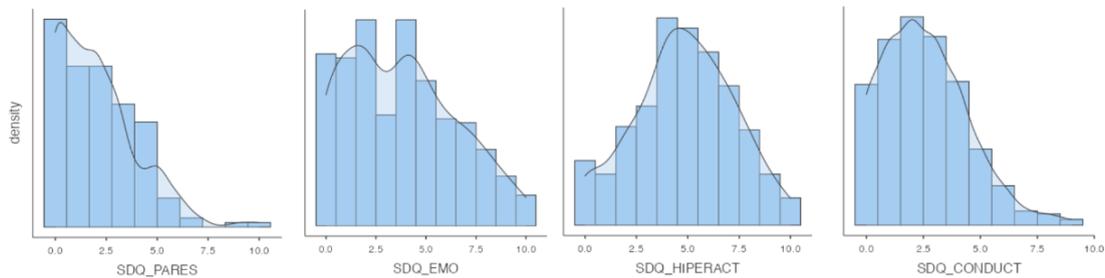


Figura 9. Histograma y Densidad de las problemas de relacionamiento con pares, problemas emocionales, hiperactividad y problemas de conducta del SDQ (SDQ_PARES, SDQ_EMO, SDQ_HIPERACT y SDQ_CONDUCT).

4.1.1.3.2. Estadísticos descriptivos según sexo

En la escala total (SDQ_TOTAL), los hombres (n=200) presentaron una media de 12.18 (IC 95%: 11.38-12.98, DE: 5.72) con una asimetría de 0.371 y una curtosis de 0.233. Las mujeres (n=160) registraron una media más alta, de 14.56 (IC 95%: 13.61-15.51, DE: 6.09) con una asimetría de 0.213 y una curtosis de -0.415. En la subescala de psicopatología internalizante (SDQ_INT), los hombres presentaron una media de 4.99 (IC 95%: 4.47-5.50,

DE: 3.71) con una asimetría de 0.969 y una curtosis de 0.725. Las mujeres registraron una media más alta de 6.89 (IC 95%: 6.28-7.49, DE: 3.88) con una asimetría de 0.232 y una curtosis de -0.501. *En la subescala de psicopatología internalizante (SDQ_EXT)*, los hombres presentaron una media de 7.20 (IC 95%: 6.69-7.70, DE: 3.60) con una asimetría de 0.152 y una curtosis de -0.252. Las mujeres registraron una media más alta de 7.67 (IC 95%: 7.13-8.22, DE: 3.51) con una asimetría de 0.034 y una curtosis de -0.520.

En la subescala de problemas de relación con pares (SDQ_PARES), los hombres presentaron una media de 2.02 (IC 95%: 1.75-2.28, DE: 1.88) con una asimetría de 1.1657 y una curtosis de 1.644. Las mujeres registraron una media más alta de 2.11 (IC 95%: 1.79-2.42, DE: 2.02) con una asimetría de 1.0807 y una curtosis 1.193. *En la subescala de problemas emocionales (SDQ_EMO)*, los hombres presentaron una media de 2.97 (IC 95%: 2.62-3.32, DE: 2.50) con una asimetría de 0.7082 y una curtosis de -0.253. Las mujeres registraron una media más alta de 4.78 (IC 95%: 4.36-5.20, DE: 2.67) con una asimetría de 0.0776 y una curtosis de -0.862. *En la subescala de comportamiento hiperactivo (SDQ_HIPERACT)*, los hombres presentaron una media de 4.51 (IC 95%: 4.18-4.84, DE: 2.38) con una asimetría de -0.0305 y una curtosis de -0.447. Las mujeres registraron una media más alta de 5.26 (IC 95%: 4.89-5.63, DE: 2.37) con una asimetría de -0.1458 y una curtosis de -0.486. *En la subescala de problemas de conducta (SDQ_CONDUCT)*, los hombres presentaron una media de 2.69 (IC 95%: 2.43-2.94, DE: 1.85) con una asimetría de 0.7398 y una curtosis de 0.462. Las mujeres registraron una media más baja de 2.41 (IC 95%: 2.12-2.71, DE: 1.89) con una asimetría de 0.6654 y una curtosis positiva de 0.236. Las diferencias por sexo se presentan en las tabla 11 y las figuras 10 y 11.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos (según sexo) de la escala total de psicopatología (SDQ_TOTAL), y las subescalas de psicopatología internalizante (SDQ_INT) y externalizante (SDQ_EXT), problemas de relacionamiento con pares (SDQ_PARES), problemas emocionales (SDQ_EMO), hiperactividad (SDQ_HIPERACT) y problemas de conducta (SDQ_CONDUCT).

	Sexo:	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%			Mediana	DE	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Media	Inferior	Superior			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
SDQ_TOTAL	Hombre	200	34	12.18	11.38	12.98	12.00	5.72	0.3714	0.172	0.233	0.342	0.986	0.049	8.000	12.00	16.00
	Mujer	160	15	14.56	13.61	15.51	14.00	6.09	0.2126	0.192	-0.415	0.381	0.988	0.187	10.000	14.00	19.00
SDQ_INT	Hombre	200	34	4.99	4.47	5.50	4.00	3.71	0.9695	0.172	0.725	0.342	0.925	< .001	2.000	4.00	7.00
	Mujer	160	15	6.89	6.28	7.49	7.00	3.88	0.2324	0.192	-0.501	0.381	0.978	0.012	4.000	7.00	10.00
SDQ_EXT	Hombre	200	34	7.20	6.69	7.70	7.00	3.60	0.1525	0.172	-0.252	0.342	0.984	0.025	5.000	7.00	9.25
	Mujer	160	15	7.67	7.13	8.22	8.00	3.51	0.0343	0.192	-0.520	0.381	0.985	0.078	5.000	8.00	10.00
SDQ_PARES	Hombre	200	34	2.02	1.75	2.28	2.00	1.88	1.1657	0.172	1.644	0.342	0.876	< .001	0.750	2.00	3.00
	Mujer	160	15	2.11	1.79	2.42	2.00	2.02	1.0807	0.192	1.193	0.381	0.878	< .001	0.000	2.00	3.00
SDQ_EMO	Hombre	200	34	2.97	2.62	3.32	2.00	2.50	0.7082	0.172	-0.253	0.342	0.916	< .001	1.000	2.00	4.25
	Mujer	160	15	4.78	4.36	5.20	5.00	2.67	0.0776	0.192	-0.862	0.381	0.965	< .001	2.750	5.00	7.00
SDQ_HIPERACT	Hombre	200	34	4.51	4.18	4.84	5.00	2.38	-0.0305	0.172	-0.447	0.342	0.972	< .001	3.000	5.00	6.00
	Mujer	160	15	5.26	4.89	5.63	5.00	2.37	-0.1458	0.192	-0.486	0.381	0.974	0.004	4.000	5.00	7.00
SDQ_CONDUCT	Hombre	200	34	2.69	2.43	2.94	2.00	1.85	0.7398	0.172	0.462	0.342	0.934	< .001	1.000	2.00	4.00
	Mujer	160	15	2.41	2.12	2.71	2.00	1.89	0.6654	0.192	0.236	0.381	0.927	< .001	1.000	2.00	4.00

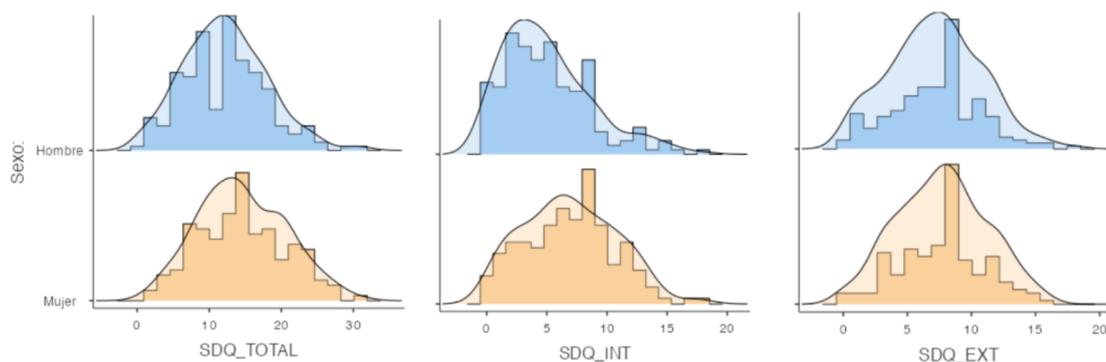


Figura 10. Histograma y densidad (según sexo) de la escala total de psicopatología (*SDQ_TOTAL*), y las subescalas de psicopatología internalizante (*SDQ_INT*) y externalizante (*SDQ_EXT*).

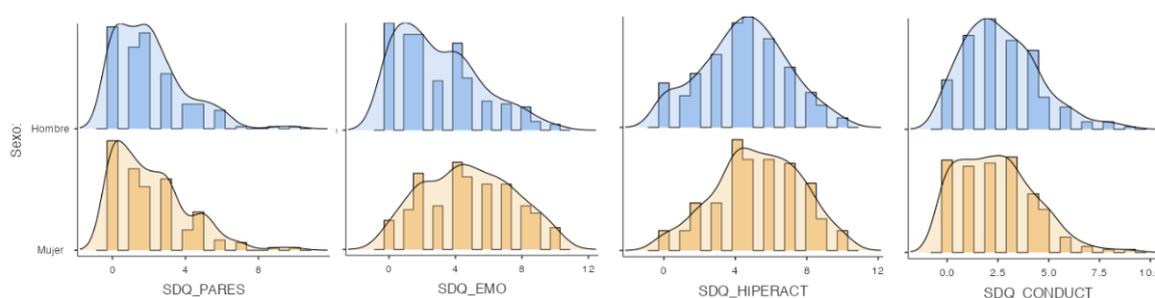


Figura 11. Histograma y densidad (según sexo) de las escalas de problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), problemas emocionales (*SDQ_EMO*), hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*) y problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*).

4.1.1.3.3. Estadísticos descriptivos según categoría de edad

Al analizar la escala global (*SDQ_TOTAL*) para los 205 sujetos menores de 15 años (57%), se registró una media de 12.65 (IC 95%: 11.82-13.48, DE: 6.05) con una asimetría de 0.2826 y una curtosis de -0.1892. En el grupo de 155 sujetos mayores de 15 años (43%), la media fue más alta, 14.02 (IC 95%: 13.09-14.95, DE: 5.87) con una asimetría de 0.4003 y una curtosis de -0.0644. En la subescala de psicopatología internalizante (*SDQ_INT*), los menores de 15 años mostraron una media de 5.43 (IC 95%: 4.91-5.96, DE: 3.82) con una asimetría de 0.5796 y una curtosis de -0.5165. Los participantes mayores de 15 años tuvieron una media más alta, de 6.35 (IC 95%: 5.73-6.98, DE: 3.96) con una asimetría de 0.6179 y una curtosis de 0.1349. En la subescala de psicopatología externalizante (*SDQ_EXT*), los menores de 15 años mostraron una media de 7.21 (IC 95%: 6.72-7.71, DE: 3.57), con una asimetría de 0.0765 y una curtosis de -0.4984.

Los participantes mayores de 15 años registraron una media de 7.66 (IC 95%: 7.10-8.23, DE: 3.54) con una asimetría de 0.1293 y una curtosis de -0.2302. *En la subescala de problemas de relación con pares (SDQ_PARES)*, los menores de 15 años mostraron una media de 2.00 (IC 95%: 1.73-2.26, DE: 1.91) con una asimetría de 1.0454 y una curtosis de 0.9618. Los participantes mayores de 15 años tuvieron una media más alta, de 2.14 (IC 95%: 1.82-2.45, DE: 1.99) con una asimetría de 1.2217 y una curtosis de 1.9229. *En la subescala de problemas emocionales (SDQ_EMO)*, los menores de 15 años mostraron una media de 3.44 (IC 95%: 3.07-3.81, DE: 2.70), con una asimetría de 0.5287 y una curtosis de -0.6573. Los participantes mayores de 15 años registraron una media de 4.22 (IC 95%: 3.79-4.65, DE: 2.71) con una asimetría de 0.2596 y una curtosis de -0.7941. *En la subescala de comportamiento hiperactivo (SDQ_HIPERACT)*, los menores de 15 años mostraron una media de 4.75 (IC 95%: 4.42-5.08, DE: 2.41), con una asimetría de -0.0551 y una curtosis de -0.4673. Los mayores de 15 años registraron una media de 4.97 (IC 95%: 4.59-5.35, DE: 2.40) con una asimetría de -0.1124 y una curtosis de -0.4812. *En la subescala de problemas de conducta (SDQ_CONDUCT)*, los menores de 15 años registraron una media de 2.46 (IC 95%: 2.21-2.71, DE: 1.81) con una asimetría de 0.6919 y una curtosis de 0.4718. Los participantes mayores de 15 años tuvieron una media más alta, de 2.70 (IC 95%: 2.39-3.00, DE: 1.94) con una asimetría de 0.6788 y una curtosis de 0.1888. Las escalas global (SDQ_TOTAL) y de psicopatología externalizante (SDQ_EXT) para ambos grupos de edad (menores y mayores de 15 años) se distribuyen de manera normal, ya que los valores p de Shapiro-Wilk superan el umbral de .05. Sin embargo, este no es el caso para las subescalas de psicopatología internalizante (SDQ_INT), problemas de relación con pares (SDQ_PARES), problemas emocionales (SDQ_EMO), comportamiento hiperactivo (SDQ_HIPERACT) y problemas de conducta (SDQ_CONDUCT), donde se encontraron valores p inferiores a .05, lo que indica una desviación significativa de la normalidad.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos (según categoría de edad) de la escala total de psicopatología (SDQ_TOTAL), y las subescalas de psicopatología internalizante y externalizante (SDQ_INT, SDQ_EXT) problemas de relacionamiento con pares (SDQ_PARES), problemas emocionales (SDQ_EMO), hiperactividad (SDQ_HIPERACT) y problemas de conducta (SDQ_CONDUCT).

	Edad_Categorías	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles			
				Media	Inferior	Superior		Mediana	Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
SDQ_TOTAL	Menores de 15	205	24	12.65	11.82	13.48	12	6.05	0.2826	0.170	-0.1892	0.338	0.988	0.091	8.00	12.00	16.00
	Mayores de 15	155	25	14.02	13.09	14.95	14	5.87	0.4003	0.195	-0.0644	0.387	0.983	0.048	10.00	14.00	18.00
SDQ_INT	Menores de 15	205	24	5.43	4.91	5.96	5	3.82	0.5796	0.170	-0.5165	0.338	0.944	<.001	2.00	5.00	8.00
	Mayores de 15	155	25	6.35	5.73	6.98	6	3.96	0.6179	0.195	0.1349	0.387	0.962	<.001	4.00	6.00	9.00
SDQ_EXT	Menores de 15	205	24	7.21	6.72	7.71	7	3.57	0.0765	0.170	-0.4984	0.338	0.983	0.014	5.00	7.00	10.00
	Mayores de 15	155	25	7.66	7.10	8.23	8	3.54	0.1293	0.195	-0.2302	0.387	0.987	0.161	5.00	8.00	10.00
SDQ_PARES	Menores de 15	205	24	2.00	1.73	2.26	2	1.91	1.0454	0.170	0.9618	0.338	0.877	<.001	0.00	2.00	3.00
	Mayores de 15	155	25	2.14	1.82	2.45	2	1.99	1.2217	0.195	1.9229	0.387	0.873	<.001	1.00	2.00	3.00
SDQ_EMO	Menores de 15	205	24	3.44	3.07	3.81	3	2.70	0.5287	0.170	-0.6573	0.338	0.930	<.001	1.00	3.00	5.00
	Mayores de 15	155	25	4.22	3.79	4.65	4	2.71	0.2596	0.195	-0.7941	0.387	0.956	<.001	2.00	4.00	6.00
SDQ_HIPERACT	Menores de 15	205	24	4.75	4.42	5.08	5	2.41	-0.0551	0.170	-0.4673	0.338	0.974	<.001	3.00	5.00	6.00
	Mayores de 15	155	25	4.97	4.59	5.35	5	2.40	-0.1124	0.195	-0.4812	0.387	0.974	0.005	3.50	5.00	7.00
SDQ_CONDUCT	Menores de 15	205	24	2.46	2.21	2.71	2	1.81	0.6919	0.170	0.4718	0.338	0.931	<.001	1.00	2.00	4.00
	Mayores de 15	155	25	2.70	2.39	3.00	2	1.94	0.6788	0.195	0.1888	0.387	0.937	<.001	1.00	2.00	4.00

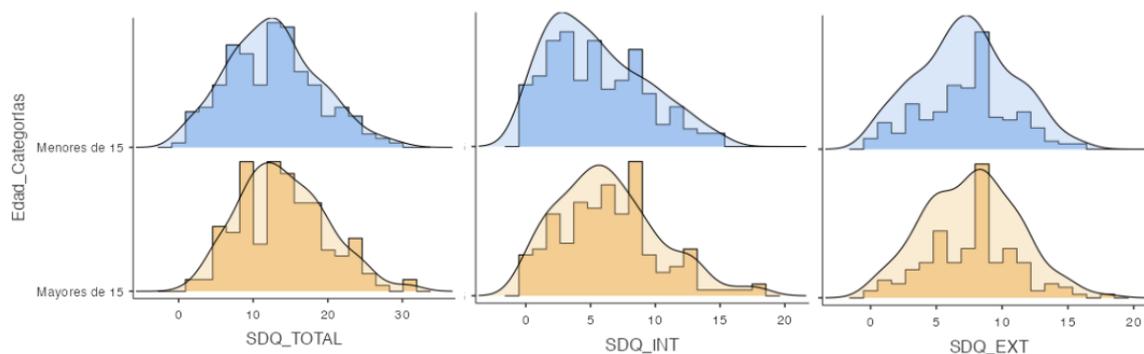


Figura 12. Histograma y densidad (según categoría de edad) de la escala total de psicopatología (*SDQ_TOTAL*), y las subescalas de psicopatología internalizante y externalizante (*SDQ_INT*, *SDQ_EXT*).

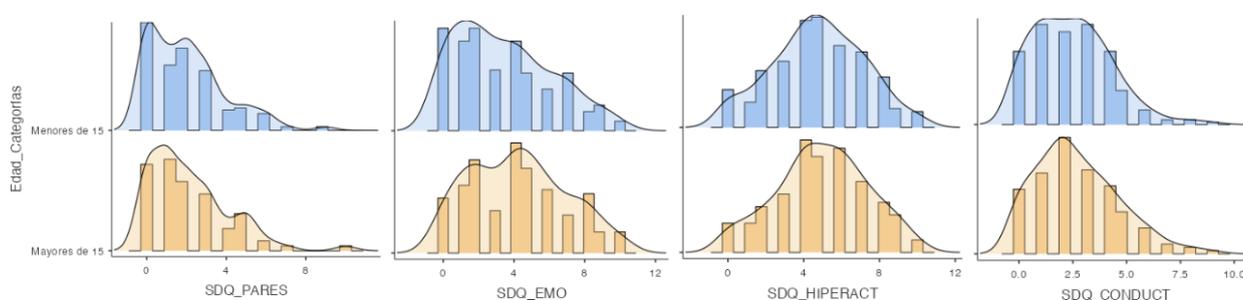


Figura 13. Histograma y densidad (según categoría de edad) de las subescalas de problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), problemas emocionales (*SDQ_EMO*), hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*) y problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*).

4.1.1.3.4. Estadísticos descriptivos según experiencia previa con psicólogo.

Al analizar la escala global (*SDQ_TOTAL*) se observó que los sujetos que indicaron no tener experiencia previa registraron una media de 12.12 (IC 95%: 11.39-12.85, DE: 5.54), con una asimetría de 0.3598 y una curtosis de 0.0504. Los sujetos que indicaron tener experiencia previa mostraron una media más alta, de 15.09 (IC 95%: 14.02-16.15, DE: 6.28) con una asimetría de 0.1082 y una curtosis de -0.2664. En la subescala de psicopatología internalizante (*SDQ_INT*), los sujetos sin experiencia previa mostraron una media de 4.98 (IC 95%: 4.52-5.44, DE: 3.49) con una asimetría de 0.7555. Los participantes con experiencia previa tuvieron una media más alta, de 7,24 (IC 95%: 6.53-7.94, DE: 4.14) con una asimetría de 0.2634, y una curtosis de -0.6863.

En la subescala de psicopatología externalizante (*SDQ_EXT*), los sujetos sin experiencia previa, mostraron una media de 7.14 (IC 95%: 6.69-7.58, DE: 3.38), con una asimetría negativa de -0.0353 y una curtosis de -0.5587. Aquellos que indicaron haber estado en terapia mostraron una media de 7.85 (IC 95%: 7.21-8.50, DE: 3.82) con una asimetría de 0.1748 y una curtosis de -0.3783.

En la subescala de problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), los sujetos sin experiencia previa con psicólogo registraron una media de 1.62 (IC 95%: 1.40-1.83, DE: 1.66), con una asimetría de 1.2695 y una curtosis de 2.4533. Los que indicaron tener experiencia previa, mostraron una media más alta, de 2.78 (IC 95%: 2.41-3.15, DE: 2.16), con una asimetría de 0.8051 y una curtosis de 0.3865. En la subescala de problemas emocionales (*SDQ_EMO*), los sujetos sin experiencia previa mostraron una media de 3.36 (IC 95%: 3.02-3.71, DE: 2.62) con una asimetría de 0.5576. Los participantes con experiencia previa tuvieron una media más alta, de 4.46 (IC 95%: 3.99-4.93, DE: 2.77), con una asimetría de 0.1566, y una curtosis de -0.9401. En la subescala de problemas de hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*), los sujetos sin experiencia previa, mostraron una media de 4.79 (IC 95%: 4.49-5.09, DE: 2.30), con una asimetría negativa de -0.1896 y una curtosis de -0.6105. Aquellos con experiencia previa mostraron una media de 4.93 (IC 95%: 4.50-5.37, DE: 2.57) con una asimetría de 0.0319 y una curtosis de -0.4149. En la subescala de problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*), los sujetos que indicaron no tener experiencia previa registraron una media de 2.12 (IC 95%: 2.00-2.58, DE: 1.75), con una asimetría de 0.6063 y una curtosis de 0.2289. Los sujetos con experiencia previa mostraron una media más alta, de 2.58 (IC 95%: 2.25-3.26, DE: 2.01), con una asimetría de 0.7034 (EE: 0.208) y una curtosis de 0.1703.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos (según experiencia previa con psicólogo) de la escala total de psicopatología (*SDQ_TOTAL*), y las subescalas de psicopatología internalizante y externalizante (*SDQ_INT*, *SDQ_EXT*) problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), problemas emocionales (*SDQ_EMO*), hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*) y problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*).

	¿Estás o estuviste en terapia psicológica?	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles				
				Media	Inferior	Superior	Mediana	DE	Varianza	Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
SDQ_TOTAL	No	224	24	12.12	11.39	12.85	12.00	5.54	30.72	0.3598	0.163	0.0504	0.324	0.987	0.038	8.00	12.00	15.00
	Si	136	25	15.09	14.02	16.15	15.00	6.28	39.47	0.1082	0.208	-0.2664	0.413	0.992	0.686	11.00	15.00	19.25
SDQ_INT	No	224	24	4.98	4.52	5.44	5.00	3.49	12.18	0.7555	0.163	0.4177	0.324	0.948	<.001	2.00	5.00	7.00
	Si	136	25	7.24	6.53	7.94	7.00	4.14	17.13	0.2634	0.208	-0.6863	0.413	0.973	0.009	4.00	7.00	10.00
SDQ_EXT	No	224	24	7.14	6.69	7.58	7.00	3.38	11.43	-0.0353	0.163	-0.5587	0.324	0.983	0.010	5.00	7.00	9.00
	Si	136	25	7.85	7.21	8.50	8.00	3.82	14.56	0.1748	0.208	-0.3783	0.413	0.985	0.135	5.00	8.00	11.00
SDQ_PARES	No	224	24	1.62	1.40	1.83	1.00	1.66	2.74	1.2695	0.163	2.4533	0.324	0.852	<.001	0.00	1.00	3.00
	Si	136	25	2.78	2.41	3.15	2.00	2.16	4.66	0.8051	0.208	0.3865	0.413	0.918	<.001	1.00	2.00	4.25
SDQ_EMO	No	224	24	3.36	3.02	3.71	3.00	2.62	6.88	0.5576	0.163	-0.5144	0.324	0.931	<.001	1.00	3.00	5.00
	Si	136	25	4.46	3.99	4.93	4.50	2.77	7.66	0.1566	0.208	-0.9401	0.413	0.957	<.001	2.00	4.00	7.00
SDQ_HIPERACT	No	224	24	4.79	4.49	5.09	5.00	2.30	5.31	-0.1896	0.163	-0.6105	0.324	0.969	<.001	3.00	5.00	7.00
	Si	136	25	4.93	4.50	5.37	5.00	2.57	6.60	0.0319	0.208	-0.4149	0.413	0.967	0.002	3.00	5.00	6.25
SDQ_CONDUCT	No	224	24	2.35	2.12	2.58	2.00	1.75	3.07	0.6063	0.163	0.2289	0.324	0.930	<.001	1.00	2.00	4.00
	Si	136	25	2.92	2.58	3.26	3.00	2.01	4.03	0.7034	0.208	0.1703	0.413	0.936	<.001	2.00	3.00	4.00

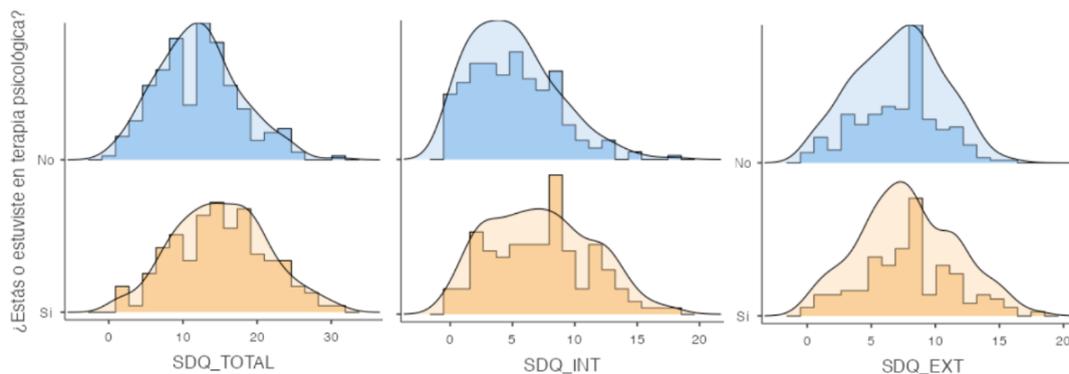


Figura 14. Histograma y densidad (según experiencia previa con psicólogo) de la escala total de psicopatología (*SDQ_TOTAL*), y las subescalas de psicopatología internalizante (*SDQ_INT*) y externalizante (*SDQ_EXT*).

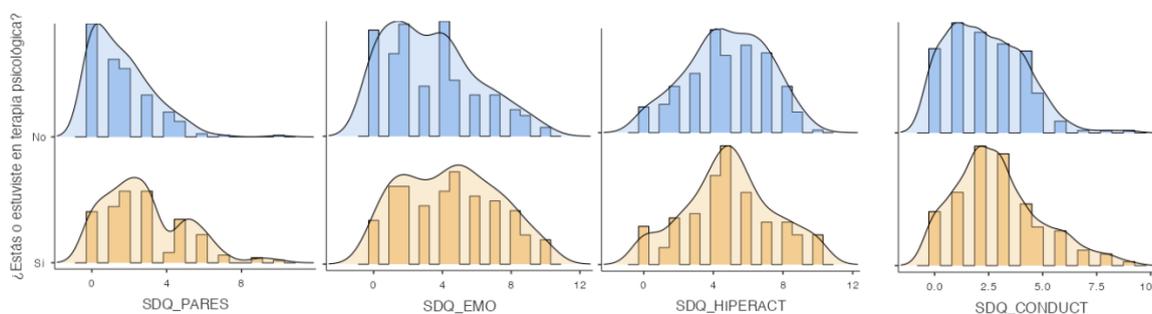


Figura 15 Histograma y densidad (según experiencia previa con psicólogo) de las subescalas de problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), problemas emocionales (*SDQ_EMO*), hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*) y problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*).

4.1.1.3.5. Análisis de fiabilidad

Se evaluó la fiabilidad y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.7 y un Omega de McDonald de 0.688. Aunque el Omega de McDonald está ligeramente por debajo 0.7, en conjunto con el Alfa de Cronbach en un rango aceptable, estos resultados indican una consistencia interna adecuada para la escala. Los ítems muestran correlaciones que van desde 0.13 hasta 0.49, con cuatro ítems presentando correlaciones negativas. Se analizó su eliminación para mejorar la fiabilidad, y se encontró que esto podría elevar el Alfa de Cronbach hasta 0.769 como máximo. Sin embargo, estos ítems son necesarios para calcular las puntuaciones secundarias de la escala, por lo que su eliminación podría comprometer la validez del instrumento y la interpretación. Por lo tanto, se decidió mantener los ítems a pesar del potencial incremento leve en la fiabilidad de la escala.

Tabla 13. *Análisis de Fiabilidad del SDQ.*

	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.700	0.688

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
		Alfa de Cronbach	ω de McDonald
SDQ_1	-0.0949	0.713	0.703
SDQ_2	0.3943	0.677	0.667
SDQ_3	0.3904	0.678	0.666
SDQ_4	-0.0555	0.712	0.700
SDQ_5	0.3329	0.684	0.670
SDQ_6	0.1058	0.702	0.689
SDQ_7	0.1477	0.699	0.686
SDQ_8	0.4475	0.672	0.660
SDQ_9	0.0352	0.705	0.695
SDQ_10	0.3269	0.684	0.673
SDQ_11	0.1256	0.699	0.688
SDQ_12	0.2286	0.692	0.680
SDQ_13	0.4941	0.667	0.655
SDQ_14	0.1288	0.700	0.687
SDQ_15	0.3923	0.678	0.667
SDQ_16	0.4543	0.671	0.660
SDQ_17	-0.1209	0.715	0.705
SDQ_18	0.2235	0.693	0.679
SDQ_19	0.3809	0.681	0.665
SDQ_20	0.0785	0.704	0.691
SDQ_21	0.2274	0.693	0.680
SDQ_22	0.1373	0.698	0.687
SDQ_23	0.2977	0.687	0.673
SDQ_24	0.4126	0.676	0.664
SDQ_25	0.2824	0.688	0.675

4.1.1.3.6. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Al analizar las frecuencias en cada una de las categorías de la escala (Normal, Límite, Elevado, Muy elevado), se encontraron que *en la escala total (SDQ_TOTAL)*, el 61.9% de los participantes (n=223) estuvieron en el rango normal, el 14.2% (n=51) estuvieron en el rango límite, el 8.1% (n=29) en el rango elevado y el 15.8% (n=57) en el rango muy elevado. *Este resultado implica que un 23,9 % de la muestra global, (la suma del rango elevado y muy elevado) está en rango clínico. En la subescala de psicopatología internalizante (SDQ_INT)* el 41.4% de los participantes (n=149) estuvieron en el rango normal, el 34.2% (n=123) en el rango límite, el 11.4% (n=41) en el rango elevado y el 13.1% (n=47) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 24,5 % de la muestra global (la suma del rango elevado y muy elevado) está en rango clínico.

En la subescala de psicopatología externalizante (*SDQ_EXT*) el 30.6% de los participantes (n=110) estuvieron en el rango normal, el 48.6% (n=175) en el rango límite, el 13.6% (n=49) en el rango elevado y el 7.2% (n=26) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 20,8 % de la muestra global (la suma del rango elevado y muy elevado) está en rango clínico en esta subescala. En la subescala de problemas emocionales (*SDQ_EMO*) el 62.8% de los participantes (n=226) estuvieron en el rango normal, el 10.6% (n=38) en el rango límite, el 7.8% (n=28) en el rango elevado y el 18.9% (n=68) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 26,7 % de la muestra global está en rango clínico en esta subescala. En la subescala de problemas de relacionamiento con pares (*SDQ_PARES*), el 65.8% de los participantes (n=237) estuvieron en el rango normal, el 15.3% (n=55) en el rango límite, el 5.6% (n=20) en el rango elevado y el 13.3% (n=48) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 18,8 % de la muestra global está en rango clínico en esta subescala. En la subescala de problemas de conducta (*SDQ_CONDUCTA*), el 71.4% de los participantes (n=257) estuvieron en el rango normal, el 14.2% (n=51) en el rango límite, el 7.5% (n=27) en el rango elevado y el 6.9% (n=25) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 14,4 % de la muestra global está en rango clínico en esta subescala. En la subescala de hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*) el 60.3% de los participantes (n=217) estuvieron en el rango normal, el 14.2% (n=51) en el rango límite, el 11.4% (n=41) en el rango elevado y el 14.2% (n=51) en el rango muy elevado. Este resultado implica que un 25,6 % de la muestra global están en rango clínico en esta subescala.

Tabla 14. Distribución en categorías de la escala *SDQ_TOTAL*.

<i>SDQ_TOTAL_CATEGORÍAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	223	61.9 %	61.9 %
Límite	51	14.2 %	76.1 %
Elevado	29	8.1 %	84.2 %
Muy elevado	57	15.8 %	100.0 %

Tabla 15. Distribución en categorías de las escalas *SDQ_INT* y *SDQ_EXT*.

<i>SDQ_INT_CATEGORÍAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	<i>SDQ_EXT_CATEGORÍAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	149	41.4 %	41.4 %	Normal	110	30.6 %	30.6 %
Límite	123	34.2 %	75.6 %	Límite	175	48.6 %	79.2 %
Elevado	41	11.4 %	86.9 %	Elevado	49	13.6 %	92.8 %
Muy elevado	47	13.1 %	100.0 %	Muy elevado	26	7.2 %	100.0 %

Tabla 16. Distribución en categorías de las escalas *SDQ_EMO*, *SDQ_PARES*, *SDQ_CONDUCT* y *SDQ_HIPERACT*.

<i>SDQ_EMO</i> - <i>SDQ_EMO_CATEGORIAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	<i>SDQ_PARES_CATEGORIAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	226	62.8 %	62.8 %	Normal	237	65.8 %	65.8 %
Límite	38	10.6 %	73.3 %	Límite	55	15.3 %	81.1 %
Elevado	28	7.8 %	81.1 %	Elevado	20	5.6 %	86.7 %
Muy elevado	68	18.9 %	100.0 %	Muy elevado	48	13.3 %	100.0 %

<i>SDQ_CONDUCT_CATEGORIAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	<i>SDQ_HIPERACT_CATEGORIAS</i>	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	257	71.4 %	71.4 %	Normal	217	60.3 %	60.3 %
Límite	51	14.2 %	85.6 %	Límite	51	14.2 %	74.4 %
Elevado	27	7.5 %	93.1 %	Elevado	41	11.4 %	85.8 %
Muy elevado	25	6.9 %	100.0 %	Muy elevado	51	14.2 %	100.0 %

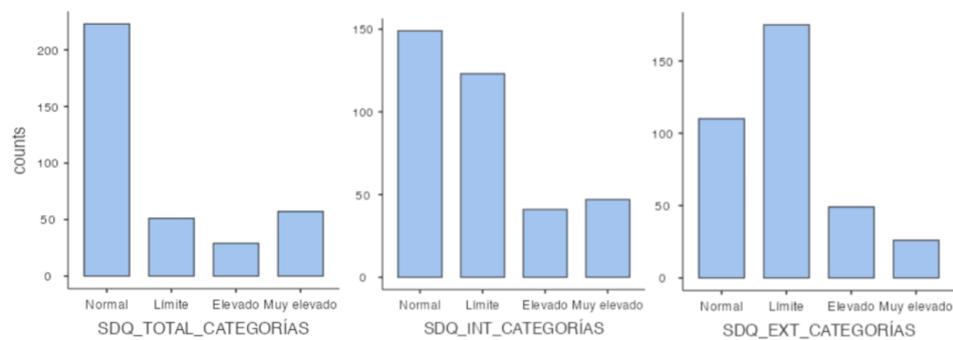


Figura 16. Frecuencias absolutas en categorías de severidad del score total (*SDQ_TOTAL*), subescala internalizante (*SDQ_INT*) y externalizante (*SDQ_EXT*).

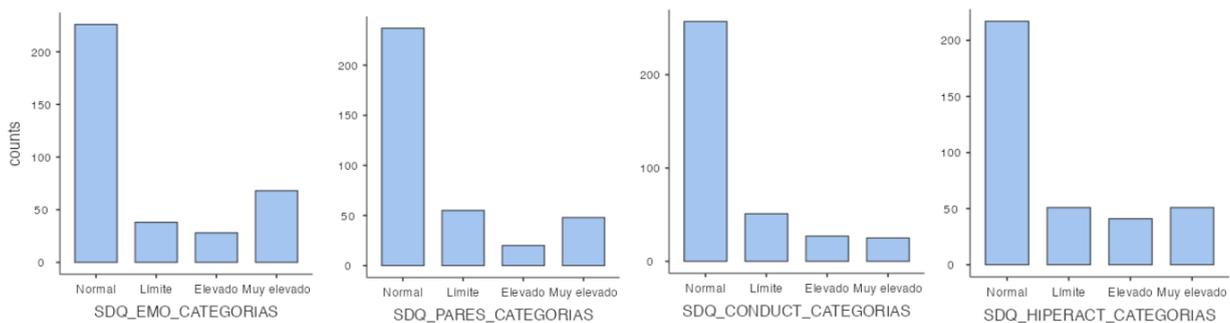


Figura 17. Frecuencias absolutas en categorías de severidad de las subescala de problemas emocionales (*SDQ_EMO*), problemas con pares (*SDQ_PARES*), problemas de conducta (*SDQ_CONDUCT*) e hiperactividad (*SDQ_HIPERACT*).

4.1.1.4. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ)

4.1.1.4.1. Estadísticos descriptivos generales

En esta escala, de los 409 de los 409 participantes en el estudio, se obtuvieron datos válidos de 371 individuos (90.71%), con 38 casos perdidos (9.29%). *En el análisis de la escala que refiere a la nivel de integración estructural total (OPD_TOTAL_T), se obtuvo una media de 49.8 (IC 95%: 48.6 - 50.9, DE: 11.2). Los datos mostraron una asimetría ligeramente positiva de 0.355 y una curtosis ligeramente negativa de -0.433. En la subescala que refiere al control emocional (OPD_CONTROL_T), se observó una media de 51.0 (IC 95%: 49.8 - 52.1, DE: 11.1) y una mediana de 50.0. Se encontró una asimetría moderada de 0.362 y una curtosis de -0.554, lo que apunta a una distribución sesgada hacia la derecha. El análisis de la subescala referida a la Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), mostró una media de 48.8 (IC 95%: 47.6 - 49.9, DE: 11.0), y una mediana de 47.0. La asimetría fue 0.467 y la curtosis -0.501. En la subescala referida a la interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) se observó una media de 49.2 (IC 95%: 48.1 - 50.3, DE: 10.7) y una mediana de 49.0. Se encontró una asimetría moderada (0.278) y una curtosis de -0.405. Finalmente, en la subescala referida al apego (OPD_APEGO_T), se obtuvo una media de 51.0 (IC 95%: 49.9 - 52.2, DE: 11.2) y una mediana de 50.0. Se detectó una asimetría moderada (0.477) y una curtosis de -0.117. La prueba de Shapiro-Wilk resultó significativa en todas las subescalas, indicando una desviación significativa de la normalidad en la distribución. Se muestran los resultados en la tabla 1 y los gráficos correspondientes.*

Tabla 17. *Estadísticos descriptivos de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).*

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	371	38	49.8	48.6	50.9	49.0	11.2	126	0.355	0.127	-0.433	0.253	0.980	<.001	41.0	49.0	57.0
OPD_CONTROL_T	371	38	51.0	49.8	52.1	50.0	11.1	122	0.362	0.127	-0.554	0.253	0.976	<.001	42.0	50.0	59.0
OPD_IDENTIDAD_T	371	38	48.8	47.6	49.9	47.0	11.0	122	0.467	0.127	-0.501	0.253	0.967	<.001	40.0	47.0	57.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	371	38	49.2	48.1	50.3	49.0	10.7	115	0.278	0.127	-0.405	0.253	0.985	<.001	41.0	49.0	57.0
OPD_APEGO_T	371	38	51.0	49.9	52.2	50.0	11.2	126	0.477	0.127	-0.117	0.253	0.979	<.001	43.0	50.0	58.5

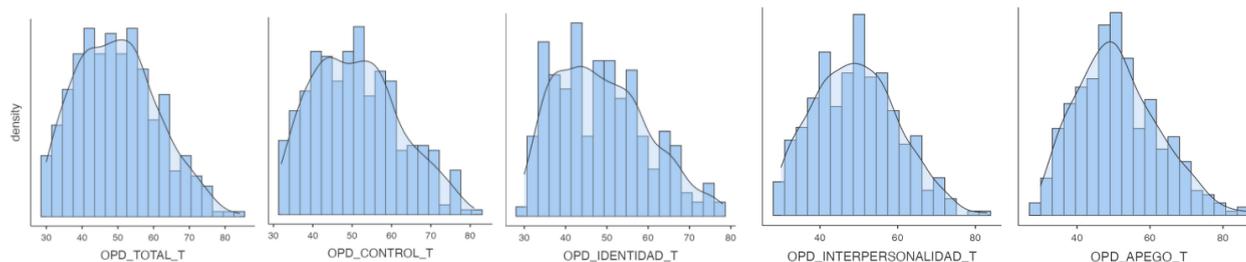


Figura 18. Histograma y densidad de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*) del *OPD-CA2-SQ*.

4.1.1.4.2. Estadísticos descriptivos según sexo.

Para el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (*OPD_TOTAL_T*), los hombres ($n=208$), obtuvieron una media de 46.8 (IC 95%: 45.4 - 48.3, DE: 10.5) y las mujeres ($n=163$), una media de 53.5 (IC 95%: 51.8 - 55.2, DE: 11.0). Los datos mostraron una asimetría de 0.5678 y 0.1282 respectivamente, y una curtosis de -0.0632 y -0.4679 respectivamente. En la subescala que refiere al control emocional (*OPD_CONTROL_T*), se observó una media de 47.8 (IC 95%: 46.4 - 49.1, DE: 10.0) para los hombres y 55.1 (IC 95%: 53.4 - 56.8, DE: 11.0) para las mujeres. Se encontró una asimetría de 0.6294 y 0.0220 respectivamente, y una curtosis de 0.0450 y -0.6710 respectivamente, lo que apunta a una distribución sesgada hacia la derecha para los hombres y hacia la izquierda para las mujeres. El análisis de la subescala referida a la Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), mostró una media de 46.0 (IC 95%: 44.6 - 47.3, DE: 10.1) para los hombres y 52.3 (IC 95%: 50.6 - 54.1, DE: 11.1) para las mujeres. La asimetría fue de 0.6555 y 0.2340 respectivamente, y la curtosis de -0.0522 y -0.7522 respectivamente. En la subescala referida a la Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*), se observó una media de 46.7 (IC 95%: 45.3 - 48.1, DE: 10.2) para los hombres y 52.5 (IC 95%: 50.8 - 54.1, DE: 10.5) para las mujeres. Se encontró una asimetría de 0.4083 y 0.1311 respectivamente, y una curtosis de -0.3623 y -0.2601 respectivamente. Finalmente, en la subescala referida al apego (*OPD_APEGO_T*), se obtuvo una media de 48.9 (IC 95%: 47.4 - 50.4, DE: 11.0) para los hombres y 53.8 (IC 95%: 52.1 - 55.5, DE: 10.9) para las mujeres. Se detectó una asimetría de 0.6604 y 0.3272 respectivamente, y una curtosis de 0.2437 y -0.2194 respectivamente. La prueba de Shapiro-Wilk resultó significativa en todas las subescalas para los hombres, y para las mujeres, sólo en las subescalas de identidad y control emocional.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos (según sexo) de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).

	Sexo:	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
					Inferior	Superior	Asimetría				EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th	
OPD_TOTAL_T	Hombre	208	26	46.8	45.4	48.3	46.0	10.5	111	0.5678	0.169	-0.0632	0.336	0.968	<.001	39.0	46.0	54.0	
	Mujer	163	12	53.5	51.8	55.2	54.0	11.0	121	0.1282	0.190	-0.4679	0.378	0.990	0.338	45.5	54.0	61.0	
OPD_CONTROL_T	Hombre	208	26	47.8	46.4	49.1	46.0	10.0	100	0.6294	0.169	0.0450	0.336	0.964	<.001	40.0	46.0	55.0	
	Mujer	163	12	55.1	53.4	56.8	55.0	11.0	121	0.0220	0.190	-0.6710	0.378	0.985	0.075	47.5	55.0	63.0	
OPD_IDENTIDAD_T	Hombre	208	26	46.0	44.6	47.3	44.5	10.1	103	0.6555	0.169	-0.0522	0.336	0.955	<.001	38.0	44.5	53.0	
	Mujer	163	12	52.3	50.6	54.1	52.0	11.1	124	0.2340	0.190	-0.7522	0.378	0.976	0.006	43.0	52.0	61.0	
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Hombre	208	26	46.7	45.3	48.1	46.0	10.2	104	0.4083	0.169	-0.3623	0.336	0.974	<.001	39.0	46.0	54.0	
	Mujer	163	12	52.5	50.8	54.1	52.0	10.5	111	0.1311	0.190	-0.2601	0.378	0.991	0.411	46.0	52.0	59.0	
OPD_APEGO_T	Hombre	208	26	48.9	47.4	50.4	47.0	11.0	120	0.6604	0.169	0.2437	0.336	0.967	<.001	41.0	47.0	55.0	
	Mujer	163	12	53.8	52.1	55.5	53.0	10.9	119	0.3272	0.190	-0.2194	0.378	0.987	0.131	46.0	53.0	61.0	

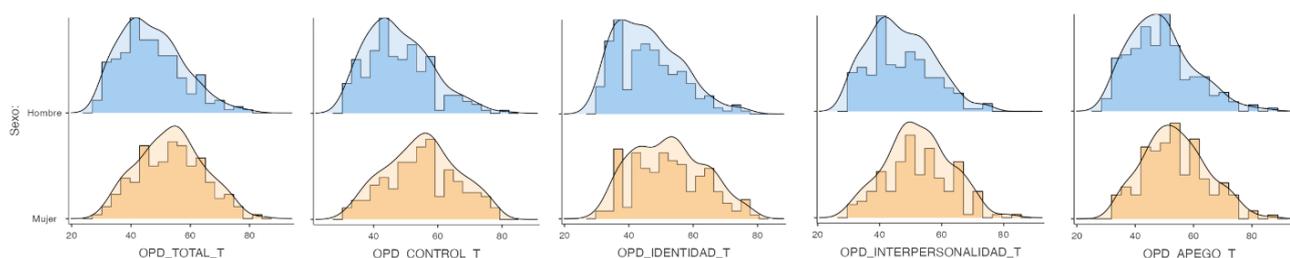


Figura 19. Histograma y densidad (según sexo) de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).

4.1.1.4.3. Estadísticos descriptivos según edad

Para el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (OPD_TOTAL_T), los menores de 15 años (n=213) tuvieron una media de 48.6 (IC 95%: 47.0 - 50.2, DE: 11.6), con una mediana de 48.0, una asimetría de 0.5127 y una curtosis de -0.2527. En los mayores de 15 años (n=158), se observó una media de 51.3 (IC 95%: 49.7 - 53.0, DE: 10.6), con una mediana de 51.5, una asimetría de 0.1859 y una curtosis de 0.332. En la subescala que refiere al control emocional (OPD_CONTROL_T), se encontró una media de 50.0 (IC 95%: 48.5 - 51.6, DE: 11.3) para los menores de 15 años y una media de 52.3 (IC 95%: 50.6 - 53.9, DE: 10.6) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.4835 y 0.2309 respectivamente y curtosis de -0.4356 y -0.6202 respectivamente. El análisis de la subescala referida a la Identidad (OPD_IDENTIDAD_T) se encontró una media de 47.9 (IC 95%: 46.4 - 49.5, DE: 11.5) para los menores de 15 años y una media de 49.9 (IC 95%: 48.2 - 51.5, DE: 10.4) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.5800 y 0.3481 respectivamente y curtosis de -0.4053 y -0.5618 respectivamente.

En la subescala referida a la Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T). se observó una media de 48.0 (IC 95%: 46.6 - 49.5, DE: 11.0) para los menores de 15 años y una media de 50.8 (IC 95%: 49.2 - 52.4, DE: 10.1) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.4830 y 0.0284 respectivamente y curtosis de -0.1684 y -0.5326 respectivamente. Finalmente, en la subescala referida al apego (OPD_APEGO_T), se encontró una media de 49.7 (IC 95%: 48.1 - 51.2, DE: 11.3) para los menores de 15 años y una media de 52.8 (IC 95%: 51.1 - 54.6, DE: 10.9) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.5573 y 0.4330 respectivamente y curtosis de 0.0135 y -0.1719 respectivamente. El análisis de la normalidad de los datos utilizando la prueba de Shapiro-Wilk reveló variabilidad en la conformidad de las diferentes escalas y grupos de edad con una distribución normal. Las escalas OPD_TOTAL_T, OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T y OPD_APEGO_T en el grupo de menores de 15 años, junto con las escalas OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T y OPD_APEGO_T en el grupo de mayores de 15 años, mostraron distribuciones significativamente diferentes de la normal ($p < 0.05$). En cambio, las escalas OPD_TOTAL_T y OPD_INTERPERSONALIDAD_T para el grupo de mayores de 15 años no mostraron una desviación significativa de la normalidad.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos (según categoría de edad) de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).

	Edad_Categorías	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Media	Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	Menores de 15	213	16	48.6	47.0	50.2	48.0	11.6	135	0.5127	0.167	-0.2527	0.332	0.970	<.001	40.0	48.0	56.0
	Mayores de 15	158	22	51.3	49.7	53.0	51.5	10.6	112	0.1859	0.193	-0.5575	0.384	0.986	0.113	43.0	51.5	58.0
OPD_CONTROL_T	Menores de 15	213	16	50.0	48.5	51.6	48.0	11.3	128	0.4835	0.167	-0.4356	0.332	0.966	<.001	41.0	48.0	58.0
	Mayores de 15	158	22	52.3	50.6	53.9	52.0	10.6	112	0.2309	0.193	-0.6202	0.384	0.981	0.028	44.0	52.0	59.0
OPD_IDENTIDAD_T	Menores de 15	213	16	47.9	46.4	49.5	47.0	11.5	131	0.5800	0.167	-0.4053	0.332	0.954	<.001	38.0	47.0	56.0
	Mayores de 15	158	22	49.9	48.2	51.5	49.0	10.4	108	0.3481	0.193	-0.5618	0.384	0.974	0.004	42.0	49.0	57.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Menores de 15	213	16	48.0	46.6	49.5	47.0	11.0	121	0.4830	0.167	-0.1684	0.332	0.974	<.001	40.0	47.0	55.0
	Mayores de 15	158	22	50.8	49.2	52.4	51.0	10.1	102	0.0284	0.193	-0.5326	0.384	0.989	0.285	43.0	51.0	58.0
OPD_APEGO_T	Menores de 15	213	16	49.7	48.1	51.2	49.0	11.3	127	0.5573	0.167	0.0135	0.332	0.972	<.001	41.0	49.0	56.0
	Mayores de 15	158	22	52.8	51.1	54.6	51.0	10.9	118	0.4330	0.193	-0.1719	0.384	0.982	0.040	45.0	51.0	60.0

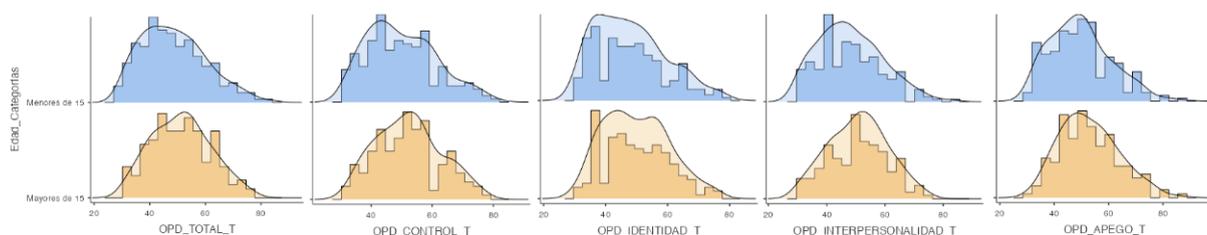


Figura 20. Histograma y densidad (según categoría de edad) de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).

4.1.1.4.4. Estadísticos descriptivos según experiencia previa con psicólogo (escala total y subescalas).

Para el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (*OPD_TOTAL_T*), aquellos con experiencia previa con el psicólogo (n=144), obtuvieron una media de 52.6 (IC 95%: 50.7 - 54.5, DE: 11.5) y aquellos sin experiencia previa (n=227), obtuvieron una media de 48 (IC 95%: 46.6 - 49.5, DE: 10.8). Los datos mostraron una asimetría de 0.181 y 0.456 respectivamente, y una curtosis de -0.411 y -0.363 respectivamente. En la subescala que refiere al control emocional (*OPD_CONTROL_T*), aquellos con experiencia previa con el psicólogo tuvieron una media de de 53.2 (IC 95%: 51.3 - 55.0, DE: 11.3) y los que no tenían experiencia previa tuvieron una media de 49.6 (IC 95%: 48.2 - 51.0, DE: 10.7). En el primer grupo se encontró una asimetría de 0.236 y en el segundo de 0.437 y se halló una curtosis de -0.548 y -0.522 respectivamente, lo que apunta a una distribución sesgada hacia la derecha para el grupo con experiencia previa y hacia la izquierda para el grupo sin experiencia. El análisis de la subescala referida a la Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), aquellos con experiencia previa con el psicólogo mostraron una media de 51.7 (IC 95%: 49.8 - 53.5, DE: 11.1) y los que no tenían experiencia previa, mostraron una media de 46.9 (IC 95%: 45.5 - 48.3, DE: 10.6). La asimetría fue de 0.201 y 0.661 respectivamente, y la curtosis de -0.694 y -0.132 respectivamente. En la subescala referida a la Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*), aquellos con experiencia previa con el psicólogo tuvieron una media de 51.5 (IC 95%: 49.7 - 53.3, DE: 11.1) y los que no tenían experiencia previa mostraron una media de 47.8 (IC 95%: 46.4 - 49.1, DE: 10.2). Se encontró una asimetría de 0.220 y 0.274 respectivamente, y una curtosis de -0.319 y -0.540 respectivamente. Finalmente, en la subescala referida al apego (*OPD_APEGO_T*), se quienes tenían experiencia previa mostraron una media de 54.2 (IC 95%: 52.2 - 56.1, DE: 12.0) y los que no tenían experiencia previa, una media de 49.0 (IC 95%: 47.7 - 50.4, DE: 10.2). Se detectó una asimetría de 0.370 y 0.425 respectivamente, y una curtosis de -0.311 y -0.215 respectivamente.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos (Según experiencia previa con psicólogo) de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

	¿Estás o estuviste en terapia psicológica?	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
					Inferior	Superior	Mediana		Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	No	227	21	48.0	46.6	49.4	46.0	10.8	0.456	0.162	-0.363	0.322	0.972	< .001	40.0	46.0	55.0
	Si	144	17	52.6	50.7	54.5	52.0	11.5	0.181	0.202	-0.411	0.401	0.988	0.253	45.0	52.0	62.0
OPD_CONTROL_T	No	227	21	49.6	48.2	51.0	48.0	10.7	0.437	0.162	-0.522	0.322	0.969	< .001	41.0	48.0	57.0
	Si	144	17	53.2	51.3	55.0	52.0	11.3	0.236	0.202	-0.548	0.401	0.983	0.067	44.8	52.0	59.0
OPD_IDENTIDAD_T	No	227	21	46.9	45.5	48.3	45.0	10.6	0.661	0.162	-0.132	0.322	0.954	< .001	38.0	45.0	54.0
	Si	144	17	51.7	49.8	53.5	51.0	11.1	0.201	0.202	-0.694	0.401	0.976	0.014	43.0	51.0	58.5
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	No	227	21	47.8	46.4	49.1	47.0	10.2	0.274	0.162	-0.540	0.322	0.980	0.003	41.0	47.0	55.0
	Si	144	17	51.5	49.7	53.3	51.0	11.1	0.220	0.202	-0.319	0.401	0.988	0.281	43.0	51.0	58.3
OPD_APEGO_T	No	227	21	49.0	47.7	50.4	49.0	10.2	0.425	0.162	-0.215	0.322	0.980	0.003	42.0	49.0	55.0
	Si	144	17	54.2	52.2	56.1	53.0	12.0	0.370	0.202	-0.311	0.401	0.982	0.059	45.0	53.0	63.0

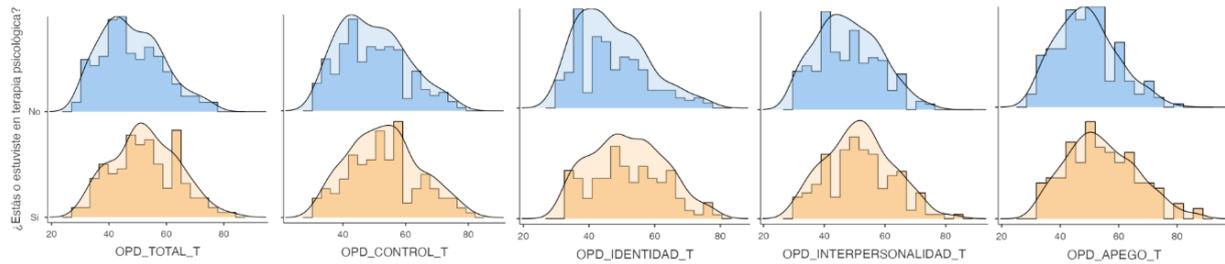


Figura 21. Histograma y densidad (según experiencia previa con psicólogo) de la escala total (OPD_TOTAL_T) y las subescalas de control emocional (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) y Apego (OPD_APEGO_T).

4.1.1.4.5. Análisis de fiabilidad de la escala

Al evaluar la fiabilidad de la escala, encontramos un Alfa de Cronbach y un Omega de McDonald de 0.97, indicativos de una alta consistencia interna. Las correlaciones entre los ítems varían entre 0.29 y 0.71, mostrando generalmente fuertes relaciones. Se observó una correlación negativa en el ítem 28, pero su eliminación sólo incrementa la fiabilidad en un centesimal.

Tabla 19. Análisis de Fiabilidad del OPD-CA2-SQ.

	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.970	0.970

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
		Alfa de Cronbach	ω de McDonald
OPD_1	0.5049	0.970	0.970
OPD_2	0.2918	0.970	0.970
OPD_3	0.5587	0.969	0.970
OPD_4	0.5838	0.969	0.970
OPD_5	0.6900	0.969	0.970
OPD_6	0.5417	0.969	0.970
OPD_7	0.6242	0.969	0.970
OPD_8	0.3745	0.970	0.970
OPD_9	0.4773	0.970	0.970
OPD_10	0.4620	0.970	0.970
OPD_11	0.3136	0.970	0.970
OPD_12	0.6219	0.969	0.970
OPD_13	0.4456	0.970	0.970
OPD_14	0.3486	0.970	0.970
OPD_15	0.4884	0.970	0.970
OPD_16	0.4968	0.970	0.970
OPD_17	0.6480	0.969	0.970
OPD_18	0.5749	0.969	0.970
OPD_19	0.7192	0.969	0.970
OPD_20	0.4284	0.970	0.970
OPD_21	0.5227	0.970	0.970
OPD_22	0.5403	0.969	0.970
OPD_23	0.5472	0.969	0.970
OPD_24	0.4959	0.970	0.970
OPD_25	0.5887	0.969	0.970
OPD_26	0.5227	0.970	0.970
OPD_27	0.4344	0.970	0.970
OPD_28	-0.0882	0.971	0.971
OPD_29	0.2934	0.970	0.970
OPD_30	0.5413	0.969	0.970
OPD_31	0.7609	0.969	0.969
OPD_32	0.5900	0.969	0.970
OPD_33	0.6129	0.969	0.970
OPD_34	0.6370	0.969	0.970
OPD_35	0.5818	0.969	0.970
OPD_36	0.6018	0.969	0.970
OPD_37	0.6838	0.969	0.970
OPD_38	0.4519	0.970	0.970
OPD_39	0.5719	0.969	0.970
OPD_40	0.5779	0.969	0.970

Estadísticas de Fiabilidad de Elemento

	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
		Alfa de Cronbach	ω de McDonald
OPD_41	0.4872	0.970	0.970
OPD_42	0.5458	0.969	0.970
OPD_43	0.6532	0.969	0.970
OPD_44	0.5824	0.969	0.970
OPD_45	0.6261	0.969	0.970
OPD_46	0.4660	0.970	0.970
OPD_47	0.5839	0.969	0.970
OPD_48	0.7021	0.969	0.970
OPD_49	0.5742	0.969	0.970
OPD_50	0.6457	0.969	0.970
OPD_51	0.4992	0.970	0.970
OPD_52	0.5475	0.969	0.970
OPD_53	0.3318	0.970	0.970
OPD_54	0.5570	0.969	0.970
OPD_55	0.4222	0.970	0.970
OPD_56	0.6243	0.969	0.970
OPD_57	0.6457	0.969	0.970
OPD_58	0.5352	0.970	0.970
OPD_59	0.5069	0.970	0.970
OPD_60	0.6367	0.969	0.970
OPD_61	0.3626	0.970	0.970
OPD_62	0.7179	0.969	0.970
OPD_63	0.3159	0.970	0.970
OPD_64	0.3585	0.970	0.970
OPD_65	0.5049	0.970	0.970
OPD_66	0.3328	0.970	0.970
OPD_67	0.6309	0.969	0.970
OPD_68	0.6763	0.969	0.970
OPD_69	0.3737	0.970	0.970
OPD_70	0.5006	0.970	0.970
OPD_71	0.3920	0.970	0.970
OPD_72	0.5867	0.969	0.970
OPD_73	0.3594	0.970	0.970
OPD_74	0.6456	0.969	0.970
OPD_75	0.6761	0.969	0.970
OPD_76	0.5471	0.969	0.970
OPD_77	0.6373	0.969	0.970
OPD_78	0.6547	0.969	0.970
OPD_79	0.2414	0.970	0.970
OPD_80	0.6023	0.969	0.970
OPD_81	0.4317	0.970	0.970

4.1.1.4.6. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

Se realizó una transformación dicotómica de las variables fuente del cuestionario. En este contexto, la palabra "categorías" indica que se ha establecido un punto de corte ($T > 60$) para diferenciar entre aquellos individuos que presentan una integración normal de su estructura psíquica y aquellos que presentan una integración alterada. *En este sentido, al analizar el valor total de la integración de la estructura psíquica (OPD_TOTAL_T), en comparación con este promedio normativo, se encontró que de un total de 371 participantes, 69 (18.6%) presentaban una integración alterada, mientras que 302 (81.4%) mostraban una integración normal.* En la dimensión que representa el control emocional (OPD_CONTROL_T), se observó el mismo patrón: 69 participantes (18.6%) con integración alterada y 302 (81.4%) con integración normal. En la dimensión correspondiente a la identidad (OPD_IDENTIDAD_T), se encontró que 61 participantes (16.4%) tenían una integración alterada, mientras que 310 (83.6%) mostraban una integración normal. *En la dimensión que refiere al funcionamiento interpersonal (OPD_INTERPERSONALIDAD_T), se observó que 57 individuos (15.4%) mostraban una integración alterada y 314 (84.6%) mostraban una integración normal.* Finalmente, en la dimensión que refiere al apego (OPD_APEGO_T), se encontró que 73 individuos (19.7%) mostraban una integración alterada, mientras que 298 (80.3%) mostraban una integración normal.

Tabla 20. Distribución en categorías de severidad de la escalas global de integración de la estructura psíquica (OPD_TOTAL-T), la subdimensión control (OPD_CONTROL_T), Identidad (OPD_IDENTIDAD_T), Interpersonalida (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) Apego (OPD_APEGO_T)

OPD_TOTAL_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	69	18.6 %	18.6 %
Integración normal	302	81.4 %	100.0 %

OPD_CONTROL_T_CATEGORIAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	69	18.6 %	18.6 %
Integración normal	302	81.4 %	100.0 %

OPD_IDENTIDAD_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	61	16.4 %	16.4 %
Integración normal	310	83.6 %	100.0 %

OPD_INTERPERSONALIDAD_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	57	15.4 %	15.4 %
Integración normal	314	84.6 %	100.0 %

OPD_APEGO_T_CATEGORÍAS	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Integración alterada	73	19.7 %	19.7 %
Integración normal	298	80.3 %	100.0 %

4.1.2. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios.

Se aborda la significancia de las diferencias obtenidas en los cuestionarios según las diferentes variables de corte. Según los resultados obtenidos de la prueba de Shapiro-Wilk, se observó que la mayoría de las variables no cumplen con el supuesto de normalidad ($p < 0.05$). Esta prueba es uno de los métodos más fiables para determinar si una muestra sigue una distribución normal, y sus resultados proporcionan una fuerte justificación para el uso de pruebas no paramétricas. Por lo tanto, los análisis implementados incluyeron la Prueba T para Muestras Independientes y la Prueba U de Mann-Whitney. Además, en el análisis de significancia estadística, se decidió estudiar también el tamaño del efecto de las mismas, a través de la correlación biseriada de rangos.

Tabla 18. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de las diferentes variables en estudio.

	W	p
GHQ_DIC_TOTAL	0.913	< .001
SDQ_TOTAL	0.991	0.030
SDQ_INT	0.967	< .001
SDQ_EXT	0.992	0.053
SDQ_EMO	0.966	< .001
SDQ_PARES	0.885	< .001
SDQ_HIPERACT	0.985	< .001
SDQ_CONDUCT	0.949	< .001
OPD_TOTAL_T	0.986	0.001
OPD_CONTROL_T	0.988	0.004
OPD_IDENTIDAD_T	0.975	< .001
OPD_APEGO_T	0.979	< .001
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.989	0.006

Nota. Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

4.1.2.1. Significancia estadística de las diferencias según sexo.

Se encontraron diferencias significativas entre sexos, con valores mayores de compromiso en las mujeres, en el Cuestionario General de Salud ($p < .001$), el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades ($p < .001$) y el autoreporte de Estructura ($p < .001$). En las subdimensiones del cuestionario de fortalezas y dificultades se comprueba la misma esta diferencia significativa con valores de mayor compromiso en mujeres, en las subdimensión de psicopatología internalizante ($p < .001$), subdimensión de problemas emocionales ($p < .001$) y la subdimensión de hiperactividad ($p = 0.002$). En contraste, las subdimensiones de psicopatología externalizante ($p = 0.101$), problemas de relacionamiento con pares ($p = 0.411$) y problemas de conducta ($p = 0.921$) no mostraron diferencias significativas entre grupos.

En las subdimensiones del cuestionario de autoreporte de estructura, se comprueba la misma diferencia significativa, con valores de mayor compromiso en mujeres en todas las subdimensiones de la escala. En todos estos casos, el valor p fue inferior a .001, indicando una fuerte significancia estadística en las diferencias entre grupos. *Al analizar los tamaños del efecto de las diferencias significativas encontradas*, se observó un tamaño del efecto medio en el Cuestionario General de Salud (0.2579), Psicopatología Internalizante (0.2987), Problemas Emocionales (0.3851), Nivel Total de Integración Estructural (0.3475), Identidad (0.3835), Apego (0.3286), Interpersonalidad (0.3110) y Control (0.3835). Por otro lado, el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades Totales (0.2227) y la subdimensión de Hiperactividad (0.1751) presentaron un tamaño del efecto bajo.

Tabla 19. *Análisis de significancia estadística de las diferencias en las escalas según sexo.*

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	13922	<.001	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.2579
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	12437	<.001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.2227
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	11222	<.001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.2987
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	14752	0.101	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.0780
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	9839	<.001	-2.000	Correlación biseriada de rangos	0.3851
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	15783	0.411	-3.58e-5	Correlación biseriada de rangos	0.0136
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	13199	0.002	-1.000	Correlación biseriada de rangos	0.1751
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	14636	0.921	3.47e-5	Correlación biseriada de rangos	0.0853
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	11062	<.001	-7.000	Correlación biseriada de rangos	0.3475
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	10451	<.001	-8.000	Correlación biseriada de rangos	0.3835
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	11382	<.001	-7.000	Correlación biseriada de rangos	0.3286
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	12429	<.001	-5.000	Correlación biseriada de rangos	0.2668
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	11680	<.001	-6.000	Correlación biseriada de rangos	0.3110

Nota. H, P Hombre < P Mujer

4.1.2.2. Significancia estadística de las diferencias según edad

Se encontraron diferencias significativas entre grupos etarios, con valores más altos de compromiso en los mayores de 15 años, en el Cuestionario General de Salud (p=0.002), el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (p=0.021) y el autoreporte de Estructura (p=0.005). *Al analizar las subdimensiones del cuestionario de Fortalezas y Dificultades*, se verificó esta diferencia significativa con valores más altos de compromiso en los mayores de 15 años, en las subdimensiones de Psicopatología Internalizante (p=0.012) y Problemas Emocionales (p=0.003) y la subdimensión de Hiperactividad (p=0.200).

En las subdimensiones del cuestionario de autoreporte de estructura, se confirmó la misma diferencia significativa, con valores más altos de compromiso en los mayores de 15 años en todas las subdimensiones de la escala: Control ($p=0.019$), Identidad ($p=0.019$), Interpersonalidad ($p=0.003$) y Apego ($p=0.003$). Al analizar los tamaños del efecto de las diferencias significativas encontradas, todos los valores estuvieron en el rango bajo, menores a 0.2 (0.0391-0.1709), poniendo de manifiesto que quizás las diferencias significativas encontradas a nivel estadístico, no sean tan relevantes del punto de vista clínico.

Tabla 20. Análisis de significancia estadística de las diferencias en las escalas según edad.

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	15532	0.002	Correlación biseriada de rangos	0.1709
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	13905	0.021	Correlación biseriada de rangos	0.1248
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	13677	0.012	Correlación biseriada de rangos	0.1392
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	14793	0.131	Correlación biseriada de rangos	0.0689
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	15267	0.259	Correlación biseriada de rangos	0.0391
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	13189	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1699
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	15070	0.200	Correlación biseriada de rangos	0.0515
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	14920	0.158	Correlación biseriada de rangos	0.0609
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	14210	0.005	Correlación biseriada de rangos	0.1556
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	14712	0.019	Correlación biseriada de rangos	0.1257
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	14704	0.019	Correlación biseriada de rangos	0.1262
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	14007	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1676
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	13981	0.003	Correlación biseriada de rangos	0.1691

Nota. H, μ Menores de 15 < μ Mayores de 15

4.1.2.3. Significancia estadística de las diferencias según experiencia previa con psicólogo.

Aquellos con experiencia previa con psicólogo, presentaron valores más altos de compromiso en el Cuestionario General de Salud ($p=0.005$), el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades ($p < .001$) y el autoreporte de Estructura ($p < .001$). Al analizar las subdimensiones del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, esta diferencia significativa se mantuvo con valores más altos de compromiso en aquellos con experiencia previa con psicólogo, en la subdimensión de psicopatología Internalizante ($p < .001$), la subdimensión de problemas emocionales ($p < .001$) y la subdimensión de problemas de relacionamiento con pares ($p < .001$).

En contraste, las subdimensiones de Psicopatología Externalizante ($p=0.070$), Hiperactividad ($p=0.370$) y Problemas de Conducta ($p=0.007$) no mostraron diferencias significativas entre grupos. En las subdimensiones del Cuestionario de Autoreporte de Estructura, se confirmó la misma diferencia significativa, con valores más altos de compromiso en aquellos con experiencia previa en todas las subdimensiones de la escala, con Identidad ($p < .001$), Control ($P=0.001$), Interpersonalidad ($p < .001$) y Apego ($p < .001$). Al analizar los tamaños del efecto de las diferencias significativas encontradas, se observó un tamaño del efecto bajo en el Cuestionario General de Salud (0.1524) y en la dimensión Interpersonalidad del Autoreporte de Estructura (0.1941). Se encontraron tamaños del efecto medios el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades Totales (0.2807), en las dimensiones de psicopatología Internalizante (0.3194), Problemas Emocionales (0.2308), Nivel Total de Integración Estructural (0.2354), Identidad (0.2529) y Apego (0.2469)

Tabla 21. *Análisis de significancia estadística de las diferencias en las escalas según experiencia previa con psicólogo.*

Prueba T para Muestras Independientes					
		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
GHQ_DIC_TOTAL	U de Mann-Whitney	15502	0.005	Correlación biseriada de rangos	0.1524
SDQ_TOTAL	U de Mann-Whitney	10957	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2807
SDQ_INT	U de Mann-Whitney	10368	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.3194
SDQ_EXT	U de Mann-Whitney	13823	0.070	Correlación biseriada de rangos	0.0925
SDQ_PARES	U de Mann-Whitney	10233	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.3282
SDQ_EMO	U de Mann-Whitney	11716	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2308
SDQ_HIPERACT	U de Mann-Whitney	14918	0.370	Correlación biseriada de rangos	0.0206
SDQ_CONDUCT	U de Mann-Whitney	12915	0.007	Correlación biseriada de rangos	0.1521
OPD_TOTAL_T	U de Mann-Whitney	12497	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2354
OPD_CONTROL_T	U de Mann-Whitney	13293	0.001	Correlación biseriada de rangos	0.1867
OPD_IDENTIDAD_T	U de Mann-Whitney	12210	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2529
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	U de Mann-Whitney	13172	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.1941
OPD_APEGO_T	U de Mann-Whitney	12309	< .001	Correlación biseriada de rangos	0.2469

Nota: $H_1: \mu_{N0} < \mu_{S1}$

4.1.3. Estudios Correlacionales

4.1.3.1. Matriz de Correlaciones

Llevamos a cabo el estudio correlacional de la muestra general con el objetivo de entender y evaluar las relaciones entre las variables psicométricas derivadas del GHQ-12, el SDQ y el OPD-CA2.-SQ. El análisis estadístico correlacional describe la fuerza y la dirección de una relación entre dos variables.

Para ello, se utiliza un coeficiente de correlación, que varía entre -1 y +1. Una correlación positiva indica que las dos variables aumentan o disminuyen juntas, mientras que una correlación negativa, indica que una variable disminuye cuando la otra aumenta y viceversa. Un valor de 0 indica que no hay relación entre las variables. Para el estudio de la muestra, utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman, que es una medida de correlación no paramétrica. Elegimos este método ya que es más robusto contra las desviaciones de la normalidad descritas en nuestras escalas. Las correlaciones se calcularon para todas las posibles parejas de variables. El resultado es una matriz de correlaciones que proporciona un resumen compacto y de fácil lectura de todas las correlaciones observadas.

Tabla 22. Matriz de correlaciones (Spearman), entre los scores globales de las escalas y sus subdimensiones en la muestra general.

Matriz de Correlaciones		GHQ_DIC_TOTAL	SDQ_TOTAL	SDQ_INT	SDQ_EXT	SDQ_EMO	SDQ_PARES	SDQ_HIPERACT	SDQ_CONDUCT	OPD_TOTAL_T	OPD_CONTROL_T	OPD_IDENTIDAD_T	OPD_INTERPERSONALIDAD_T	OPD_APEGO_T
GHQ_DIC_TOTAL	Rho de Spearman	—												
	gl	—												
	valor p	—												
SDQ_TOTAL	Rho de Spearman	0.569***	—											
	gl	354	—											
	valor p	< .001	—											
SDQ_INT	Rho de Spearman	0.584***	0.811***	—										
	gl	354	358	—										
	valor p	< .001	< .001	—										
SDQ_EXT	Rho de Spearman	0.300***	0.760***	0.270***	—									
	gl	354	358	358	—									
	valor p	< .001	< .001	< .001	—									
SDQ_EMO	Rho de Spearman	0.592***	0.760***	0.896***	0.296***	—								
	gl	354	358	358	358	—								
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	—								
SDQ_PARES	Rho de Spearman	0.340***	0.532***	0.728***	0.093*	0.369***	—							
	gl	354	358	358	358	358	—							
	valor p	< .001	< .001	< .001	0.039	< .001	—							
SDQ_HIPERACT	Rho de Spearman	0.294***	0.659***	0.232***	0.861***	0.279***	0.044	—						
	gl	354	358	358	358	358	358	—						
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.203	—						
SDQ_CONDUCT	Rho de Spearman	0.195***	0.599***	0.214***	0.788***	0.199***	0.123**	0.393***	—					
	gl	354	358	358	358	358	358	358	—					
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	0.010	< .001	—					
OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.675***	0.736***	0.772***	0.388***	0.756***	0.472***	0.313***	0.328***	—				
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	—				
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
OPD_CONTROL_T	Rho de Spearman	0.645***	0.712***	0.698***	0.425***	0.735***	0.350***	0.339***	0.367***	0.918***	—			
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	—			
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
OPD_IDENTIDAD_T	Rho de Spearman	0.634***	0.695***	0.745***	0.350***	0.705***	0.498***	0.270***	0.308***	0.956***	0.831***	—		
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369	—		
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Rho de Spearman	0.625***	0.681***	0.723***	0.358***	0.703***	0.448***	0.290***	0.297***	0.960***	0.849***	0.897***	—	
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369	369	—	
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—
OPD_APEGO_T	Rho de Spearman	0.639***	0.684***	0.718***	0.360***	0.697***	0.448***	0.311***	0.290***	0.902***	0.785***	0.822***	0.829***	—
	gl	364	358	358	358	358	358	358	358	369	369	369	369	—
	valor p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota. H₀ es correlación positiva
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, una cola

Como puede observarse, todos los valores de correlación reportados tiene una dirección positiva y estadísticamente significativa ($p < .05$), lo que indica que las relaciones observadas no son aleatorias y podrían tener relevancia clínica.

Considerando los puntajes globales de las escalas, el puntaje total del GHQ-12 muestra una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$), con los puntajes totales del SDQ y del OPD-CA2, con coeficientes de Spearman de 0.569 y 0.675, respectivamente. A su vez, los puntajes globales del SDQ y el OPD-CA-2 también están positiva y significativamente correlacionados ($p < 0.001$), con un coeficiente de Spearman de 0.736.

El GHQ-12, está además positiva y significativamente correlacionado con las subescalas de dificultad de relacionamiento con pares ($p < 0.001$), de dificultades emocionales ($p < 0.001$), hiperactividad ($p < 0.001$) y problemas conductuales ($p < 0.001$) del SDQ, con coeficientes de Spearman de 0.340, 0.592, 0.294, y 0.195, respectivamente. También con las subescalas de control emocional ($p < 0.001$), identidad ($p < 0.001$), interpersonalidad ($p < 0.001$) y apego ($p < 0.001$), con coeficientes de spearman de 0.645, 0.645, 0.634.

En referencia al SDQ y sus subdimensiones las correlaciones con el GHQ ya fueron abordadas. *Al analizar la correlación de la subdimensión de psicopatología internalizante (SDQ_INT), con las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T y OPD_APEGO_T), encontramos que en todas hay una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$), con coeficientes de spearman de 0.698, 0,745, 0.723, 0.718 respectivamente. Al analizar la correlación de la subdimensión de psicopatología externalizante (SDQ_EXT), con las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T y OPD_APEGO_T), encontramos que en todas hay una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$), con coeficientes de spearman de 0.425, 0,350, 0.358, 0.360 respectivamente. Al analizar la correlación de la subdimensión de dificultades emocionales (SDQ_EMO), con las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T y OPD_APEGO_T), encontramos una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$), con coeficientes de Spearman de 0.735, 0.705, 0.703 y 0.697, respectivamente. Al analizar la correlación de la subdimensión de problemas de relacionamiento con pares (SDQ_PARES) con las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T y OPD_APEGO_T), encontramos que en todas estas se evidencia una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$), con coeficientes de spearman de 0.350, 0,498, 0.448, 0.448 respectivamente. Al analizar la subdimensión de Hiperactividad (SDQ_HIPERACT), todas las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T y OPD_APEGO_T) muestran una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$). Los coeficientes de Spearman son 0.339, 0.270, 0.290 y 0.311, respectivamente. Al analizar la subdimensión de problemas de conducta (SDQ_CONDUCT), todas las subdimensiones del OPD-CA2-SQ (OPD_CONTROL_T, OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T,*

T y OPD_APEGO_T) muestran una correlación positiva y significativa fuerte ($p < 0.001$). Los coeficientes de Spearman son 0.367, 0.308, 0.297 y 0.290, respectivamente.

El análisis correlacional del OPD-CA2-SQ con las otras escalas ya fue realizado. Las subescalas del OPD-CA2-SQ también están correlacionadas positivamente entre sí, y todas muestran correlaciones positivas fuertes.

Se realizó además una matriz de correlaciones con el estadístico Tau de Kendall, para comprobar la robustez de los datos obtenidos debido a sus altos niveles de correlación, sabiendo que este estadístico es más preciso cuando existen muchos valores idénticos en el mismo rango, analizando el número de pares concordantes y discordantes. Los resultados fueron muy similares a los obtenidos con el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 23. Matriz de correlaciones (Kendall), entre los scores globales de las escalas y sus subdimensiones en la muestra general.

Matriz de Correlaciones		GHQ_DIC_TOTAL	SDQ_TOTAL	SDQ_INT	SDQ_EXT	SDQ_EMO	SDQ_PARES	SDQ_HIPERACT	SDQ_CONDUCT	OPD_TOTAL_T	OPD_CONTROL_T	OPD_IDENTIDAD_T	OPD_INTERPERSONALIDAD_T	OPD_APEGO_T
GHQ_DIC_TOTAL	Kendall's Tau B valor p	— —												
SDQ_TOTAL	Kendall's Tau B valor p	0.439*** <.001	— —											
SDQ_INT	Kendall's Tau B valor p	0.457*** <.001	0.649*** <.001	— —										
SDQ_EXT	Kendall's Tau B valor p	0.226*** <.001	0.604*** <.001	0.197*** <.001	— —									
SDQ_EMO	Kendall's Tau B valor p	0.468*** <.001	0.602*** <.001	0.773*** <.001	0.219*** <.001	— —								
SDQ_PARES	Kendall's Tau B valor p	0.265*** <.001	0.408*** <.001	0.595*** <.001	0.072* <.001	0.285*** <.001	— —							
SDQ_HIPERACT	Kendall's Tau B valor p	0.225*** <.001	0.516*** <.001	0.170*** <.001	0.741*** <.001	0.209*** <.001	0.034 0.200	— —						
SDQ_CONDUCT	Kendall's Tau B valor p	0.151*** <.001	0.465*** <.001	0.161*** <.001	0.648*** <.001	0.151*** <.001	0.095* 0.010	0.302*** <.001	— —					
OPD_TOTAL_T	Kendall's Tau B valor p	0.525*** <.001	0.560*** <.001	0.602*** <.001	0.279*** <.001	0.591*** <.001	0.354*** <.001	0.228*** <.001	0.240*** <.001	— —				
OPD_CONTROL_T	Kendall's Tau B valor p	0.494*** <.001	0.536*** <.001	0.530*** <.001	0.308*** <.001	0.573*** <.001	0.259*** <.001	0.246*** <.001	0.270*** <.001	0.775*** <.001	— —			
OPD_IDENTIDAD_T	Kendall's Tau B valor p	0.488*** <.001	0.524*** <.001	0.579*** <.001	0.249*** <.001	0.547*** <.001	0.376*** <.001	0.195*** <.001	0.225*** <.001	0.839*** <.001	0.661*** <.001	— —		
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Kendall's Tau B valor p	0.481*** <.001	0.511*** <.001	0.550*** <.001	0.259*** <.001	0.537*** <.001	0.337*** <.001	0.213*** <.001	0.218*** <.001	0.848*** <.001	0.685*** <.001	0.737*** <.001	— —	
OPD_APEGO_T	Kendall's Tau B valor p	0.489*** <.001	0.513*** <.001	0.551*** <.001	0.256*** <.001	0.534*** <.001	0.334*** <.001	0.227*** <.001	0.213*** <.001	0.750*** <.001	0.609*** <.001	0.649*** <.001	0.657*** <.001	— —

Nota. H_a es correlación positiva
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, una cola

4.1.3.2. Correlaciones parciales

Posteriormente, decidimos llevar a cabo correlaciones parciales con el objetivo de controlar las correlaciones encontradas, debido a los altos niveles de significancia que se habían obtenido. Encontramos que las correlaciones entre el SDQ y el OPD-CA2-SQ, y entre el GHQ-12 y el OPD-CA2-SQ, no experimentaron un cambio significativo tras controlar por el GHQ y el SDQ respectivamente. Este hallazgo subraya la robustez de estas correlaciones, sugiriendo que son independientes de la influencia de la tercera variable. Sin embargo, al controlar por el OPD-CA2-SQ, observamos que la correlación entre el SDQ y el GHQ disminuye a un nivel moderado. Aunque este resultado todavía era estadísticamente significativo ($p=0.004$), muestra que la relación entre el SDQ y el GHQ estaba parcialmente influida por su relación común con el OPD.

Tabla 24. Matriz de correlaciones parciales (controladas) entre los scores globales de las escalas.

Correlación Parcial		SDQ_TOTAL	OPD_TOTAL_T	GHQ_DIC_TOTAL		OPD_TOTAL_T	SDQ_TOTAL		GHQ_DIC_TOTAL
SDQ_TOTAL	Rho de Spearman	—	—	GHQ_DIC_TOTAL	Rho de Spearman	—	SDQ_TOTAL	Rho de Spearman	—
	valor p	—	—		valor p	—		valor p	—
OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.575***	—	OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.456***	GHQ_DIC_TOTAL	Rho de Spearman	0.153**
	valor p	< .001	—		valor p	< .001		valor p	0.004

Nota. controlando por 'GHQ_DIC_TOTAL'
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Nota. controlando por 'SDQ_TOTAL'
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Nota. controlando por 'OPD_TOTAL_T'
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.1.4. Técnicas de reducción de dimensionalidad

4.1.4.1. Análisis de componentes principales

4.1.4.1.1. Variables globales

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales (ACP) con las tres variables globales, referidas al nivel global de malestar en la muestra, el nivel de psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad (GHQ_TOTAL, SDQ_TOTAL y OPD_TOTAL). Los supuestos para este análisis se cumplieron adecuadamente. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran lo suficientemente fuertes para el ACP ($X^2 = 560$, $gl = 3$, $p < 0.001$), y el índice KMO fue de 0.701, 0.762, 0.721 y 0.644 para las variables global, GHQ_TOTAL, SDQ_TOTAL y OPD_TOTAL, respectivamente, lo que indica que las variables compartían una cantidad común de varianza adecuada para el análisis.

Tabla 25. Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (variables globales).

Prueba de Esfericidad de Bartlett		
χ^2	gl	p
560	3	< .001

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO	
	MSA
Global	0.701
GHQ_DIC_TOTAL	0.762
SDQ_TOTAL	0.721
OPD_TOTAL_T	0.644

La matriz resultante del ACP reveló un solo factor que explicaba el 79% de la varianza total. Esto indica que existe una dimensión subyacente común que explica una gran proporción de la variabilidad en las tres variables.

Tabla 26. Estadísticas de los componentes.

Resumen			
Componente	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	2.38	79.4	79.4

Además, sólo se encontró un valor propio significativo por encima de 1, que fue 2.42 y La gráfica de sedimentación también respaldó la decisión de retener un único componente principal.

Tabla 27. Valores propios iniciales.

Componente	Valor Propio	% de la Varianza	% Acumulado
1	2.383	79.42	79.4
2	0.406	13.52	92.9
3	0.212	7.06	100.0

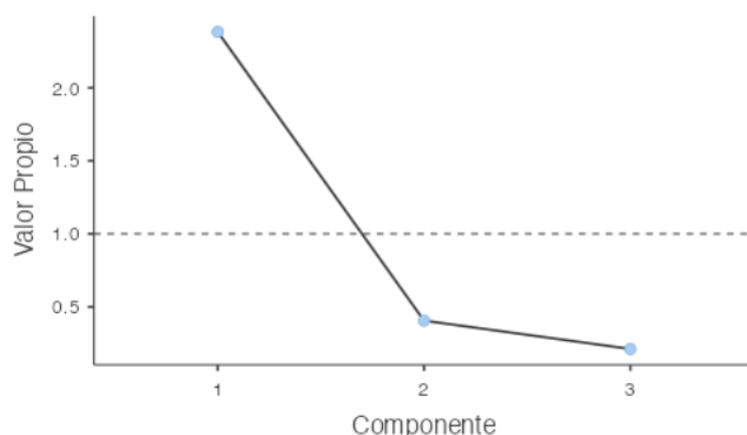


Figura 25. Gráfico de sedimentación de los componentes principales.

Las cargas factoriales (pesos de las variables en el componente principal) fueron 0.929 para OPD_TOTAL, 0.880 para SDQ_TOTAL y 0.862 para GHQ_TOTAL, lo que indica que todas las variables contribuyeron de manera significativa al componente principal y las unicidades fueron 0.136 para OPD_Total, 0.225 para SDQ_Total y 0.256 para GHQ_Total.

Tabla 28. *Carga de los componentes.*

	Componente	
	1	Unicidad
OPD_TOTAL_T	0.929	0.136
SDQ_TOTAL	0.880	0.225
GHQ_DIC_TOTAL	0.862	0.256

Nota. Se utilizó la rotación 'oblimin'

4.1.4.1.2. Análisis con las subdimensiones de las escalas.

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales (ACP) con las subdimensiones del ODP-CA2-SQ referidas al control o regulación emocional (OPD_CONTROL_T), la identidad (OPD_IDENTIDAD_T), la interpersonalidad (OPD_INTERPERSONALIDAD_T) Y el apego (OPD_APEGO_T). Por otro lado, las subdimensiones del SDQ referidas a los problemas emocionales (SDQ_EMO), de relacionamiento con pares (SDQ_PARES), hiperactividad (SDQ_HIPERACT), y problemas de conducta (SDQ_CONDUCT). Debido a la consideración transdiagnóstica y multinivel del malestar emocional se sumó también esta escala (GHQ_DIC_TOTAL). La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran lo suficientemente fuertes para el ACP ($X^2 = 2403$, $gl = 36$, $p < 0.001$), y la medida de idoneidad del muestreo KMO global fue de 0.914, indicando una cantidad común de varianza compartida adecuada para el análisis.

Tabla 29. *Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (Subdimensiones de las escalas).*

Prueba de Esfericidad de Bartlett		
χ^2	gl	p
2403	36	< .001

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO	
	MSA
Global	0.914
OPD_CONTROL_T	0.909
OPD_IDENTIDAD_T	0.904
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.903
OPD_APEGO_T	0.949
SDQ_PARES	0.887
SDQ_EMO	0.946
SDQ_HIPERACT	0.843
SDQ_CONDUCT	0.792
GHQ_DIC_TOTAL	0.960

El ACP resultante reveló dos componentes principales que, en conjunto, explicaban el 71.8% de la varianza total. Esto indica que existen dos dimensiones subyacentes comunes que explican una gran proporción de la variabilidad en las subdimensiones.

Tabla 30. *Estadísticas de los componentes.*

Componente	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	5.06	56.2	56.2
2	1.40	15.6	71.8

Además, se encontraron dos valores propios significativos por encima de 1, que fueron 5.334 y 1.124. La gráfica de sedimentación también respaldó la decisión de retener estos dos componentes principales.

Tabla 31. *Valores propios iniciales.*

Componente	Valor Propio	% de la Varianza	% Acumulado
1	5.334	59.26	59.3
2	1.124	12.49	71.8
3	0.794	8.82	80.6
4	0.562	6.24	86.8
5	0.390	4.33	91.1
6	0.351	3.90	95.0
7	0.206	2.28	97.3
8	0.136	1.51	98.8
9	0.104	1.16	100.0

Las cargas factoriales (pesos de las variables en los componentes principales) indican que todas las variables contribuyeron de manera significativa a los dos componentes principales. En la carga de los componentes puede verse como, el segundo está conformado por las variables SDQ_HIPERACT y SDQ_CONDUCT (que juntas, agrupan la psicopatología externalizante). Las unicidades variaron entre 0.122 y 0.562, lo que sugiere que los componentes principales explican una proporción importante de la varianza en estas variables.

Tabla 32. *Carga de los componentes de las subdimensiones.*

	Componente		Unicidad
	1	2	
OPD_IDENTIDAD_T	0.938		0.122
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.911		0.142
OPD_APEGO_T	0.883		0.187
OPD_CONTROL_T	0.844		0.164
SDQ_EMO	0.828		0.328
GHQ_DIC_TOTAL	0.802		0.364
SDQ_PARES	0.715	-0.300	0.562
SDQ_HIPERACT		0.827	0.295
SDQ_CONDUCT		0.766	0.379

Nota. Se utilizó la rotación 'oblimin'

La gráfica de sedimentación también respaldó la decisión de retener dos componentes principales.

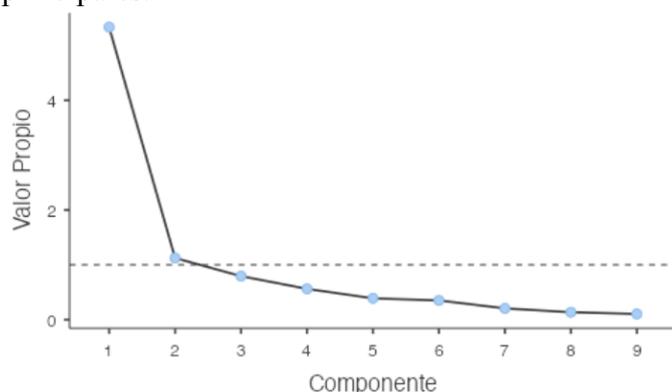


Figura 26. Gráfico de sedimentación de los componentes principales de las subdimensiones.

La inclusión del ACP de las subdimensiones permitió una evaluación más detallada de la estructura de los datos, lo cual fue confirmado por la aparición de un segundo componente principal en este análisis.

4.1.4.2. Análisis factorial exploratorio.

Siguiendo lo encontrado en el análisis de componentes principales, se realizaron diversos Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) con distintas combinaciones de variables. En general, los AFEs apuntaron también a una estructura unifactorial para las variables globales y de dos factores para las subdimensiones.

4.1.4.2.1. Variables globales

Se realizó un análisis factorial exploratorio con las variables globales (OPD_TOTAL_T, SDQ_TOTAL y GHQ_DIC_TOTAL) sugiere una estructura de un solo factor. La prueba de esfericidad de Bartlett es altamente significativa ($p < .001$), lo que indica que las variables están adecuadamente correlacionadas para el análisis factorial. La medida de idoneidad del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0.701, lo que indica que la proporción de varianza entre las variables que podría ser común es moderada y las medidas individuales de KMO para las variables son todas superiores a 0.6, lo que indica que cada variable está adecuadamente correlacionada con las demás para incluirla en el análisis factorial.

Tabla 36. Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad de Muestreo (KMO) para variables globales.

χ^2	gl	p
560	3	< .001
MSA		
Global		0.701
OPD_TOTAL_T		0.644
SDQ_TOTAL		0.721
GHQ_DIC_TOTAL		0.762

Las cargas factoriales son altas para todas las variables en el factor único, con OPD_TOTAL_T cargando más fuertemente (0.954), seguido por SDQ_TOTAL (0.793) y GHQ_DIC_TOTAL (0.753). Todas las variables están fuertemente asociadas con el factor único y comparten una gran cantidad de varianza común (70.2%).

Tabla 33. Carga de las variables globales en el factor único.

	Factor	
	1	Unicidad
OPD_TOTAL_T	0.954	0.0902
SDQ_TOTAL	0.793	0.3715
GHQ_DIC_TOTAL	0.753	0.4334

Nota. El método de extracción 'Máxima verosimilitud' se usó en combinación con una rotación 'oblimin'

Tabla 34. Acumulado de varianzas de las variables en el factor único.

Factor	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	2.10	70.2	70.2

La medida de idoneidad del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0.701, lo que indica que la proporción de varianza entre las variables que podría ser común es moderada y las medidas individuales de KMO para las variables son todas superiores a 0.6, lo que indica que cada variable está adecuadamente correlacionada con las demás para incluirla en el análisis factorial. Por lo tanto, el AFE sugiere que estas variables globales pueden ser representadas eficazmente por un solo factor subyacente.

4.1.4.2.2. Subdimensiones de las escalas

Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio realizado con las subdimensiones de las escalas. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones eran lo suficientemente fuertes para el AFE ($X^2 = 2283$, $gl = 28$, $p < 0.001$). El KMO global fue de 0.921, lo que indica que la proporción de varianza entre las variables que podría ser común es alta y las medidas individuales fueron todas superiores a 0.8, lo que indica que cada variable está adecuadamente correlacionada con las demás para incluirla en el análisis factorial.

Tabla 37. Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo (KMO) para las subdimensiones de las variables.

Prueba de Esfericidad de Bartlett		
X^2	gl	p
2283	28	< .001

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO	
	MSA
Global	0.921
GHQ_DIC_TOTAL	0.953
OPD_CONTROL_T	0.931
OPD_IDENTIDAD_T	0.902
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.895
OPD_APEGO_T	0.945
SDQ_HIPERACT	0.863
SDQ_CONDUCT	0.843
SDQ_INT	0.953

El análisis reveló dos factores principales. El primero explicaba el 56.82% de la varianza total, mientras que el segundo explicaba un adicional 9.88%. En conjunto, ambos explican el 66.7% de la varianza total. Esto indica nuevamente que existen dos dimensiones subyacentes comunes que explican una gran proporción de la variabilidad en las subdimensiones.

Tabla 34. Estadísticas de los factores.

Factor	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	4.546	56.82	56.8
2	0.791	9.89	66.7

Todas las variables contribuyen significativamente a los factores. El primer factor está conformado por las variables OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T, OPD_APEGO_T, SDQ_INT, OPD_CONTROL_T, y GHQ_DIC_TOTAL.

Las cargas factoriales fueron altas para todas las variables en el primer factor, con OPD_IDENTIDAD_T cargando más fuertemente (0.955), seguido por OPD_INTERPERSONALIDAD_T (0.920), OPD_APEGO_T (0.870), SDQ_INT (0.860), OPD_CONTROL_T (0.821) y GHQ_DIC_TOTAL (0.759). En el segundo factor, las variables SDQ_CONDUCT y SDQ_HIPERACT tienen cargas factoriales significativas de 0.639 y 0.556 respectivamente. Las unicidades variaron entre 0.116 y 0.652, lo que sugiere que factores encontrados explican una proporción importante de la varianza.

Tabla 38. *Carga de las subdimensiones en cada factor.*

	Factor		Unicidad
	1	2	
OPD_IDENTIDAD_T	0.955		0.116
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.920		0.138
OPD_APEGO_T	0.870		0.211
SDQ_INT	0.860		0.347
OPD_CONTROL_T	0.821		0.172
GHQ_DIC_TOTAL	0.759		0.441
SDQ_CONDUCT		0.639	0.586
SDQ_HIPERACT		0.556	0.652

Nota. El método de extracción 'Factorización según el eje principal' se usó en combinación con una rotación 'oblimin'

La inclusión de las subdimensiones del SDQ_INT (SDQ_EMO, SDQ_PARES), en el modelo empeoraba el ajuste. De manera inversa, la inclusión de las subdimensiones de SDQ_EXT (SDQ_HIPERACT, SDQ_CONDUCT) lo mejoraba. Esto sugiere que la variable SDQ_INT puede capturar más eficientemente la varianza compartida entre sus subdimensiones, mientras que las subdimensiones de SDQ_EXT capturan aspectos únicos de la varianza que no se capturan por la variable condensada. Las cargas factoriales fueron altas en el primer factor, con OPD_IDENTIDAD_T cargando más fuertemente (0.955), seguido por OPD_INTERPERSONALIDAD_T (0.920), OPD_APEGO_T (0.870), SDQ_INT (0.860), OPD_CONTROL_T (0.821) y GHQ_DIC_TOTAL (0.759). En el segundo factor, las variables SDQ_CONDUCT y SDQ_HIPERACT tienen cargas factoriales significativas de 0.639 y 0.556 respectivamente.

4.1.4.3. Análisis factorial confirmatorio

4.1.4.3.1. Variables globales

El Análisis realizado con las variables globales OPD_TOTAL_T, GHQ_DIC_TOTAL y SDQ_TOTAL muestra un ajuste excelente del modelo. Las medidas de ajuste indican un CFI y TLI de 1.00 y un RMSEA de 0.00, lo que sugiere un ajuste perfecto del modelo a los datos.

Las cargas factoriales son todas significativas ($p < .001$), lo que indica que cada variable contribuye significativamente al factor. Las cargas factoriales fueron de 10.78 para el OPD_TOTAL_T, 4.78 para el SDQ_TOTAL y 2.21 para el GHQ_DIC_TOTAL.

Tabla 39. *Carga de las variables globales en el análisis factorial confirmatorio.*

Factor	Indicador	Estimador	EE	Z	p
Factor 1	OPD_TOTAL_T	10.70	0.490	21.8	< .001
	SDQ_TOTAL	4.74	0.279	17.0	< .001
	GHQ_DIC_TOTAL	2.18	0.137	15.9	< .001

Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio indican un ajuste perfecto del modelo, pero deben relativizarse. Esto puede sugerir un sobreajuste del modelo a los datos y no garantiza que el modelo se ajuste igual de bien en otros conjuntos de datos. No obstante, parece importante que tanto el ACP como el AFE también sugieren una estructura de un factor único.

4.1.4.3.2. Subdimensiones de las escalas

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) realizado con las subdimensiones de las escalas reveló dos factores principales. Si bien el valor del chi-cuadrado es significativo ($p < 0.001$), todas las otras medidas de ajuste aplicadas, indicaron un buen ajuste (CFI de 0.985, un TLI de 0.977 y un RMSEA de 0.0721 (IC 90%: 0.0499 - 0.0950). Estos resultados sugieren que el modelo de dos factores proporciona un buen ajuste a los datos.

Tabla 39. *Medidas de ajuste del análisis factorial confirmatorio en el estudio de las subdimensiones de las escalas.*

CFI	TLI	RMSEA	IC 90% del RMSEA		AIC	BIC
			Inferior	Superior		
0.985	0.977	0.0721	0.0499	0.0950	15493	15590

Las cargas factoriales indican que todas las variables contribuyeron de manera significativa a los dos factores principales. En el primer factor, las variables cargaron fuertemente: OPD_IDENTIDAD_T (0.955), OPD_INTERPERSONALIDAD_T, (0.920)OPD_APEGO_T (0.870), SDQ_INT (0.860), OPD_CONTROL_T(0.821), y GHQ_DIC_TOTAL (0.759) En el segundo factor, las variables SDQ_HIPERACT y SDQ_CONDUCT tienen cargas factoriales significativas de 0.639 y 0.556 respectivamente.

Tabla 40. *Cargas factoriales en el análisis factorial confirmatorio del estudio de las subdimensiones de las escalas.*

Factor	Indicador	Estimador	EE	Z	p
Factor 1	GHQ_DIC_TOTAL	2.13	0.133	16.06	<.001
	SDQ_INT	3.08	0.173	17.82	<.001
	OPD_CONTROL_T	9.94	0.454	21.89	<.001
	OPD_IDENTIDAD_T	10.35	0.438	23.65	<.001
	OPD_INTERPERSONALIDAD_T	10.05	0.427	23.56	<.001
Factor 2	SDQ_HIPERACT	1.47	0.166	8.82	<.001
	SDQ_CONDUCT	1.16	0.130	8.96	<.001

Por lo tanto el análisis factorial confirmatorio respaldó la estructura de dos factores sugerida por el ACP y el AFE, con un factor capturado por las variables OPD_IDENTIDAD_T, OPD_INTERPERSONALIDAD_T, OPD_APEGO_T, SDQ_INT, OPD_CONTROL_T, y GHQ_DIC_TOTAL, y un factor capturado por las variables SDQ_HIPERACT y SDQ_CONDUCT.

4.2. Resultados del estudio en la muestra clínica

4.2.1. Resultados Descriptivos

4.2.1.1. Aspectos demográficos generales.

La muestra clínica contó con la participación de 35 individuos. La media de edad de los participantes fue de 14.7 años, con una mediana de 14 años y una desviación estándar de 1.88. Las edades de los participantes oscilaban entre los 12 y 18 años. 20 sujetos (57%) eran menores de 15 años y 17 (43%) eran mayores de 15 años. Se utilizó esta categorización en menores y mayores de 15 años para los análisis. Los percentiles 25, 50 y 75 se ubican en las edades de 13, 14 y 16 años respectivamente. Para una comprensión visual más intuitiva de la distribución de edades, se presenta una tabla agrupando los datos (Tabla 41) así como gráficos de densidad y de barras (Figura 27).

Tabla 41. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra y las categorías de edad.

	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
			Media	Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
Edad:	35	0	14.7	14.0	15.3	14	1.88	3.53	0.277	0.398	-1.02	0.778	0.921	0.015	13.0	14.0	16.0

Edad_Categorías	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				DE	Varianza	Mínimo	Máximo	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
			Media	Inferior	Superior	Mediana					Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
Edad: Menores de 15	20	0	13.3	12.9	13.6	13.5	0.851	0.724	12	14	-0.534	0.512	-1.416	0.992	0.753	<.001	12.8	13.5	14.0
Mayores de 15	15	0	16.5	16.0	17.1	16	0.990	0.981	15	18	0.149	0.580	-0.844	1.121	0.887	0.061	16.0	16.0	17.0

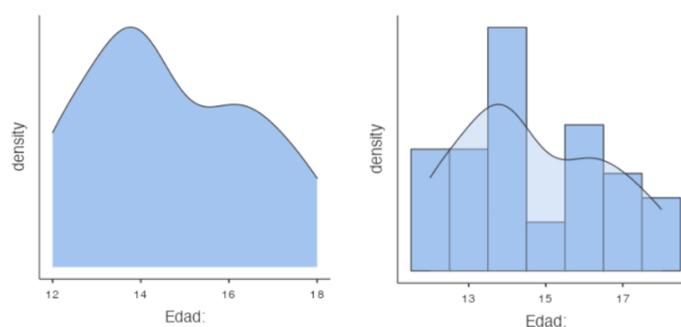


Figura 27. Distribución de las edades en la muestra (Barras y densidad).

Al considerar la muestra dividida por sexo, de los 35 participantes, 17 eran hombres y 18 eran mujeres. Los hombres presentaron una media de edad (15.1) y distribución percentilar (14,15,17) levemente mayor a las mujeres (14.3; 13,14,15.8). Se presenta una tabla agrupando los datos (Tabla 42) así como un gráfico de barras (figura 28), mostrando la distribución por sexo.

La similitud encontrada en la distribución de edades por sexo aporta una mayor coherencia a los datos obtenidos. La correspondencia sexo-genero fue del 98,2% (34 sujetos) 2,8 % (1 mujer) contestó “Prefiero no responder”.

Tabla 42. *Distribución de Edades por Sexo.*

Sexo:	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
			Media	Inferior	Superior	Asimetría				EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th	
Edad: Mujer	18	0	14.3	13.3	15.2	14.0	1.87	3.51	0.755	0.536	-0.190	1.04	0.897	0.051	13.0	14.0	15.8	
Hombre	17	0	15.1	14.1	16.0	15	1.85	3.43	-0.164	0.550	-1.083	1.06	0.924	0.173	14.0	15.0	17.0	

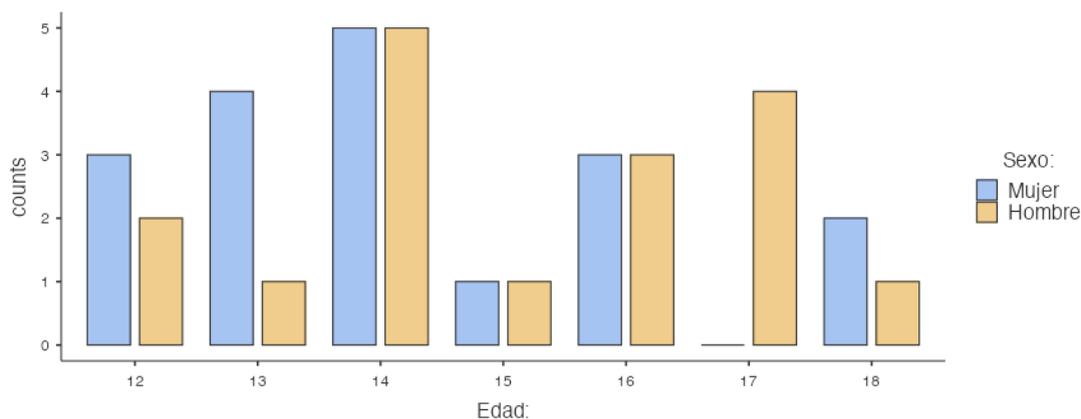


Figura 28. *Distribución de Edades por Sexo.*

Al analizar la experiencia previa con terapia psicológica 29 sujetos reportan experiencia previa y 6 nunca habían tenido la misma. Al discriminar esto por sexos, encontramos que el 42.9 % de los hombres reporta experiencia previa, mientras las mujeres con experiencia previa ascienden al 40% del total de mujeres de la muestra. De los 29 sujetos que reportan haber estado en terapia, 27 (93%) indican un abordaje individual y 2 (6,8%). Un caso omite responder el tipo de abordaje.

4.2.2. Autoinforme de Adolescentes de Achenbach (YSR)

4.2.2.1.1. Estadísticos descriptivos generales.

Se obtuvieron datos válidos de 34 individuos (97.14%), con 1 caso perdido (2.86%). En la escala total (YSR_TOTAL), se obtuvo una media de 65.88 (IC 95%: 57.14 - 74.63, DE: 25.06). Los datos mostraron una asimetría de 0.873 y una curtosis de 0.6191. *En la subescala de psicopatología internalizante (YSR_INT)*, se encontró una media de 22.00 (IC 95%: 17.88 - 26.12, DE:11.81) y una mediana de 19.00. La asimetría fue 0.448 y la curtosis -0.7575.

En la subescala de psicopatología externalizante (YSR_EXT), se encontró una media de 16.62 (IC 95%: 13.26-19.98, DE:9.62), y una mediana de 14.50. Su asimetría fue 1.587 y su curtosis 2.6241. La subescala "YSR_OTROS" (que incluye problemas sociales, del pensamiento y atencionales), se encontró una media de 27.26 (IC 95%: 23.68 - 30.85, DE:10.27) y una mediana de 25.00. La asimetría fue 0.885 y la curtosis 0.1587.

En la subescala ansioso-deprimido (ANSIOSO_DEPRIMIDO), se encontró una media de 10.47 (IC 95%: 8.38 - 12.56, DE:6.00) y una mediana de 10.00. La asimetría fue 0.766 y la curtosis -0.0876. En la subescala evitativo-deprimido, se encontró una media de 5.68 (IC 95%: 4.36 - 6.99, DE:3.77) y una mediana de 5.00. La asimetría fue 0.451 y la curtosis -0.6055. En la subescala de quejas somáticas, se encontró una media de 5.85 (IC 95%: 4.37 - 7.33, DE:4.24) y una mediana de 5.50. La asimetría fue 0.820 y la curtosis 0.2249. En la subescala de problemas sociales, se encontró una media de 5.85 (IC 95%: 4.75 - 6.96, DE:3.16) y una mediana de 6.00. La asimetría fue 0.119 y la curtosis -0.4201. En la subescala de problemas del pensamiento, se encontró una media de 6.79 (IC 95%: 5.32 - 8.26, DE:4.21) y una mediana de 6.50. La asimetría fue 1.070 y la curtosis 1.2316. En la subescala de problemas de atención, se encontró una media de 8.09 (IC 95%: 6.86 - 9.31, DE:3.51) y una mediana de 7.50. La asimetría fue 0.391 y la curtosis -0.9218. En la subescala de conducta disruptiva, se encontró una media de 6.21 (IC 95%: 4.57 - 7.84, DE:4.70) y una mediana de 5.00. La asimetría fue 1.435 y la curtosis 1.8305. En la subescala de conducta agresiva, se encontró una media de 10.41 (IC 95%: 8.36 - 12.46, DE:5.88) y una mediana de 9.00. La asimetría fue 1.647 y la curtosis 3.7703. En la subescala de otros problemas, se encontró una media de 6.53 (IC 95%: 5.53 - 7.53, DE:2.86) y una mediana de 6.50. La asimetría fue 0.252 y la curtosis 0.3356.

La significancia de la prueba de Shapiro-Wilk para algunas escalas (YSR_TOTAL, YSR_INT, EVITATIVO-DEPRIMIDO,, PROBLEMAS SOCIALES, PROBLEMAS en ATENCIONALES, y OTROS PROBLEMAS), fue mayor a 0.05 por lo que puede asumirse la distribución normal. Sin embargo, en otras (YSR_EXT, YSR_OTROS, ANSIOSO_DEPRIMIDO, QUEJAS_SOMATICAS, PROBLEMAS_PENSAMIENTO, mayuscula?CONDUCTA DISRUPTIVA, CONDUCTA AGRESIVA), la prueba de Shapiro-Wilk resultó significativa, con valores de p menores a 0.05, indicando que los datos no se distribuyen normalmente.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la escala de Autoinforme de Adolescentes y sus subescalas.

	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%		Mediana	DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles	
				Inferior	Superior				Asimetría	EE	Curtosis	EE	W	p	25th	50th
YSR_TOTAL	34	1	65.88	57.14	74.63	61.00	25.06	627.99	0.873	0.403	0.6191	0.788	0.941	0.067	47.25	61.00
YSR_INT	34	1	22.00	17.88	26.12	19.00	11.81	139.58	0.448	0.403	-0.7575	0.788	0.954	0.157	12.25	19.00
YSR_EXT	34	1	16.62	13.26	19.98	14.50	9.62	92.61	1.587	0.403	2.6241	0.788	0.852	<.001	11.00	14.50
YSR_OTROS	34	1	27.26	23.68	30.85	25.00	10.27	105.41	0.885	0.403	0.1587	0.788	0.912	0.010	20.00	25.00
ANSIOSO_DEPRIMIDO	34	1	10.47	8.38	12.56	10.00	6.00	36.01	0.766	0.403	-0.0876	0.788	0.931	0.032	6.00	10.00
EVITATIVO_DEPRIMIDO	34	1	5.68	4.36	6.99	5.00	3.77	14.23	0.451	0.403	-0.6055	0.788	0.939	0.058	2.00	5.00
QUEJAS_SOMATICAS	34	1	5.85	4.37	7.33	5.50	4.24	17.95	0.820	0.403	0.2249	0.788	0.927	0.025	2.25	5.50
PROBLEMAS_SOCIALES	34	1	5.85	4.75	6.96	6.00	3.16	10.01	0.119	0.403	-0.4201	0.788	0.977	0.686	4.00	6.00
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	34	1	6.79	5.32	8.26	6.50	4.21	17.74	1.070	0.403	1.2316	0.788	0.907	0.007	4.00	6.50
PROBLEMAS_ATENCIONALES	34	1	8.09	6.86	9.31	7.50	3.51	12.33	0.391	0.403	-0.9218	0.788	0.944	0.079	5.25	7.50
CONDUCTA_DISRUPTIVA	34	1	6.21	4.57	7.84	5.00	4.70	22.05	1.435	0.403	1.8305	0.788	0.850	<.001	3.00	5.00
CONDUCTA_AGRESIVA	34	1	10.41	8.36	12.46	9.00	5.88	34.61	1.647	0.403	3.7703	0.788	0.856	<.001	7.25	9.00
OTROS_PROBLEMAS	34	1	6.53	5.53	7.53	6.50	2.86	8.20	0.252	0.403	0.3356	0.788	0.973	0.536	5.00	6.50

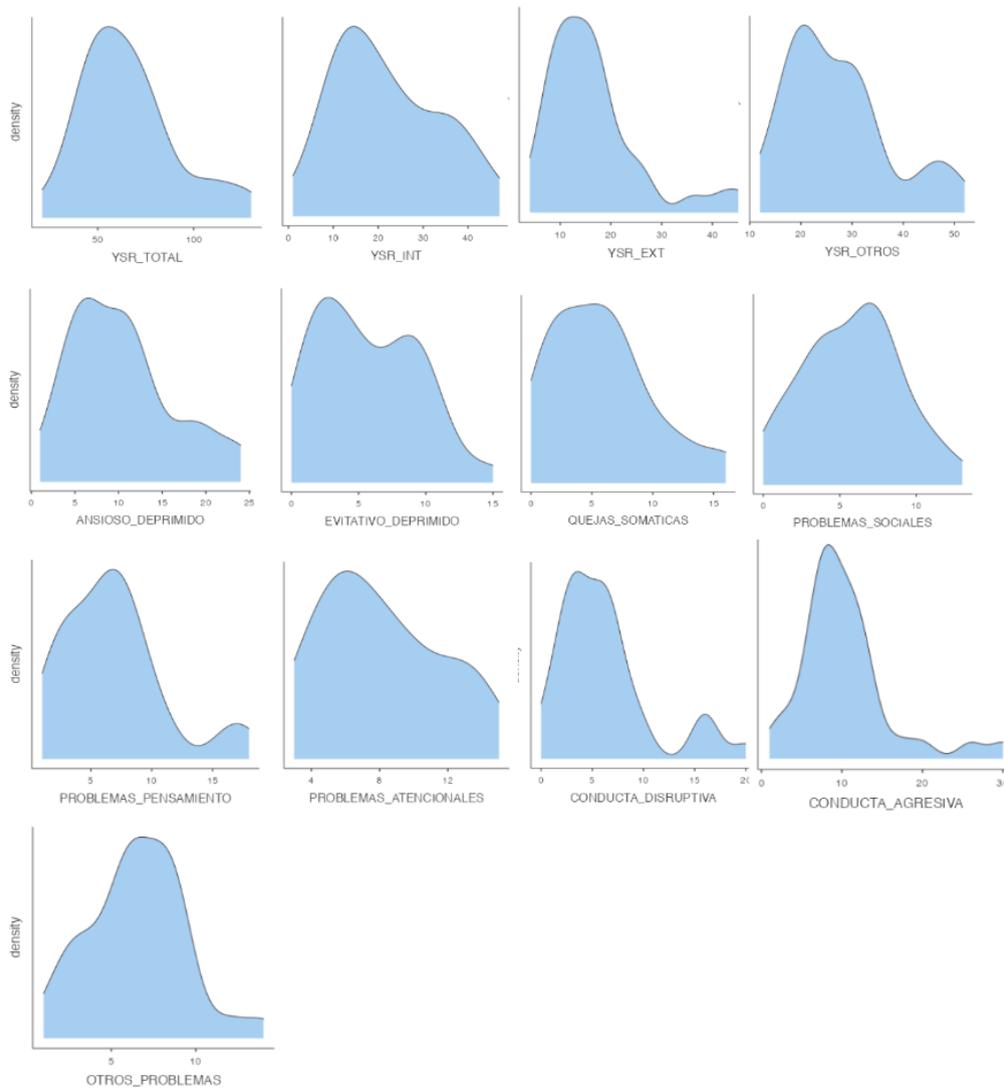


Figura 29. Gráficos de densidad de las escalas totales y subescalas del YSR-.

4.2.2.1.2. Estadísticos descriptivos según sexo

Al separar por sexo en la escala de psicopatología global (YSR_TOTAL), los hombres (n=16) tuvieron una media de 61.44 (IC 95%: 53.41-69.46, DE:31.37), con una asimetría de 0.77038 y una curtosis de -0.0962. Por otro lado, las mujeres (n=18) presentaron una media de 69.83 (IC 95%: 54.24-85.43,DE:15.06), con una asimetría de 0.51368 y una curtosis de -0.5441. Los datos de hombres y mujeres tienen una distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk (W=0.924,P=0.197; W=0.953, p=0.468;). En la subescala de psicopatología internalizante ("YSR_INT"), los hombres presentaron una media de 18.50 (IC 95%: 14.65-22.35, DE: 7.23) con una asimetría de 0.47666 y una curtosis de -0.6064. Las mujeres registraron una media más alta de 25.11 (IC 95%: 18.03-32.20, DE: 14.25) con una asimetría de -0.07417 y una curtosis de -1.4060. En la subescala de psicopatología externalizante ("YSR_EXT"), los hombres presentaron una media de 17.38 (IC 95%: 12.64-22.11, DE: 8.80) con una asimetría de 2.34969 y una curtosis de 7.2969. Las mujeres registraron una media más alta de 15.94 (IC 95%: 10.75-21.14, DE: 10.44) con una asimetría de 1.35429 y una curtosis de 1.2821. En la subescala de psicopatología que aborda otros problemas como los trastornos del pensamiento y la atención (YSR_OTROS), los hombres presentaron una media de 25.56 (IC 95%: 21.66-29.46, DE: 7.32) con una asimetría de 0.90051 y una curtosis de 0.3879. Las mujeres registraron una media más alta de 28.78 (IC 95%: 22.64-34.91, DE: 12.34) con una asimetría de 0.61690 y una curtosis de -0.6699. En la subescala ansioso-deprimido, los hombres presentaron una media de 8.44 (IC 95%: 6.53-10.34, DE: 3.58) con una asimetría de 0.15937 y una curtosis de -1.6724. Las mujeres registraron una media más alta de 12.28 (IC 95%: 8.72-15.84, DE: 7.16) con una asimetría de 0.27440 y una curtosis de -1.1092. En la subescala evitativo-deprimido, los hombres presentaron una media de 5.38 (IC 95%: 3.64-7.11, DE:3.26) con una asimetría de 0.35390 y una curtosis de -1.6421. Las mujeres registraron una media más alta de 5.94 (IC 95%: 3.83-8.06, DE: 4.25) con una asimetría de 0.42107 y una curtosis de -0.5111. En la subescala de quejas somáticas los hombres presentaron una media de 4.69 (IC 95%: 3.24-6.14, DE: no especificado) con una asimetría de 0.57930 y una curtosis de 0.2554. Las mujeres registraron una media más alta de 6.89 (IC 95%: 4.36-9.42, DE: no especificado) con una asimetría de 0.40770 y una curtosis de -0.7883. En la subescala de problema sociales, los hombres presentaron una media de 5.63 (IC 95%: 4.08-7.17, DE:2.90) con una asimetría de -0.25013 y una curtosis de

-0.0710. Las mujeres registraron una media más alta de 6.06 (IC 95%: 4.34-7.77, DE: 3.46) con una asimetría de 0.25538 y una curtosis de -0.6364.

En la subescala de problemas del pensamiento, los hombres presentaron una media de 5.50 (IC 95%: 3.88-7.12, DE:3.03) con una asimetría de 0.00819 y una curtosis de -0.8836. Las mujeres registraron una media más alta de 7.94 (IC 95%: 5.54-10.35, DE: 4.83) con una asimetría de 0.97078 y una curtosis de 0.1662. En la subescalas de problema atencionales, los hombres presentaron una media de 8.19 (IC 95%: 6.48-9.90, DE: no especificado) con una asimetría de 0.16610 y una curtosis de -0.9376. Las mujeres registraron una media más alta de 8.00 (IC 95%: 6.09-9.91, DE: no especificado) con una asimetría de 0.54961 y una curtosis de -0.9117. En la subescala de conducta disruptiva, los hombres presentaron una media de 6.25 (IC 95%: 4.40-8.10, DE:3.47) con una asimetría de 1.40689 y una curtosis de 3.2544. Las mujeres registraron una media más alta de 6.17 (IC 95%: 3.35-8.99, DE:5.67) con una asimetría de 1.40932 y una curtosis de 1.1572. En la subescala de conducta agresiva, los hombres presentaron una media de 11.13 (IC 95%: 8.06-14.19, DE: 5.76) con una asimetría de 2.46617 y una curtosis de 8.0458. Las mujeres registraron una media más alta de 9.78 (IC 95%: 6.75-12.80, DE: 6.08) con una asimetría de 1.28095 y una curtosis de 2.0951. En la subescala de otros problemas los hombres presentaron una media de 6.25 (IC 95%: 4.98-7.52, DE:2.38) con una asimetría de -0.57612 y una curtosis de -0.1342. Las mujeres registraron una media más alta de 6.78 (IC 95%: 5.15-8.41, DE: 3.28) con una asimetría de 0.41235 y una curtosis de 0.0820.

Tabla 43. Estadísticos descriptivos (según sexo) de la escala de psicopatología global y las subescalas.

	Sexo:	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%				DE	Varianza	Mínimo	Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
				Inferior	Superior	Mediana	EE				W	p	25th	50th	75th		
YSR_TOTAL	Mujer	18	0	69.83	54.24	85.43	67.50	31.37	983.79	21	-0.5441	1.04	0.953	0.468	47.50	67.50	84.00
	Hombre	16	1	61.44	53.41	69.46	58.50	15.06	226.80	44	-0.0962	1.09	0.924	0.197	47.75	58.50	69.50
YSR_INT	Mujer	18	0	25.11	18.03	32.20	25.00	14.25	203.05	1	-1.4060	1.04	0.936	0.247	12.25	25.00	37.50
	Hombre	16	1	18.50	14.65	22.35	17.00	7.23	52.27	8	-0.6064	1.09	0.963	0.718	13.50	17.00	23.50
YSR_EXT	Mujer	18	0	15.94	10.75	21.14	13.00	10.44	109.00	4	1.2821	1.04	0.854	0.010	8.25	13.00	16.75
	Hombre	16	1	17.38	12.64	22.11	16.00	8.89	79.05	8	7.2969	1.09	0.766	0.001	12.50	16.00	19.00
YSR_OTROS	Mujer	18	0	28.78	22.64	34.91	28.50	12.34	152.18	12	-0.6699	1.04	0.912	0.092	20.00	28.50	32.00
	Hombre	16	1	25.56	21.66	29.46	23.00	7.32	53.60	17	0.3879	1.09	0.915	0.141	20.00	23.00	30.50
ANSIOSO_DEPRIMIDO	Mujer	18	0	12.28	8.72	15.84	10.00	7.16	51.27	1	-1.1092	1.04	0.936	0.247	7.00	10.00	18.75
	Hombre	16	1	8.44	6.53	10.34	7.00	3.58	12.80	4	-1.6724	1.09	0.880	0.039	5.75	7.00	12.00
EVITATIVO_DEPRIMIDO	Mujer	18	0	5.94	3.83	8.06	5.50	4.25	18.06	0	-0.5111	1.04	0.955	0.503	2.50	5.50	8.75
	Hombre	16	1	5.38	3.64	7.11	5.00	3.26	10.65	2	-1.6421	1.09	0.834	0.008	2.00	5.00	8.25
QUEJAS_SOMATICAS	Mujer	18	0	6.89	4.36	9.42	6.50	5.09	25.87	0	-0.7883	1.04	0.938	0.265	2.50	6.50	9.75
	Hombre	16	1	4.69	3.24	6.14	4.50	2.73	7.43	1	0.2554	1.09	0.937	0.316	2.75	4.50	7.00
PROBLEMAS_SOCIALES	Mujer	18	0	6.06	4.34	7.77	6.50	3.46	11.94	1	-0.6364	1.04	0.968	0.751	3.25	6.50	8.00
	Hombre	16	1	5.63	4.08	7.17	6.00	2.90	8.38	0	-0.0710	1.09	0.977	0.937	4.00	6.00	7.25
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	Mujer	18	0	7.94	5.54	10.35	7.00	4.83	23.35	2	0.1662	1.04	0.884	0.030	4.50	7.00	9.00
	Hombre	16	1	5.50	3.88	7.12	5.50	3.03	9.20	1	-0.8836	1.09	0.957	0.602	3.50	5.50	7.25
PROBLEMAS_ATENCIONALES	Mujer	18	0	8.00	6.09	9.91	6.50	3.85	14.82	3	-0.9117	1.04	0.918	0.119	5.25	6.50	10.75
	Hombre	16	1	8.19	6.48	9.90	8.00	3.21	10.30	3	-0.9376	1.09	0.947	0.448	5.75	8.00	10.25
CONDUCTA_DISRUPTIVA	Mujer	18	0	6.17	3.35	8.99	4.00	5.67	32.15	0	1.1572	1.04	0.819	0.003	3.00	4.00	7.00
	Hombre	16	1	6.25	4.40	8.10	6.00	3.47	12.07	2	3.2544	1.09	0.878	0.036	4.50	6.00	7.00
CONDUCTA_AGRESIVA	Mujer	18	0	9.78	6.75	12.80	8.00	6.08	37.01	1	2.0951	1.04	0.875	0.021	7.25	8.00	11.00
	Hombre	16	1	11.13	8.06	14.19	10.50	5.76	33.18	6	8.0458	1.09	0.725	<.001	7.50	10.50	13.00
OTROS_PROBLEMAS	Mujer	18	0	6.78	5.15	8.41	7.00	3.28	10.77	2	0.0820	1.04	0.953	0.474	4.50	7.00	8.00
	Hombre	16	1	6.25	4.98	7.52	6.00	2.38	5.67	1	-0.1342	1.09	0.921	0.178	5.00	6.00	8.25

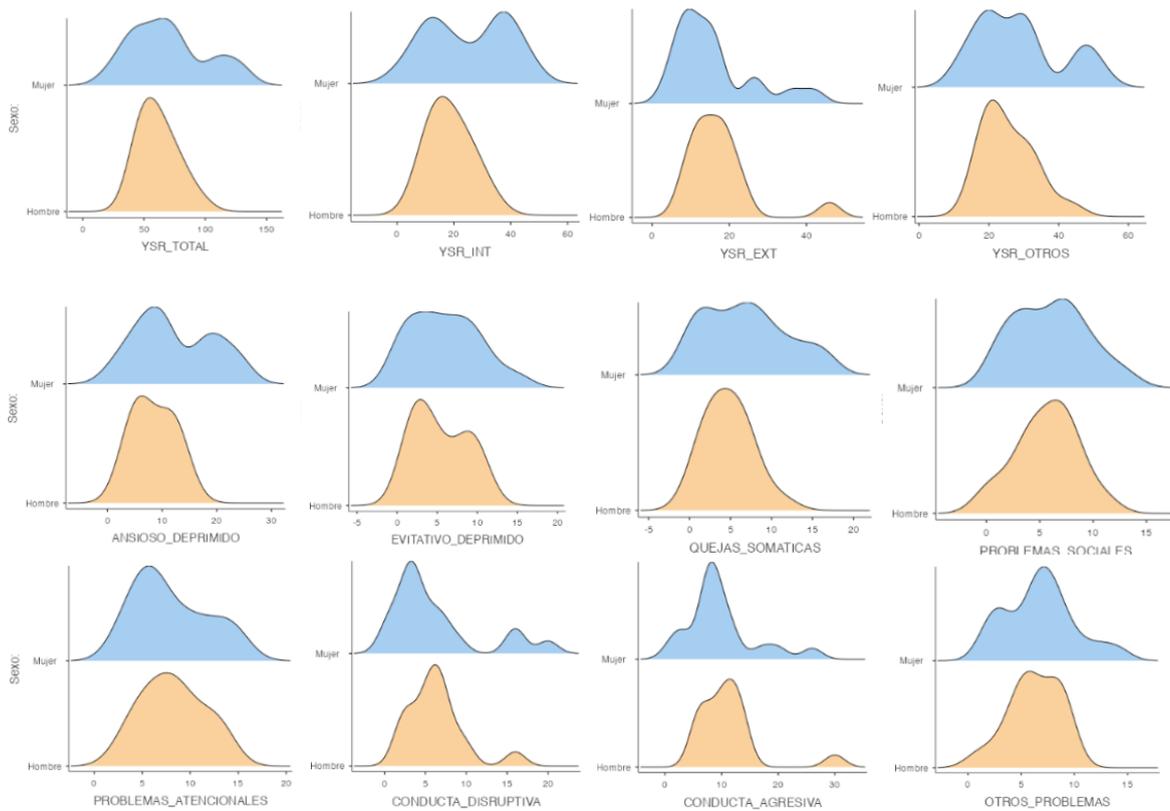


Figura 30. Densidad (según sexo) de la escala de psicopatología de la escala total de psicopatología global y las subescalas.

4.2.2.1.3. Estadísticos descriptivos según edad

Al separar por edad en la escala de psicopatología global (*YSR_TOTAL*), los menores de 15 años ($n=20$) tuvieron una media de 61.80 (IC 95%: 51.01-72.59, DE:23.05), con una asimetría de 0.10506 y una curtosis de 0.992. Por otro lado, los mayores de 15 años ($n=14$) presentaron una media de 71.71 (IC 95%: 55.84-87.58, DE:27.49), con una asimetría de 0.52407 y una curtosis de 1.154. En la subescala de psicopatología internalizante (*YSR_INT*), los menores de 15 años presentaron una media de 20.15 (IC 95%: 14.35-25.95, DE: 12.40) con una asimetría de -0.36956 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 24.64 (IC 95%: 18.41-30.88, DE: 10.80) con una asimetría de -0.69314 y una curtosis de 1.154. En la subescala de psicopatología externalizante (*YSR_EXT*), los menores de 15 años presentaron una media de 15.70 (IC 95%: 10.85-20.55, DE: 10.37) con una asimetría de 3.14956 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años

registraron una media más alta de 17.93 (IC 95%: 12.93-22.92, DE: 8.65) con una asimetría de 4.04782 y una curtosis de 1.154.

En la subescala de psicopatología que aborda otros problemas como los trastornos del pensamiento y la atención (YSR_OTROS), los menores de 15 años presentaron una media de 25.95 (IC 95%: 21.60-30.30, DE: 9.29) con una asimetría de 0.77174 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 29.14 (IC 95%: 22.43-35.85, DE: 11.62) con una asimetría de -0.47952 y una curtosis de 1.154.

En la subescala ansioso-deprimido, los menores de 15 años presentaron una media de 10.40 (IC 95%: 7.34-13.46, DE: 6.54) con una asimetría de -0.57188 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 10.57 (IC 95%: 7.47-13.67, DE: 5.37) con una asimetría de 1.94784 y una curtosis de 1.154.

En la subescala evitativo-deprimido, los menores de 15 años presentaron una media de 4.15 (IC 95%: 2.48-5.82, DE:3.57) con una asimetría de 3.29315 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 7.86 (IC 95%: 6.15-9.56, DE: 2.96) con una asimetría de -0.50144 y una curtosis de 1.154. *En la subescala de quejas somáticas* los menores de 15 años presentaron una media de 5.60 (IC 95%: 3.69-7.51, DE: no especificado) con una asimetría de 1.05783 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 6.21 (IC 95%: 3.56-8.87, DE: no especificado) con una asimetría de -0.19660 y una curtosis de 1.154. *En la subescala de problema sociales*, los menores de 15 años presentaron una media de 5.10 (IC 95%: 3.79-6.41, DE:2.79) con una asimetría de -1.14675 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 6.93 (IC 95%: 4.94-8.92, DE: 3.45) con una asimetría de 0.00991 y una curtosis de 1.154. *En la subescala de problemas del pensamiento*, los menores de 15 años presentaron una media de 6.95 (IC 95%: 5.04-8.86, DE: .07) con una asimetría de 2.74976 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 6.57 (IC 95%: 3.94-9.20, DE: 4.55) con una asimetría de 0.39932 y una curtosis de 1.154. *En la subescalas de problema atencionales*, los menores de 15 años presentaron una media de 7.30 (IC 95%: 5.80-8.80, DE: no especificado) con una asimetría de 0.16919 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 9.21 (IC 95%: 7.05-11.38, DE: no especificado) con una asimetría de -1.26866 y una curtosis de 1.154. *En la subescala de conducta disruptiva*, los menores de 15 años presentaron una media de 5.35 (IC 95%: 3.26-7.44, DE:4.48) con una asimetría de 1.54562 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15

años registraron una media más alta de 7.43 (IC 95%: 4.60-10.25, DE:4.89) con una asimetría de 2.95085 y una curtosis de 1.154.

En la subescala de conducta agresiva, los menores de 15 años presentaron una media de 10.35 (IC 95%: 7.33-13.37, DE: 6.46) con una asimetría de 3.68132 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 10.50 (IC 95%: 7.51-13.49, DE: 5.19) con una asimetría de 6.21263 y una curtosis de 1.154.

En la subescala de otros problemas los menores de 15 años presentaron una media de 6.60 (IC 95%: 5.47-7.73, DE:2.41) con una asimetría de -0.55615 y una curtosis de 0.992. Los mayores de 15 años registraron una media más alta de 6.43 (IC 95%: 4.41-8.45, DE: 3.50) con una asimetría de 0.62108 y una curtosis de 1.154.

Tabla 44. Estadísticos descriptivos (según edad) de la escala de psicopatología global y las subescalas.

	Edad_Categorías	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Mínimo	Curtosis		Shapiro-Wilk		Percentiles		
					Inferior	Superior	Mediana				Curtosis	EE	W	p	25th	50th	75th
YSR_TOTAL	Menores de 15	20	0	61.80	51.01	72.59	61.00	23.05	531.22	21	0.10506	0.992	0.964	0.633	44.75	61.00	70.75
	Mayores de 15	14	1	71.71	55.84	87.58	62.50	27.49	755.45	46	0.52407	1.154	0.843	0.018	50.25	62.50	79.50
YSR_INT	Menores de 15	20	0	20.15	14.35	25.95	16.50	12.40	153.82	1	-0.36956	0.992	0.912	0.069	11.75	16.50	27.50
	Mayores de 15	14	1	24.64	18.41	30.88	24.50	10.80	116.71	8	-0.69314	1.154	0.977	0.951	17.50	24.50	32.00
YSR_EXT	Menores de 15	20	0	15.70	10.85	20.55	13.50	10.37	107.48	4	3.14956	0.992	0.827	0.002	8.75	13.50	16.75
	Mayores de 15	14	1	17.93	12.93	22.92	17.00	8.65	74.84	8	4.04782	1.154	0.839	0.016	11.25	17.00	19.00
YSR_OTROS	Menores de 15	20	0	25.95	21.60	30.30	25.00	9.29	86.26	12	0.77174	0.992	0.923	0.115	20.00	25.00	30.00
	Mayores de 15	14	1	29.14	22.43	35.85	25.00	11.62	135.05	17	-0.47952	1.154	0.866	0.036	20.00	25.00	33.75
ANSIOSO_DEPRIMIDO	Menores de 15	20	0	10.40	7.34	13.46	8.50	6.54	42.78	1	-0.57188	0.992	0.910	0.064	5.75	8.50	14.25
	Mayores de 15	14	1	10.57	7.47	13.67	10.50	5.37	28.88	3	1.94784	1.154	0.928	0.287	7.00	10.50	12.00
EVITATIVO_DEPRIMIDO	Menores de 15	20	0	4.15	2.48	5.82	3.00	3.57	12.77	0	3.29315	0.992	0.854	0.006	2.00	3.00	5.25
	Mayores de 15	14	1	7.86	6.15	9.56	8.50	2.96	8.75	2	-0.50144	1.154	0.886	0.070	5.75	8.50	10.00
QUEJAS_SOMATICAS	Menores de 15	20	0	5.60	3.69	7.51	5.50	4.07	16.57	0	1.05783	0.992	0.929	0.148	2.75	5.50	7.25
	Mayores de 15	14	1	6.21	3.56	8.87	5.50	4.59	21.10	1	-0.19660	1.154	0.924	0.249	2.25	5.50	9.25
PROBLEMAS_SOCIALES	Menores de 15	20	0	5.10	3.79	6.41	5.50	2.79	7.78	1	-1.14675	0.992	0.942	0.264	3.00	5.50	7.00
	Mayores de 15	14	1	6.93	4.94	8.92	7.00	3.45	11.92	0	0.00991	1.154	0.975	0.932	4.25	7.00	8.75
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	Menores de 15	20	0	6.95	5.04	8.86	6.50	4.07	16.58	1	2.74976	0.992	0.857	0.007	4.75	6.50	8.00
	Mayores de 15	14	1	6.57	3.94	9.20	6.00	4.55	20.73	1	0.39932	1.154	0.922	0.238	3.00	6.00	9.00
PROBLEMAS_ATENCIONALES	Menores de 15	20	0	7.30	5.80	8.80	6.50	3.20	10.22	3	0.16919	0.992	0.938	0.219	5.00	6.50	9.25
	Mayores de 15	14	1	9.21	7.05	11.38	9.00	3.75	14.03	3	-1.26866	1.154	0.922	0.236	6.25	9.00	13.00
CONDUCTA_DISRUPTIVA	Menores de 15	20	0	5.35	3.26	7.44	3.50	4.48	20.03	0	1.54562	0.992	0.843	0.004	3.00	3.50	7.00
	Mayores de 15	14	1	7.43	4.60	10.25	6.50	4.89	23.96	2	2.95085	1.154	0.792	0.004	5.00	6.50	7.00
CONDUCTA_AGRESIVA	Menores de 15	20	0	10.35	7.33	13.37	9.00	6.46	41.71	1	3.68132	0.992	0.878	0.017	7.75	9.00	12.25
	Mayores de 15	14	1	10.50	7.51	13.49	9.50	5.19	26.88	6	6.21263	1.154	0.769	0.002	7.25	9.50	11.75
OTROS_PROBLEMAS	Menores de 15	20	0	6.60	5.47	7.73	7.00	2.41	5.83	2	-0.55615	0.992	0.917	0.085	5.00	7.00	8.25
	Mayores de 15	14	1	6.43	4.41	8.45	6.00	3.50	12.26	1	0.62108	1.154	0.942	0.448	4.25	6.00	7.75

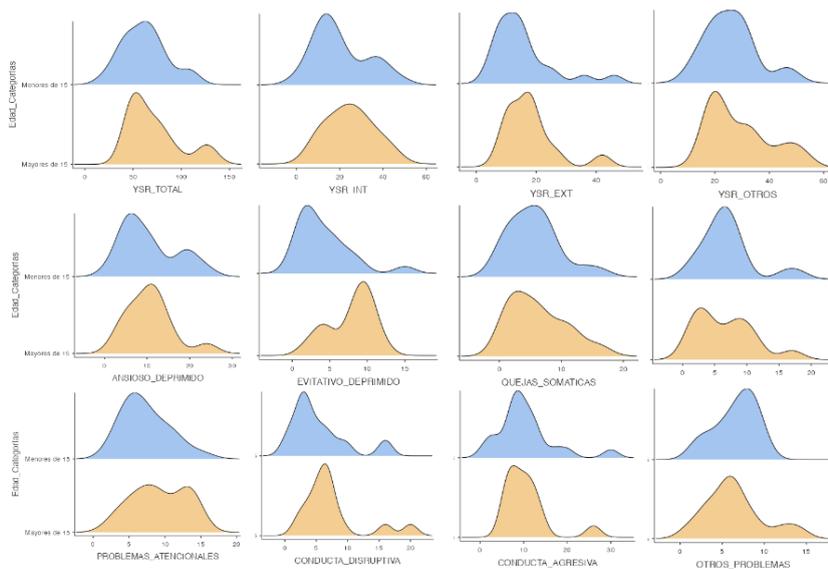


Figura 30. Densidad (según edad) de la escala de psicopatología de la escala total de psicopatología global y las subescalas.

4.2.2.2. Análisis de fiabilidad de la escala

Se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue de 0.917 y el coeficiente omega de McDonald fue de 0.918, lo que indica que los ítems de la escala están midiendo de manera coherente el constructo en cuestión. Se realizó además un análisis de fiabilidad por ítem para examinar si la eliminación de alguno mejoraría la fiabilidad general. Sin embargo, ninguno de los ítems, de eliminarse, mejora la fiabilidad según el alfa de Cronbach o el omega de McDonald.

Tabla 43. Análisis de fiabilidad de la escala.

escala	Alfa de Cronbach		ω de McDonald					
	0.917		0.918					
	Si se descarta el elemento		Si se descarta el elemento		Si se descarta el elemento			
	Alfa de Cronbach	ω de McDonald	Alfa de Cronbach	ω de McDonald	Alfa de Cronbach	ω de McDonald		
YSR_1	0.917	0.918	YSR_54	0.914	0.915	YSR_100	0.916	0.917
YSR_2	0.916	0.917	YSR_55	0.914	0.916	YSR_101	0.916	0.917
YSR_3	0.917	0.918	YSR_56_A	0.915	0.916	YSR_102	0.914	0.915
YSR_4	0.915	0.916	YSR_56_B	0.914	0.916	YSR_103	0.915	0.916
YSR_5	0.915	0.917	YSR_56_C	0.915	0.916	YSR_104	0.915	0.916
YSR_6	0.916	0.917	YSR_56_D	0.915	0.916	YSR_105	0.915	0.915
YSR_7	0.917	0.918	YSR_56_E	0.916	0.917	YSR_106	0.917	0.918
YSR_8	0.916	0.917	YSR_56_F	0.915	0.917	YSR_107	0.917	0.918
YSR_9	0.915	0.916	YSR_56_G	0.913	0.914	YSR_108	0.919	0.920
YSR_10	0.915	0.916	YSR_56_H	0.917	0.918	YSR_109	0.918	0.919
YSR_11	0.914	0.915	YSR_57	0.916	0.917	YSR_110	0.917	0.918
YSR_12	0.914	0.915	YSR_58	0.915	0.916	YSR_111	0.917	0.918
YSR_13	0.914	0.915	YSR_59	0.916	0.917	YSR_112	0.915	0.916
YSR_14	0.915	0.916	YSR_60	0.917	0.918			
YSR_15	0.918	0.920	YSR_61	0.915	0.916			
YSR_16	0.917	0.918	YSR_62	0.915	0.916			
YSR_17	0.916	0.917	YSR_63	0.915	0.916			
YSR_18	0.915	0.916	YSR_64	0.917	0.918			
YSR_19	0.915	0.916	YSR_65	0.916	0.917			
YSR_20	0.916	0.916	YSR_66	0.916	0.917			
YSR_21	0.917	0.918	YSR_67	0.917	0.919			
YSR_22	0.916	0.917	YSR_68	0.917	0.917			
YSR_23	0.916	0.918	YSR_69	0.916	0.917			
YSR_24	0.915	0.916	YSR_70	0.916	0.917			
YSR_25	0.917	0.918	YSR_71	0.915	0.916			
YSR_26	0.917	0.918	YSR_72	0.916	0.917			
YSR_27	0.916	0.917	YSR_73	0.917	0.918			
YSR_28	0.915	0.916	YSR_74	0.915	0.916			
YSR_29	0.916	0.917	YSR_75	0.915	0.917			
YSR_30	0.916	0.917	YSR_76	0.916	0.917			
YSR_31	0.915	0.916	YSR_77	0.916	0.917			
YSR_32	0.916	0.917	YSR_78	0.917	0.917			
YSR_33	0.914	0.915	YSR_79	0.917	0.918			
YSR_34	0.917	0.918	YSR_80	0.917	0.918			
YSR_35	0.914	0.915	YSR_81	0.916	0.916			
YSR_36	0.914	0.915	YSR_82	0.916	0.916			
YSR_37	0.916	0.917	YSR_83	0.915	0.916			
YSR_38	0.916	0.918	YSR_84	0.915	0.916			
YSR_39	0.917	0.917	YSR_85	0.914	0.915			
YSR_40	0.916	0.916	YSR_86	0.916	0.917			
YSR_41	0.916	0.917	YSR_87	0.914	0.915			
YSR_42	0.917	0.918	YSR_88	0.917	0.918			
YSR_43	0.915	0.916	YSR_89	0.916	0.917			
YSR_44	0.917	0.917	YSR_90	0.917	0.918			
YSR_45	0.915	0.916	YSR_91	0.914	0.916			
YSR_46	0.915	0.916	YSR_92	0.917	0.918			
YSR_47	0.915	0.916	YSR_93	0.917	0.918			
YSR_48	0.916	0.917	YSR_94	0.918	0.918			
YSR_49	0.918	0.918	YSR_95	0.918	0.918			
YSR_50	0.915	0.917	YSR_96	0.916	0.917			
YSR_51	0.916	0.917	YSR_97	0.917	0.918			
YSR_52	0.916	0.917	YSR_98	0.917	0.918			
YSR_53	0.916	0.917	YSR_99	0.915	0.915			

4.2.2.3. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

En la escala total (YSR_TOTAL), el 35.3% de los participantes (n=12) estuvieron en el rango normal, el 14.7% (n=5) estuvieron en el rango límite, y el 50.0% (n=17) en el rango clínico. En la subescala de psicopatología internalizante (YSR_INT), el 32.4% de los participantes (n=11) estuvieron en el rango normal, el 11.8% (n=4) en el rango límite, y el 55.9% (n=19) en el rango clínico. En la subescala de psicopatología externalizante (YSR_EXT), el 52.9% de los participantes (n=18) estuvieron en el rango normal, el 26.5% (n=9) en el rango límite, y el 20.6% (n=7) en el rango clínico. En la subescala ansioso-deprimido, el 58.8% de los participantes (n=20), estuvieron en el rango normal, el 5.9% (n=2) en el rango límite, y el 35.3% (n=12) en el rango clínico. En la subescala evitativo-deprimido, el 61.8% de los participantes (n=21) estuvieron en el rango normal, el 14.7% (n=5) en el rango límite, y el 23.5% (n=8) en el rango clínico. En la subescala quejas somáticas, el 61.8% de los participantes (n=21) estuvieron en el rango normal, el 23.5% (n=8) en el rango límite, y el 14.7% (n=5) en el rango clínico. En la subescala problemas sociales, el 70.6% de los participantes (n=24) estuvieron en el rango normal, el 17.6% (n=6) en el rango límite, y el 11.8% (n=4) en el rango clínico. En la subescala problemas del pensamiento, el 79.4% de los participantes (n=27) estuvieron en el rango normal, el 8.8% (n=3) en el rango límite, y el 11.8% (n=4) en el rango clínico. En la subescala problemas atencionales, el 67.6% de los participantes (n=23) estuvieron en el rango normal, el 11.8% (n=4) en el rango límite, y el 20.6% (n=7) en el rango clínico. Este resultado implica que un 20.6% de la muestra global está en rango clínico. En la subescala conducta disruptiva, el 82.4% de los participantes (n=28) estuvieron en el rango normal, el 5.9% (n=2) en el rango límite, y el 11.8% (n=4) en el rango clínico. En la subescala conducta agresiva, el 76.5% de los participantes (n=26) estuvieron en el rango normal, el 14.7% (n=5) en el rango límite, y el 8.8% (n=3) en el rango clínico.

Tabla 43. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos

YSR_TOTAL_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	YSR_INT_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado	YSR_EXT_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	12	35.3 %	35.3 %	Normal	11	32.4 %	32.4 %	Normal	18	52.9 %	52.9 %
Border	5	14.7 %	50.0 %	Border	4	11.8 %	44.1 %	Border	9	26.5 %	79.4 %
Clínico	17	50.0 %	100.0 %	Clínico	19	55.9 %	100.0 %	Clínico	7	20.6 %	100.0 %

ANSIOSO_DEPRIMIDO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	20	58.8 %	58.8 %
Border	2	5.9 %	64.7 %
Clínico	12	35.3 %	100.0 %

EVITATIVO_DEPRIMIDO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	21	61.8 %	61.8 %
Border	5	14.7 %	76.5 %
Clínico	8	23.5 %	100.0 %

QUEJAS_SOMÁTICAS_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	21	61.8 %	61.8 %
Border	8	23.5 %	85.3 %
Clínico	5	14.7 %	100.0 %

CONDUCTA_DISRUPTIVA_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	28	82.4 %	82.4 %
Border	2	5.9 %	88.2 %
Clínico	4	11.8 %	100.0 %

PROBLEMAS_SOCIALES_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	24	70.6 %	70.6 %
Border	6	17.6 %	88.2 %
Clínico	4	11.8 %	100.0 %

PROBLEMAS_PENSAMIENTO_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	27	79.4 %	79.4 %
Border	3	8.8 %	88.2 %
Clínico	4	11.8 %	100.0 %

PROBLEMAS_ATENCIONALES_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	23	67.6 %	67.6 %
Border	4	11.8 %	79.4 %
Clínico	7	20.6 %	100.0 %

CONDUCTA_AGRESIVA_T	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Normal	26	76.5 %	76.5 %
Border	5	14.7 %	91.2 %
Clínico	3	8.8 %	100.0 %

4.2.3. Cuestionario de Autorreporte de Estructura (OPD-CA2-SQ)

4.2.3.1. Estadísticos descriptivos generales.

En la escala OPD-CA2-SQ, de los 35 participantes en el estudio, se obtuvieron datos válidos de todos los individuos. *En el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (OPD_TOTAL_T)*, se obtuvo una media de 53.4 (IC 95%: 50.1 - 56.7, DE:9.74), con una mediana de 52.0. Los datos mostraron una asimetría ligeramente positiva de 0.321 y una curtosis de -0.2258. *En la subescala que refiere al control emocional (opd_control_t)*, se observó una media de 55.6 (IC 95%: 52.3 - 58.9, DE:9,66) y una mediana de 56.0. Se encontró una asimetría moderada de 0.247 y una curtosis de -0.0557. *El análisis de la subescala referida a la Identidad (opd_identidad_t)*, mostró una media de 52.9 (IC 95%: 49.1 - 56.6, DE:10.97), y una mediana de 50.0. La asimetría fue 0.409 y la curtosis -0.2864. *En la subescala referida a la interpersonalidad (opd_interpersonalidad_t)* se observó una media de 51.7 (IC 95%: 48.8 - 54.7, DE:8,60) y una mediana de 50.0. Se encontró una asimetría de -0.136 y una curtosis de -0.3330. *Finalmente, en la subescala referida al apego (opd_apego_t)*, se obtuvo una media de 52.9 (IC 95%: 49.5 - 56.4, DE:10,07) y una mediana de 53.0. Se detectó una asimetría de 0.561 y una curtosis de 0.1309. La prueba de Shapiro-Wilk resultó no significativa en todas las subescalas, indicando que los datos se distribuyen normalmente.

Tabla 44. Estadísticos descriptivos de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

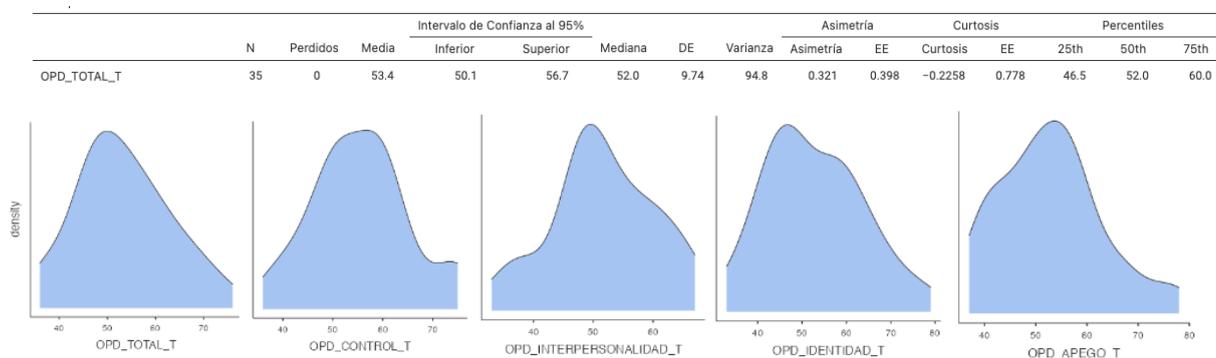


Figura 31. Densidad de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*) del OPD-CA2-SQ.

4.2.3.2. Estadísticos descriptivos según sexo.

En la escala OPD-CA2-SQ, se obtuvieron datos válidos de 35 individuos para cada sexo. En el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (*OPD_TOTAL_T*), los hombres ($n=17$), obtuvieron una media de 50.4 (IC 95%: 46.5 - 54.3, DE: 7.53) y las mujeres ($n=18$), una media de 56.2 (IC 95%: 50.8 - 61.6, DE: 10.90). Los datos mostraron una asimetría de -0.2050 para los hombres y 0.0916 para las mujeres, y una curtosis de -0.385 para los hombres y -0.737 para las mujeres. En la subescala que refiere al control emocional (*OPD_CONTROL_T*), se observó una media de 51.1 (IC 95%: 47.1 - 55.0, DE: 7.73) para los hombres y 59.8 (IC 95%: 55.1 - 64.6, DE: 9.54) para las mujeres. Se encontró una asimetría de -0.4700 para los hombres y 0.2693 para las mujeres, y una curtosis de -0.744 para los hombres y -0.833 para las mujeres. El análisis de la subescala referida a la Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), mostró una media de 50.2 (IC 95%: 46.0 - 54.4, DE: 8.15) para los hombres y 55.4 (IC 95%: 49.0 - 61.8, DE: 12.82) para las mujeres. La asimetría fue de -0.0984 para los hombres y 0.1709 para las mujeres, y la curtosis de -0.833 para los hombres y -0.870 para las mujeres. En la subescala referida a la Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*), se observó una media de 50.7 (IC 95%: 46.7 - 54.7, DE: 7.76) para los hombres y 52.7 (IC 95%: 48.0 - 57.4, DE: 9.45) para las mujeres. Se encontró una asimetría de 0.2764 para los hombres y -0.4724 para las mujeres, y una curtosis de 0.355 para los hombres y -0.285 para las mujeres.

Finalmente, en la subescala referida al apego (*OPD_APEGO_T*), se obtuvo una media de 49.1 (IC 95%: 45.1 - 53.0, DE: 7.73) para los hombres y 56.6 (IC 95%: 51.2 - 62.0, DE: 10.84) para las mujeres. Se detectó una asimetría de 0.1181 para los hombres y 0.3570 para las mujeres, y una curtosis de -1.125 para los hombres y -0.213 para las mujeres.

Tabla 45. Estadísticos descriptivos (según sexo) de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

	Sexo:	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Percentiles		
					Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	Mujer	18	0	56.2	50.8	61.6	56.0	10.90	118.9	0.0916	0.536	-0.737	1.04	48.3	56.0	64.5
	Hombre	17	0	50.4	46.5	54.3	50.0	7.53	56.6	-0.2050	0.550	-0.385	1.06	46.0	50.0	56.0
OPD_CONTROL_T	Mujer	18	0	59.8	55.1	64.6	58.5	9.54	91.0	0.2693	0.536	-0.833	1.04	52.0	58.5	64.5
	Hombre	17	0	51.1	47.1	55.0	52.0	7.73	59.7	-0.4700	0.550	-0.744	1.06	46.0	52.0	58.0
OPD_IDENTIDAD_T	Mujer	18	0	55.4	49.0	61.8	55.5	12.82	164.3	0.1709	0.536	-0.870	1.04	44.8	55.5	65.5
	Hombre	17	0	50.2	46.0	54.4	50.0	8.15	66.4	-0.0984	0.550	-0.833	1.06	44.0	50.0	58.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Mujer	18	0	52.7	48.0	57.4	52.0	9.45	89.3	-0.4724	0.536	-0.285	1.04	49.0	52.0	59.8
	Hombre	17	0	50.7	46.7	54.7	50.0	7.76	60.2	0.2764	0.550	0.355	1.06	47.0	50.0	55.0
OPD_APEGO_T	Mujer	18	0	56.6	51.2	62.0	55.5	10.84	117.4	0.3570	0.536	-0.213	1.04	50.3	55.5	62.8
	Hombre	17	0	49.1	45.1	53.0	48.0	7.73	59.7	0.1181	0.550	-1.125	1.06	42.0	48.0	56.0

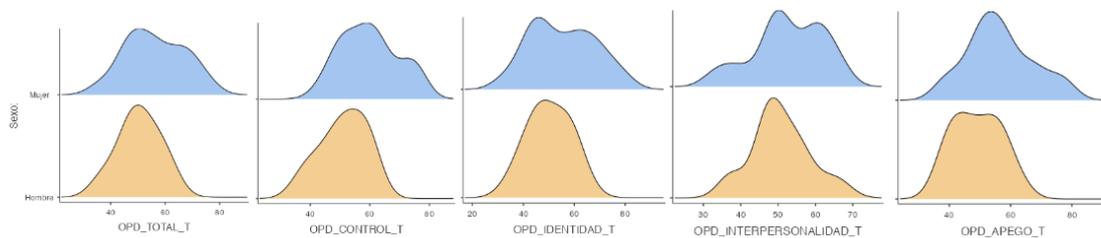


Figura 32. Densidad (según edad) de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

4.2.3.3. Estadísticos descriptivos según grupo de edad

Para el análisis de la escala que refiere al nivel de integración estructural total (*OPD_TOTAL_T*), los menores de 15 años ($n=20$) tuvieron una media de 52.3 (IC 95%: 47.7 - 56.9, DE: 9.86), con una mediana de 50.0, una asimetría de 0.258 y una curtosis de -0.5671. En los mayores de 15 años ($n=15$), se observó una media de 54.9 (IC 95%: 49.5 - 60.2, DE: 9.71), con una mediana de 56.0, una asimetría de 0.499 y una curtosis de 0.5585. En la subescala que refiere al control emocional (*OPD_CONTROL_T*), se encontró una media de 56.3 (IC 95%: 52.0 - 60.5, DE: 9.10) para los menores de 15 años y una media de 54.7 (IC 95%: 48.8 - 60.6, DE: 10.63) para los mayores de 15 años, con asimetría de -0.130 y 0.681 respectivamente y curtosis de 0.4435 y 0.1328 respectivamente.

El análisis de la subescala referida a la Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*) se encontró una media de 51.0 (IC 95%: 46.1 - 56.0, DE: 10.63) para los menores de 15 años y una media de 55.3 (IC 95%: 49.0 - 61.5, DE: 11.32) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.227 y 0.639 respectivamente y curtosis de -0.8102 y 0.0860 respectivamente. En la subescala referida a la Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*), se observó una media de 49.8 (IC 95%: 45.8 - 53.8, DE: 8.49) para los menores de 15 años y una media de 54.3 (IC 95%: 49.6 - 58.9, DE: 8.34) para los mayores de 15 años, con asimetría de -0.147 y -0.136 respectivamente y curtosis de -0.3461 y -0.1544 respectivamente.

Finalmente, en la subescala referida al apego (*OPD_APEGO_T*), se encontró una media de 52.6 (IC 95%: 47.4 - 57.9, DE: 11.22) para los menores de 15 años y una media de 53.3 (IC 95%: 48.5 - 58.1, DE: 8.68) para los mayores de 15 años, con asimetría de 0.329 y 1.421 respectivamente y curtosis de -0.9084 y 4.2533 respectivamente. El análisis de la normalidad de los datos utilizando la prueba de Shapiro-Wilk reveló variabilidad en la conformidad de las diferentes escalas y grupos de edad con una distribución normal.

Tabla 45. Estadísticos descriptivos (según edad) de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

	Edad_Categorías	N	Perdidos	Media	Intervalo de Confianza al 95%			DE	Varianza	Asimetría		Curtosis		Percentiles		
					Inferior	Superior	Mediana			Asimetría	EE	Curtosis	EE	25th	50th	75th
OPD_TOTAL_T	Menores de 15	20	0	52.3	47.7	56.9	50.0	9.86	97.2	0.258	0.512	-0.5671	0.992	45.8	50.0	60.3
	Mayores de 15	15	0	54.9	49.5	60.2	56.0	9.71	94.3	0.499	0.580	0.5585	1.121	48.5	56.0	58.0
OPD_CONTROL_T	Menores de 15	20	0	56.3	52.0	60.5	58.0	9.10	82.7	-0.130	0.512	0.4435	0.992	51.3	58.0	61.3
	Mayores de 15	15	0	54.7	48.8	60.6	52.0	10.63	113.0	0.681	0.580	0.1328	1.121	48.5	52.0	59.5
OPD_IDENTIDAD_T	Menores de 15	20	0	51.0	46.1	56.0	48.5	10.63	113.0	0.227	0.512	-0.8102	0.992	43.5	48.5	58.5
	Mayores de 15	15	0	55.3	49.0	61.5	57.0	11.32	128.1	0.639	0.580	0.0860	1.121	46.0	57.0	59.0
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Menores de 15	20	0	49.8	45.8	53.8	50.0	8.49	72.1	-0.147	0.512	-0.3461	0.992	46.8	50.0	55.5
	Mayores de 15	15	0	54.3	49.6	58.9	54.0	8.34	69.6	-0.136	0.580	-0.1544	1.121	49.0	54.0	60.5
OPD_APEGO_T	Menores de 15	20	0	52.6	47.4	57.9	50.5	11.22	125.8	0.329	0.512	-0.9084	0.992	43.3	50.5	60.0
	Mayores de 15	15	0	53.3	48.5	58.1	53.0	8.68	75.4	1.421	0.580	4.2533	1.121	48.5	53.0	56.5

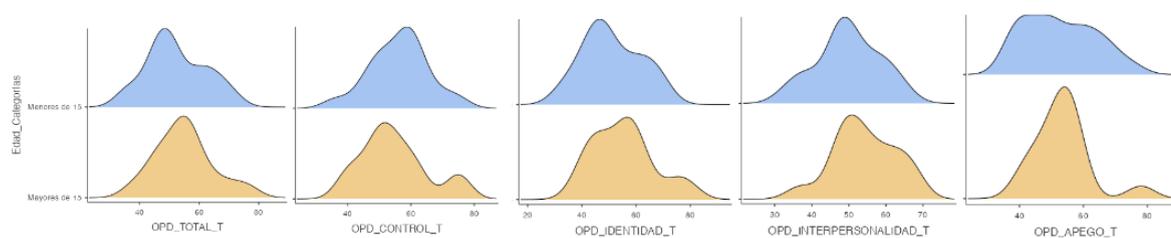


Figura 33. Densidad (según edad) de la escala total (*OPD_TOTAL_T*) y las subescalas de control emocional (*OPD_CONTROL_T*), Identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*), Interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*) y Apego (*OPD_APEGO_T*).

4.2.3.4. Análisis de fiabilidad de la escala

Se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala total fue de 0.955 y el coeficiente omega de McDonald fue de 0.956, lo que indica que los ítems de la escala están midiendo de manera coherente el constructo en cuestión. Se realizó además un análisis de fiabilidad por ítem para examinar si la eliminación de alguno mejoraría la fiabilidad general. Sin embargo, ninguno de los ítems, de eliminarse, mejora la fiabilidad según el alfa de Cronbach o el omega de McDonald de manera significativa.

Tabla 46. Análisis de fiabilidad de la escala.

escala	Cronbach		Donald	
	Si se descarta el elemento		Si se descarta el elemento	
	Alfa de Cronbach	ω de McDonald	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
OPD_1	0.954	0.955	OPD_54	0.954
OPD_2	0.955	0.957	OPD_55	0.954
OPD_3	0.955	0.956	OPD_56	0.954
OPD_4	0.954	0.956	OPD_57	0.953
OPD_5	0.954	0.955	OPD_58	0.954
OPD_6	0.954	0.956	OPD_59	0.954
OPD_7	0.954	0.956	OPD_60	0.954
OPD_8	0.955	0.957	OPD_61	0.954
OPD_9	0.954	0.956	OPD_62	0.954
OPD_10	0.955	0.956	OPD_63	0.955
OPD_11	0.956	0.957	OPD_64	0.955
OPD_12	0.955	0.957	OPD_65	0.954
OPD_13	0.955	0.956	OPD_66	0.954
OPD_14	0.956	0.957	OPD_67	0.954
OPD_15	0.954	0.956	OPD_68	0.954
OPD_16	0.955	0.956	OPD_69	0.955
OPD_17	0.954	0.955	OPD_70	0.955
OPD_18	0.954	0.955	OPD_71	0.954
OPD_19	0.953	0.955	OPD_72	0.954
OPD_20	0.955	0.956	OPD_73	0.955
OPD_21	0.954	0.956	OPD_74	0.953
OPD_22	0.954	0.956	OPD_75	0.953
OPD_23	0.954	0.955	OPD_76	0.954
OPD_24	0.955	0.956	OPD_77	0.954
OPD_25	0.955	0.956	OPD_78	0.954
OPD_26	0.955	0.957	OPD_79	0.954
OPD_27	0.955	0.956	OPD_80	0.954
OPD_28	0.956	0.957	OPD_81	0.954
OPD_29	0.955	0.957		
OPD_30	0.954	0.956		
OPD_31	0.953	0.955		
OPD_32	0.954	0.956		
OPD_33	0.954	0.956		
OPD_34	0.954	0.955		
OPD_35	0.954	0.956		
OPD_36	0.955	0.956		
OPD_37	0.953	0.955		
OPD_38	0.955	0.957		
OPD_39	0.954	0.956		
OPD_40	0.955	0.956		
OPD_41	0.955	0.957		
OPD_42	0.954	0.956		
OPD_43	0.953	0.955		
OPD_44	0.954	0.956		
OPD_45	0.953	0.955		
OPD_46	0.955	0.957		
OPD_47	0.954	0.955		
OPD_48	0.954	0.955		
OPD_49	0.954	0.956		
OPD_50	0.954	0.955		
OPD_51	0.955	0.957		
OPD_52	0.954	0.956		
OPD_53	0.955	0.957		

4.2.3.5. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte establecidos.

En este sentido, al analizar el valor total de la integración de la estructura psíquica (OPD_TOTAL_T), en comparación con este promedio normativo, se encontró que de un total de 35 participantes, 8 (22.9%) presentaban una integración alterada, mientras que 27 (77.1%) mostraban una integración normal. En la dimensión que representa el control emocional (OPD_CONTROL_T), se observó el mismo patrón: 10 participantes (28.6%) con integración alterada y 25 (71.4%) con integración normal.

En la dimensión correspondiente a la identidad (OPD_IDENTIDAD_T) se encontró que 7 participantes (20.0%) tenían una integración alterada, mientras que 28 (80.0%) mostraban una integración normal. En la dimensión que refiere al funcionamiento interpersonal (OPD_INTERPERSONALIDAD_T), se observó que 6 individuos (17.1%) mostraban una integración alterada y 29 (82.9%) mostraban una integración normal. Finalmente, en la dimensión que refiere al apego (OPD_APEGO_T), se encontró que 6 individuos (17.1%) mostraban una integración alterada, mientras que 29 (82.9%) mostraban una integración normal.

Tabla 47. Resultados según categorías de severidad definidas por puntos de corte.

4.2.4. Análisis de significancia estadística de las diferencias encontradas en los cuestionarios

Se aborda la significancia de las diferencias obtenidas en los cuestionarios según las diferentes variables de corte. Según los resultados obtenidos de la prueba de Shapiro-Wilk, se observó que la mayoría de las variables cumplen con el supuesto de normalidad ($p < 0.05$). Por lo tanto, los análisis implementados incluyeron la Prueba T para Muestras Independientes. En aquellas variables que no cumplieron con este supuesto se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney. Además, en el análisis de significancia estadística, se decidió estudiar también el tamaño del efecto de las mismas, a través de la correlación biseriada de rangos.

Tabla 48. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de las diferentes variables en estudio.

	W	p
YSR_TOTAL	0.967	0.380
YSR_INT	0.984	0.886
YSR_EXT	0.835	< .001
YSR_OTROS	0.941	0.066
ANSIOSO_DEPRIMIDO	0.966	0.354
EVITATIVO_DEPRIMIDO	0.953	0.153
QUEJAS_SOMATICAS	0.965	0.334
PROBLEMAS_SOCIALES	0.981	0.812
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	0.937	0.050
PROBLEMAS_ATENCIONALES	0.948	0.104
CONDUCTA_DISRUPTIVA	0.850	< .001
CONDUCTA_AGRESIVA	0.839	< .001
OTROS_PROBLEMAS	0.976	0.658
OPD_TOTAL_T	0.990	0.987
OPD_CONTROL_T	0.972	0.486
OPD_IDENTIDAD_T	0.986	0.936
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.972	0.495
OPD_APEGO_T	0.987	0.953

Nota. Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

4.2.5. Significancia estadística de las diferencias según sexo.

En el análisis de la escala YSR y sus subdimensiones, se encontraron diferencias significativas en varias de las subdimensiones. En la escala total del YSR (YSR_TOTAL), no se encontraron diferencias significativas ($p=0.169$). Sin embargo, en la subdimensión de psicopatología internalizante (YSR_INT), las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas ($p=0.052$), con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen= 0.5746). En la subdimensión de psicopatología externalizante (YSR_EXT), no se encontraron diferencias significativas ($p=0.664$). En la subdimensión de otros problemas (YSR_OTROS), tampoco se encontraron diferencias significativas ($p=0.185$). En las subdimensiones específicas del YSR, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas en la subdimensión de ansiedad y depresión (ANSIOSO_DEPRIMIDO) ($p=0.031$), con un tamaño del efecto grande (d de Cohen= 0.6661). También en la subdimensión de problemas de pensamiento (PROBLEMAS_PENSAMIENTO). Se encontró una diferencia significativa ($p=0.046$), con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen= 0.5979). En ninguna de las otras dimensiones se encontraron diferencias significativas entre sexo.

En el análisis de las diferencias en las dimensiones de la escala OPD-CA2-SQ, se encontraron diferencias significativas en varias dimensiones. *En la dimensión que refiere al nivel de integración estructural total (OPD_TOTAL_T)*, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas que los hombres ($T = 1.8242$, $gl = 33$, $p = 0.039$), con un tamaño de efecto medio (d de Cohen = 0.6169). *En la dimensión que refiere al control emocional*

(*OPD_CONTROL_T*), las mujeres también obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres ($T = 2.9800$, $gl = 33$, $p = 0.003$), con un tamaño de efecto grande (d de Cohen = 1.0078). En la dimensión que refiere al apego (*OPD_APEGO_T*), las mujeres nuevamente obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres ($T = 2.3614$, $gl = 33$, $p = 0.012$), con un tamaño de efecto grande (d de Cohen = 0.7986). Por otro lado, en las dimensiones que refieren a la identidad (*OPD_IDENTIDAD_T*) y la interpersonalidad (*OPD_INTERPERSONALIDAD_T*), no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($T = 1.4260$, $gl = 33$, $p = 0.082$ y $T = 0.6686$, $gl = 33$, $p = 0.254$, respectivamente). Al realizar la prueba U de Mann Whitney en las subdimensiones que no cumplían con la normalidad, las diferencias encontradas no fueron significativas.

Tabla 49. Análisis de significancia estadística de las diferencias en las escalas según sexo.

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto	
YSR_TOTAL	T de Student	0.974*	32.0	0.169	8.396	8.617	La d de Cohen	0.3348
YSR_INT	T de Student	1.672*	32.0	0.052	6.611	3.953	La d de Cohen	0.5746
YSR_OTROS	T de Student	0.909	32.0	0.185	3.215	3.537	La d de Cohen	0.3123
ANSIOSO_DEPRIMIDO	T de Student	1.939*	32.0	0.031	3.840	1.981	La d de Cohen	0.6661
EVITATIVO_DEPRIMIDO	T de Student	0.434	32.0	0.334	0.569	1.312	La d de Cohen	0.1491
QUEJAS_SOMATICAS	T de Student	1.544*	32.0	0.066	2.201	1.426	La d de Cohen	0.5304
PROBLEMAS_SOCIALES	T de Student	0.391	32.0	0.349	0.431	1.101	La d de Cohen	0.1343
PROBLEMAS_ATENCIONALES	T de Student	-0.153	32.0	0.560	-0.188	1.225	La d de Cohen	-0.0526
OTROS_PROBLEMAS	T de Student	0.531	32.0	0.300	0.528	0.995	La d de Cohen	0.1823
OPD_TOTAL_T	T de Student	1.824	33.0	0.039	5.810	3.185	La d de Cohen	0.6169
OPD_CONTROL_T	T de Student	2.980	33.0	0.003	8.775	2.944	La d de Cohen	1.0078
OPD_IDENTIDAD_T	T de Student	1.426*	33.0	0.082	5.212	3.655	La d de Cohen	0.4823
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	T de Student	0.669	33.0	0.254	1.961	2.933	La d de Cohen	0.2261
OPD_APEGO_T	T de Student	2.361	33.0	0.012	7.552	3.198	La d de Cohen	0.7986

Nota. $H_0: \mu_{\text{Mujer}} > \mu_{\text{Hombre}}$

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
YSR_EXT	U de Mann-Whitney	112	0.870	-3.00	Correlación biseriada de rangos	0.222
CONDUCTA_DISRUPTIVA	U de Mann-Whitney	119	0.813	-1.00	Correlación biseriada de rangos	0.174
CONDUCTA_AGRESIVA	U de Mann-Whitney	115	0.847	-2.00	Correlación biseriada de rangos	0.201

Nota. $H_0: \mu_{\text{Mujer}} > \mu_{\text{Hombre}}$

4.2.6. Significancia estadística de las diferencias según edad

Al analizar las diferencias por edad en las escalas y sus subdimensiones, se encontraron diferencias significativas únicamente en la subdimensión de evitativo deprimido de la escala YSR (EVITATIVO_DEPRIMIDO). En esta subdimensión, los participantes mayores mostraron puntuaciones significativamente más altas ($p=0.001$), con un tamaño del efecto grande (d de Cohen=-1.1110).

En todas las demás dimensiones y subdimensiones de la escala YSR y OPD-CA2-SQ, las diferencias por edad no fueron estadísticamente significativas, al analizarse por los estadísticos correspondientes considerando el supuesto de normalidad.

Tabla 49. *Análisis de significancia estadística de las diferencias en las escalas según edad.*

		Estadístico	gl	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto	
YSR_INT	T de Student	-1.095	32.0	0.282	-4.493	4.10	La d de Cohen	-0.3814
PROBLEMAS_SOCIALES	T de Student	-1.706	32.0	0.098	-1.829	1.07	La d de Cohen	-0.5945
PROBLEMAS_ATENCIONALES	T de Student	-1.601	32.0	0.119	-1.914	1.20	La d de Cohen	-0.5580
OTROS_PROBLEMAS	T de Student	0.169	32.0	0.867	0.171	1.01	La d de Cohen	0.0590
OPD_TOTAL_T	T de Student	-0.767	33.0	0.448	-2.567	3.35	La d de Cohen	-0.2620
OPD_CONTROL_T	T de Student	0.474	33.0	0.638	1.583	3.34	La d de Cohen	0.1620
OPD_IDENTIDAD_T	T de Student	-1.130	33.0	0.267	-4.217	3.73	La d de Cohen	-0.3859
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	T de Student	-1.552	33.0	0.130	-4.467	2.88	La d de Cohen	-0.5300
OPD_APEGO_T	T de Student	-0.196	33.0	0.846	-0.683	3.49	La d de Cohen	-0.0669

Nota. $H_0: \mu$ Menores de 15 \neq μ Mayores de 15

		Estadístico	p	Diferencia de medias	EE de la diferencia	Tamaño del Efecto
YSR_TOTAL	U de Mann-Whitney	114.0	0.186	-8.00	Correlación biseriada de rangos	0.1857
YSR_EXT	U de Mann-Whitney	102.5	0.097	-3.00	Correlación biseriada de rangos	0.2679
CONDUCTA_AGRESIVA	U de Mann-Whitney	137.0	0.465	-4.49e-6	Correlación biseriada de rangos	0.0214
CONDUCTA_DISRUPTIVA	U de Mann-Whitney	92.5	0.049	-2.00	Correlación biseriada de rangos	0.3393
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	U de Mann-Whitney	134.0	0.590	6.27e-5	Correlación biseriada de rangos	0.0429
ANSIOSO_DEPRIMIDO	U de Mann-Whitney	127.5	0.337	-1.00	Correlación biseriada de rangos	0.0893
EVITATIVO_DEPRIMIDO	U de Mann-Whitney	52.0	0.001	-4.00	Correlación biseriada de rangos	0.6286

Nota. $H_0: \mu$ Menores de 15 $<$ μ Mayores de 15

4.2.7. Estudios Correlacionales

4.2.8. Matriz de Correlaciones

Llevamos a cabo el estudio correlacional de la muestra con el objetivo de entender y evaluar las relaciones entre las variables psicométricas derivadas del YSR y el OPD-CA2.-SQ. Las correlaciones se calcularon para todas las posibles parejas de variables. El resultado es una matriz de correlaciones que proporciona un resumen compacto y de fácil lectura de todas las correlaciones observadas. Todos los valores de correlación reportados tienen una dirección positiva. Predominantemente las correlaciones son significativas fuertes o moderadas ($p < .001$ o 0.01), lo que indica que las relaciones observadas no son aleatorias y podrían tener relevancia clínica.

Tabla 50. Matriz de correlaciones (Spearman), entre los scores globales de las escalas y sus subdimensiones en la muestra clínica.

		YSR_TOTAL	YSR_INT	YSR_EXT	YSR_OTROS	OPD_TOTAL_T	OPD_CONTROL_T	OPD_IDENTIDAD_T	OPD_INTERPERSONALIDAD_T
YSR_TOTAL	Rho de Spearman	—							
	gl	—							
	valor p	—							
YSR_INT	Rho de Spearman	0.803***	—						
	gl	32	—						
	valor p	< .001	—						
YSR_EXT	Rho de Spearman	0.565***	0.078	—					
	gl	32	32	—					
	valor p	< .001	0.330	—					
YSR_OTROS	Rho de Spearman	0.853***	0.740***	0.351*	—				
	gl	32	32	32	—				
	valor p	< .001	< .001	0.021	—				
OPD_TOTAL_T	Rho de Spearman	0.865***	0.802***	0.369*	0.812***	—			
	gl	32	32	32	32	—			
	valor p	< .001	< .001	0.016	< .001	—			
OPD_CONTROL_T	Rho de Spearman	0.558***	0.470**	0.283	0.613***	0.715***	—		
	gl	32	32	32	32	33	—		
	valor p	< .001	0.003	0.052	< .001	< .001	—		
OPD_IDENTIDAD_T	Rho de Spearman	0.866***	0.813***	0.379*	0.782***	0.975***	0.656***	—	
	gl	32	32	32	32	33	33	—	
	valor p	< .001	< .001	0.014	< .001	< .001	< .001	—	
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	Rho de Spearman	0.786***	0.829***	0.276	0.786***	0.900***	0.479**	0.866***	—
	gl	32	32	32	32	33	33	33	—
	valor p	< .001	< .001	0.057	< .001	< .001	0.002	< .001	—
OPD_APEGO_T	Rho de Spearman	0.792***	0.701***	0.352*	0.626***	0.896***	0.551***	0.849***	0.817***
	gl	32	32	32	32	33	33	33	33
	valor p	< .001	< .001	0.021	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota. H_1 es correlación positiva

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, una cola

Como puede verse, al analizar las escalas totales del YSR (YSR_TOTAL) y el OPD (OPD_TOTAL_T), se encontró una correlación positiva y significativa, con coeficientes de Spearman de 0.865 ($p < 0.001$). Al relacionar este score con las propias subdimensiones de la escala (YSR_INT, YSR_EXT Y YSR_OTROS), las correlaciones son también positivas fuertes y significativas con $p < 0.001$ en todos los casos. Al referirnos a las correlaciones del Score total del YSR con las subdimensiones del OPD, encontramos que esta es de 0.558 para OPD_CONTROL_T, 0.866 para OPD_IDENTIDAD_T, 0.786 para OPD_INTERPERSONALIDAD_T y 0.792 para OPD_APEGO_T (todos con $p < 0.001$).

En la subdimensión de psicopatología internalizante del YSR (YSR_INT), se encontraron correlaciones positivas y significativas con las dimensiones de la escala OPD-CA2-SQ, con coeficientes de Spearman de 0.802 para OPD_TOTAL_T, 0.470 para OPD_CONTROL_T, 0.813 para OPD_IDENTIDAD_T, 0.829 para OPD_INTERPERSONALIDAD_T y 0.701 para OPD_APEGO_T (todos con $p < 0.01$). Se destaca que la relación entre YSR_INT e YSR_EXT, es baja y no significativa. Esto es coherente con la teoría de que informan aspectos diferentes de la psicopatología. En la subdimensión de psicopatología externalizante del YSR (YSR_EXT), se encontraron correlaciones positivas y significativas moderadas con la propia escala, y aunque significativas en su mayoría, más débiles en general al correlacionarse con las dimensiones de la escala OPD-CA2-SQ, con coeficientes de Spearman de 0.369 para OPD_TOTAL_T, 0.283, 0.379 para OPD_IDENTIDAD_T, 0.276 y 0.352 para OPD_APEGO_T (todos con $p < 0.05$). Es importante resaltar que la correlación del YSR_EXT con OPD_CONTROL_T Y OPD_INTERPERSONALIDAD_T no fue estadísticamente significativa.

En la subdimensión de otros problemas del YSR (YSR_OTROS), se encontraron correlaciones positivas y significativas con las dimensiones de la propia escala y la escala OPD-CA2-SQ, con coeficientes de Spearman de 0.812 para OPD_TOTAL_T, 0.613 para OPD_CONTROL_T, 0.782 para OPD_IDENTIDAD_T, 0.786 para OPD_INTERPERSONALIDAD_T y 0.626 para OPD_APEGO_T (todos con $p < 0.001$).

4.2.9. Técnicas de reducción de dimensionalidad

4.2.9.1. Análisis de componentes principales

4.2.9.1.1. Variables globales

Se llevó a cabo un Análisis de componentes principales con las dos variables globales, referidas al nivel global de psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad (YSR_TOTAL y OPD_TOTAL). Los supuestos para este análisis se cumplieron adecuadamente. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran lo suficientemente fuertes para el ACP ($X^2 = 48.0$, $gl = 1$, $p < 0.001$), y el índice KMO fue de 0.500 para ambas variables (YSR_TOTAL y OPD_TOTAL). Aunque este índice es un poco bajo, la combinación de la prueba de esfericidad de Bartlett y la proporción de varianza explicada por el componente principal sugiere que el ACP puede ser útil.

Tabla 51. *Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (variables globales)*

χ^2	gl	p
48.0	1	< .001

	MSA
Global	0.500
YSR_TOTAL	0.500
OPD_TOTAL_T	0.500

La matriz resultante del ACP reveló un solo factor que explicaba el 94.2% de la varianza total. Esto indica que existe una dimensión subyacente común que explica una gran proporción de la variabilidad en las dos variables.

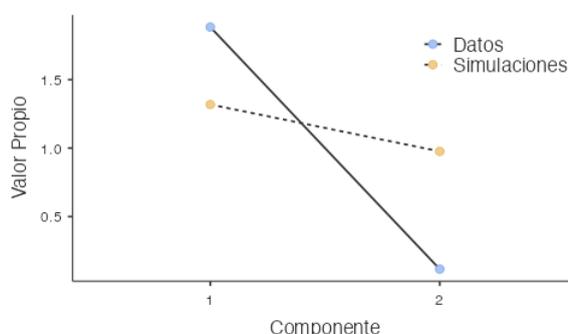
Tabla 52. *Estadísticas de los componentes*

Componente	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	1.88	94.2	94.2

Además, sólo se encontró un valor propio significativo por encima de 1, que fue 1.884. La gráfica de sedimentación también respaldó la decisión de retener un único componente principal.

Tabla 53. *Valores propios iniciales*

Valores Propios Iniciales			
Componente	Valor Propio	% de la Varianza	% Acumulado
1	1.884	94.22	94.2
2	0.116	5.78	100.0

Gráfica de Sedimentación**Figura 34.** *Gráfico de sedimentación de los componentes principales.*

Las cargas factoriales (pesos de las variables en el componente principal) fueron 0.971 para OPD_TOTAL y 0.971 para YSR_TOTAL, lo que indica que ambas variables contribuyeron de manera significativa al componente principal y las unicidades fueron 0.0578 para OPD_TOTAL y 0.0578 para YSR_TOTAL.

Tabla 53. *Carga de los componentes*

	Componente	
	1	Unicidad
YSR_TOTAL	0.971	0.0578
OPD_TOTAL_T	0.971	0.0578

Nota. Se utilizó la rotación 'oblimin'

4.2.9.2. Análisis con las subdimensiones de las escalas.

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales (ACP) con las subdimensiones del YSR y OPD-CA2-SQ. Los supuestos para este análisis se cumplieron adecuadamente. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran lo suficientemente fuertes para el ACP ($X^2 = 3355$, $gl = 120$, $p < 0.001$), y el índice KMO fue de 0.500 para todas las variables. Nuevamente, aunque este índice es un poco bajo, la combinación de la prueba de esfericidad de Bartlett y la proporción de varianza explicada por el componente principal sugiere que el ACP puede ser útil para entender las relaciones entre las variables.

Tabla 51. Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (subdimensiones).

χ^2	gl	p
3334	120	< .001

	MSA
Global	0.500
YSR_INT	0.500
YSR_EXT	0.500
YSR_OTROS	0.500
OPD_CONTROL_T	0.500
OPD_IDENTIDAD_T	0.500
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.500
OPD_APEGO_T	0.500
ANSIOSO_DEPRIMIDO	0.500
EVITATIVO_DEPRIMIDO	0.500
QUEJAS_SOMATICAS	0.500
PROBLEMAS_SOCIALES	0.500
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	0.500
PROBLEMAS_ATENCIONALES	0.500
CONDUCTA_DISRUPTIVA	0.500
CONDUCTA_AGRESIVA	0.500
OTROS_PROBLEMAS	0.500

La matriz resultante del reveló dos componentes principales que explicaban el 71.6% de la varianza total. Esto indica que existen dos dimensiones subyacentes comunes que explican una gran proporción de la variabilidad en las variables.

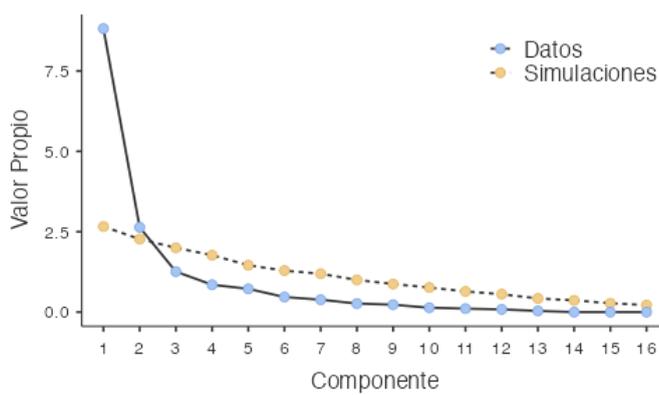
Tabla 52. Estadísticas de los componentes

Componente	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	8.34	52.1	52.1
2	3.12	19.5	71.6

Además, se encontraron dos valores propios significativos por encima de 1, que fueron 8.8171 y 2.6364. La gráfica de sedimentación también respaldó la decisión de retener dos componentes principales.

Tabla 53. *Valores propios iniciales*

Componente	Valor Propio	% de la Varianza	% Acumulado
1	8.8171	55.107	55.1
2	2.6364	16.478	71.6
3	1.2596	7.872	79.5
4	0.8502	5.314	84.8
5	0.7229	4.518	89.3
6	0.4681	2.926	92.2
7	0.3856	2.410	94.6
8	0.2660	1.663	96.3
9	0.2300	1.437	97.7
10	0.1357	0.848	98.6
11	0.1079	0.674	99.2
12	0.0848	0.530	99.8
13	0.0358	0.224	100.0
14	6.73e-16	4.21e-15	100.0
15	-2.32e-17	1.45e-16	100.0
16	-1.97e-15	1.23e-14	100.0

Gráfica de Sedimentación**Figura 35.** *Gráfico de sedimentación de los componentes principales.*

Las cargas factoriales (pesos de las variables en los componentes principales) fueron altas para todas las variables en el primer componente, siendo la más alta para YSR_INT (0.984) y la más baja para PROBLEMAS_ATENCIONALES (0.528). En el segundo componente, las cargas factoriales fueron altas para YSR_EXT (0.979), CONDUCTA_AGRESIVA (0.921) y CONDUCTA_DISRUPTIVA (0.852).

Tabla 54. *Carga de los componentes*

	Componente		Unicidad
	1	2	
YSR_INT	0.984		0.0790
ANSIOSO_DEPRIMIDO	0.917		0.2055
OPD_INTERPERSONALIDAD_T	0.904		0.1774
OPD_IDENTIDAD_T	0.889		0.1278
YSR_OTROS	0.877		0.1274
PROBLEMAS_SOCIALES	0.850		0.3058
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	0.772		0.3658
QUEJAS_SOMATICAS	0.766		0.3541
EVITATIVO_DEPRIMIDO	0.763		0.4368
OPD_APEGO_T	0.756		0.2825
OPD_CONTROL_T	0.722		0.4024
PROBLEMAS_ATENCIONALES	0.528		0.6188
OTROS_PROBLEMAS	0.422	0.337	0.6416
YSR_EXT		0.979	0.0311
CONDUCTA_AGRESIVA		0.921	0.1698
CONDUCTA_DISRUPTIVA		0.852	0.2209

Nota. Se utilizó la rotación 'oblimin'

4.2.10. Análisis Factorial Exploratorio

4.2.10.1. Variables globales

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con las dos variables globales, referidas al nivel de psicopatología y el nivel de funcionamiento de la personalidad (OPD_TOTAL_T, YSR_TOTAL). Si bien los supuestos para este análisis se cumplieron adecuadamente, la idoneidad del muestreo mejoraba francamente al agregar la subdimensión de psicopatología internalizante (YSR_INT). Al realizar esto, la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones entre las variables eran lo suficientemente fuertes para el AFE ($X^2 = 91.9$, $gl = 3$, $p < 0.001$), y el índice KMO fue de 0.770 globalmente, y para las variables individuales, OPD_TOTAL_T fue de 0.744, YSR_TOTAL fue de 0.750 y YSR_INT fue de 0.823, lo que indica que las variables compartían una cantidad común de varianza adecuada para el análisis.

Tabla 55. *Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (variables globales)*

X^2	gl	p
91.9	3	< .001

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

	MSA
Global	0.770
OPD_TOTAL_T	0.744
YSR_TOTAL	0.750
YSR_INT	0.823

La matriz resultante del ACP reveló un solo factor que explicaba el 85.9% de la varianza total. Esto indica que existe una dimensión subyacente común que explica una gran proporción de la variabilidad en las tres variables.

Tabla 52: *Acumulado de varianzas de las variables en el factor único*

Factor	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	2.58	85.9	85.9

Las cargas factoriales (pesos de las variables en el componente principal) fueron 0.943 para OPD_TOTAL_T, 0.938 para YSR_TOTAL y 0.899 para YSR_INT, lo que indica que todas las variables contribuyeron de manera significativa al componente principal y las unicidades fueron 0.112 para OPD_TOTAL_T, 0.120 para YSR_TOTAL y 0.191 para YSR_INT.

Tabla 53. *Carga de las variables en el factor.*

	Factor	
	1	Unicidad
OPD_TOTAL_T	0.943	0.112
YSR_TOTAL	0.938	0.120
YSR_INT	0.899	0.191

Nota. El método de extracción 'Residuo mínimo' se usó en combinación con una rotación 'oblimin'

4.2.10.2. Subdimensiones de las escalas

Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio con las subdimensiones de las escalas. La prueba de esfericidad de Bartlett indicó que las correlaciones eran lo suficientemente fuertes para el AFE ($X^2 = 201$, $gl = 45$, $p < 0.001$). El KMO global fue de 0.743, lo que indica que la proporción de varianza entre las variables que podría ser común es alta. Las medidas individuales fueron todas superiores a 0.5, lo que indica que cada variable está adecuadamente correlacionada con las demás para incluirla en el análisis factorial.

Tabla 55. Prueba de esfericidad de Bartlett y Medida de Idoneidad del Muestreo KMO (subdimensiones de las escalas)

χ^2	gl	p
201	45	< .001

Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

	MSA
Global	0.743
ANSIOSO_DEPRIMIDO	0.714
EVITATIVO_DEPRIMIDO	0.756
QUEJAS_SOMATICAS	0.876
PROBLEMAS_SOCIALES	0.750
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	0.830
PROBLEMAS_ATENCIONALES	0.794
CONDUCTA_DISRUPTIVA	0.713
CONDUCTA_AGRESIVA	0.502
OTROS_PROBLEMAS	0.652
OPD_TOTAL_T	0.731

Se decidió incluir el puntaje total del OPD, que capturan una medida más general de la estructura de la personalidad debido a que cuando se incluía las subdimensiones del OPD, la psicopatología externalizante era absorbida en un único factor más grande y complejo. La medida general parece no estar tan fuertemente correlacionada con la psicopatología externalizante, lo que permite que la psicopatología externalizante se separe en su propio factor, lo cual es coherente con las cargas correlacionales y los resultados de la muestra general. El análisis reveló dos factores con valores propios iniciales superiores a 1, que explican el 59.1% de la varianza total. El primer factor explicó el 42.8% de la varianza y el segundo factor explicó el 16.3% de la varianza.

Tabla 56. Estadísticas de los factores.

Factor	SC Cargas	% de la Varianza	% Acumulado
1	4.28	42.8	42.8
2	1.63	16.3	59.1

Las cargas factoriales indican que todas las variables contribuyeron de manera significativa a los factores extraídos

Tabla 57
Carga de las subdimensiones en cada factor.

	Factor		Unicidad
	1	2	
OPD_TOTAL_T	0.902		0.0953
ANSIOSO_DEPRIMIDO	0.893		0.2449
PROBLEMAS_SOCIALES	0.827		0.3387
PROBLEMAS_PENSAMIENTO	0.720		0.4247
QUEJAS_SOMATICAS	0.716		0.3956
EVITATIVO_DEPRIMIDO	0.707		0.5249
PROBLEMAS_ATENCIONALES	0.463		0.6839
OTROS_PROBLEMAS	0.404		0.6925
CONDUCTA_AGRESIVA		0.836	0.3191
CONDUCTA_DISRUPTIVA		0.761	0.3695

Nota. El método de extracción 'Residuo mínimo' se usó en combinación con una rotación 'oblimin'

4.2.11. Análisis Factorial Confirmatorio

4.2.11.1. Variables globales

El Análisis Factorial Confirmatorio realizado con las variables globales YSR_TOTAL, OPD_TOTAL_T y YSR_INT muestra un ajuste excelente del modelo. Las medidas de ajuste indican un CFI y TLI de 1.00 y un RMSEA de 0.00, lo que sugiere un ajuste perfecto del modelo a los datos. Las cargas factoriales son todas significativas ($p < .001$), lo que indica que cada variable contribuye significativamente al factor. Las cargas factoriales fueron de 22.91 para el YSR_TOTAL, 9.03 para el OPD_TOTAL_T y 10.35 para el YSR_INT.

Tabla 39. *Carga de las variables globales en el análisis factorial confirmatorio.*

Factor	Indicador	Estimador	EE	Z	p
Factor 1	YSR_TOTAL	22.91	3.15	7.28	<.001
	OPD_TOTAL_T	9.03	1.23	7.34	<.001
	YSR_INT	10.35	1.53	6.77	<.001

Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio indican un ajuste perfecto del modelo, pero deben relativizarse. Esto puede sugerir un sobreajuste del modelo a los datos y no garantiza que el modelo se ajuste igual de bien en otros conjuntos de datos.

No obstante, parece importante que tanto el ACP como el AFE también sugieren una estructura de un factor único con estas características.

4.2.11.2. Subdimensiones de las escalas

En el intento de confirmar el modelo obtenido a través del Análisis Factorial Exploratorio a nivel de las subdimensiones, el ajuste del modelo en las diferentes variaciones ensayadas no resultó satisfactorio, ni desde el punto de vista estadístico ni desde el punto de vista teórico. Se infiere que esta falta de ajuste puede ser atribuida al tamaño de muestra pequeño, que conlleva una potencia estadística insuficiente para este tipo de análisis. Por lo tanto, se ha tomado la decisión de no reportar el Análisis Factorial Confirmatorio para las subdimensiones en este estudio, debido a las limitaciones mencionadas. Futuras investigaciones con tamaños de muestra más grandes podrían proporcionar una mejor oportunidad para confirmar la estructura factorial de las subdimensiones en el entorno clínico.